

Le repérage du cannabis en consultation de médecine générale chez les 15-25 ans. Évaluation de l'impact sur la pratique médicale à un an d'une formation : étude qualitative menée sur des médecins généralistes présents à une formation

David Marcerou

► **To cite this version:**

David Marcerou. Le repérage du cannabis en consultation de médecine générale chez les 15-25 ans. Évaluation de l'impact sur la pratique médicale à un an d'une formation : étude qualitative menée sur des médecins généralistes présents à une formation. Médecine humaine et pathologie. 2016. <dumas-01324521>

HAL Id: dumas-01324521

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01324521>

Submitted on 1 Jun 2016

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

UNIVERSITE DE PICARDIE JULES VERNE
FACULTE DE MEDECINE D'AMIENS

Année 2016

N°2016-11

LE REPERAGE DU CANNABIS EN CONSULTATION DE
MEDECINE GENERALE CHEZ LES 15-25 ANS. EVALUATION
DE L'IMPACT SUR LA PRATIQUE MEDICALE A UN AN
D'UNE FORMATION.

*Etude qualitative menée sur des médecins généralistes présents à une
formation*

THESE POUR LE DOCTORAT EN MEDECINE GENERALE
(DIPLOME D'ETAT)
PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT
LE 10 MARS 2016

PAR

David MARCEROU

Président de jury : Monsieur le Professeur Christian MILLE

Juges : Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI
Madame la Professeur Claire ANDREJAK
Monsieur le Docteur Charles SABBAGH

Directeurs de thèse : Monsieur le Docteur Dominique JOURDAIN DE MUIZON
Madame le Docteur Pauline PIERRE DUVAL

A mon président de jury,

*Monsieur le Professeur Christian MILLE
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pédo-psychiatrie)
Pôle Femme-Couple-Enfant
Coordinateur du Centre de Ressources Autisme*

*Vous me faites un grand honneur en présidant le jury de ma thèse
Merci d'avoir accepté de donner de votre temps
Votre jugement a pour moi une très grande valeur
Veuillez trouver ici le témoignage de ma reconnaissance et de mon profond respect.*

A mes juges,

*Monsieur le Professeur Vladimir STRUNSKI
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Oto-Rhino-Laryngologie)
Chef du service ORL et Chirurgie de la face et du cou
Pôle des 5 sens
Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques*

*Vous me faites l'honneur de siéger dans ce jury
Merci d'avoir pris le temps de juger mon travail
Veuillez recevoir l'expression de mon profond respect.*

*Madame le Professeur Claire ANDREJAK
Professeur des Universités-Praticien Hospitalier
(Pneumologie)*

*Merci de m'honorer de votre présence au sein de ce jury
Merci pour le temps accordé pour juger ce travail
Soyez assurée de toute mon estime.*

Monsieur le Docteur Charles SABBAGH
Maître de Conférence des Universités-Praticien Hospitalier
(Chirurgie Digestive)

Merci d'avoir accepté de siéger au sein de ce jury
Merci d'avoir pris le temps de juger mon travail
Soyez assuré de toute ma gratitude.

A mes directeurs de thèse,

Monsieur le Docteur Dominique JOURDAIN DE MUIZON

Docteur en médecine

(Médecine Générale)

En acceptant de diriger cette thèse, vous m'avez transmis votre passion pour l'addictologie.

*Merci pour vos précieux conseils, pour votre disponibilité
et pour nos échanges très enrichissants.*

Veillez recevoir toute ma reconnaissance ainsi que mes remerciements les plus sincères.

Madame le Docteur Pauline PIERRE-DUVAL

Chef de Clinique

(Médecine Générale)

*Merci pour tes conseils, pour ton sens de la rigueur, pour ta gentillesse
et ta patience à toute épreuve.*

*Tu m'as très vite fait confiance lors de mes premiers remplacements,
Travailler avec toi est toujours un plaisir, j'ai hâte de pouvoir apporter ma pierre à l'édifice.*

Reçois ici toute ma gratitude ainsi que mes plus grands remerciements.

A Aurore,

*Toutes ces années j'ai pu compter sur ton soutien, ta présence,
ta joie de vivre et ta bonne humeur, les journées passées à tes côtés sont autant de moments de
bonheur.*

*Je suis fier de toi, de ta capacité à toujours aller de l'avant et de tout ce que tu as accompli
jusqu'à ce jour.*

*Dans quelques heures nous allons commencer la vie à trois, et il nous reste tant de choses à
vivre et à découvrir !*

*A mes parents,
Si j'en suis arrivé là, c'est en grande partie grâce à vous deux. Vous avez été des parents
parfaits, je ne doute pas que vous serez des grands parents exceptionnels !*

*A Juliette,
Merci pour ton aide et ta maîtrise de la langue de Shakespeare,
Félicitations pour ta réussite professionnelle,
Je te souhaite tout le bonheur possible.*

*A ma famille,
Merci pour tous ces moments depuis ma tendre enfance ! Une pensée pour Léon, je sais que
tu serais fier de moi aujourd'hui.*

*A ma belle-famille,
Merci pour tous ces bons moments passés ensemble !
Merci beaucoup à Geneviève pour l'aide à la relecture de ce travail.*

*A Nico, Marc, Anto, Jul
Mes copains d'enfance, inséparables depuis des décennies, et même si nous avons pris
quelques rides, à vos côtés je continuerai de partager la joie des réseaux et du saucisson.*

*A Emilie,
Merci pour ton aide à la réalisation de la formation, pour mes débuts de remplacement, mais
aussi ta bonne humeur tout au long de ces années de faculté !*

*A Groguy, Elo, Jo, Droudrou, Yoyo,
Les années passent vite ! Vous avez rythmé mes années lycée et fac, que de temps passé à
travailler et faire la fête ensemble !*

*A l'équipe du SAPIR,
Merci pour ces moments enrichissants passés au sein de l'association.*

*A tous les copains,
Ramy, Babar, Xavier, Anne-So, Louis, Riton, Clem, Ekoué, Eleonora, Amélia, Fanny, Pauline,
Florine, Florence, Héloïse, Jess, Elodie, Mathilde & Mathilde, Matthieu, Mickaël, Antoine,
Amandine, Adeline, Sarah, Sophie, Thibault, Victoria, et j'en oublie forcément !
Nos routes se sont croisées à diverses occasions, et nous sommes devenus très proches. Merci
à tous pour ces années formidables et toutes ces soirées sans fin !*

*Merci aux équipes des différents services qui m'ont accueilli en stage :
les urgences de Montdidier et d'Amiens, le C9 et la pédiatrie de Saint-Quentin, le SSR de
HAM, aux Dr Bony, Dr Devos et Dr Darras, aux Dr Borgne, Dr Eletuffe et Dr Ancey.
Merci pour tout ce que vous m'avez appris au long de ces années à travailler ensemble.*

SOMMAIRE

| | |
|--|----|
| INTRODUCTION | 14 |
| MATERIEL ET METHODE | 17 |
| 1. Elaboration d'une formation | 17 |
| 2. Population | 18 |
| 3. Recrutement | 19 |
| 4. Elaboration d'un script d'entretien | 19 |
| 5. Déroulement des entretiens | 20 |
| 6. Retranscription des entretiens | 20 |
| 7. Analyse des entretiens | 20 |
| 7.1. Partie quantitative | 20 |
| 7.2. Partie qualitative | 20 |
| RESULTATS | 22 |
| 1. Caractéristiques des médecins interrogés | 22 |
| 2. Evaluation de la formation de 2014 | 24 |
| 3. Les techniques de repérage de la consommation de cannabis en consultation | 24 |
| 3.1. Par l'interrogatoire | 24 |
| 3.1.1. De manière systématique | 24 |
| 3.1.2. Devant des symptômes évocateurs | 25 |
| 3.1.3. Au « feeling » | 26 |
| 3.1.4. Devant la présence d'autres toxiques | 26 |
| 3.2. Par la relation avec les patients | 26 |
| 3.3. Les outils d'aide au repérage de consommation | 27 |
| 3.4. Le dépistage biologique du cannabis | 27 |
| 4. Les freins au dépistage du cannabis en consultation | 28 |
| 4.1. Les freins inhérents au médecin | 28 |
| 4.1.1. Le manque de temps | 28 |
| 4.1.2. Le sous effectif médical | 28 |
| 4.1.3. Le manque de pratique | 29 |
| 4.1.4. La difficulté de la prise en charge après le dépistage | 29 |
| 4.1.5. La présence de tierce personne | 30 |
| 4.2. Les freins inhérents au patient | 30 |
| 4.2.1. La réticence | 30 |
| 4.2.2. La banalisation de la consommation | 31 |
| 4.2.3. Le nomadisme médical | 31 |
| 4.2.4. Le manque de temps | 31 |
| 5. Les apports de la formation | 32 |
| 5.1. Un regard différent sur le cannabis | 32 |
| 5.1.1. Moins de tabou à la recherche de la consommation | 32 |
| 5.1.2. Une remise en question de leurs pratiques | 32 |
| 5.2. Une modification des pratiques | 33 |
| 5.2.1. Augmentation de la fréquence du dépistage | 33 |
| 5.2.2. Apprentissage de techniques de repérage | 33 |
| 5.2.3. Sensibilisation à la recherche d'autres toxiques | 34 |
| 5.3. Une absence d'apport pour la pratique | 34 |
| 6. Le site internet de la Fédération Addiction | 35 |

| | |
|--|----|
| 6.1. Les freins à son utilisation | 35 |
| 6.1.1. L'oubli | 35 |
| 6.1.2. Le manque de temps | 35 |
| 6.1.3. La réticence à utiliser internet | 36 |
| 6.1.4. L'absence de besoin du site | 36 |
| 6.2. Son utilité pour les médecins généralistes | 36 |
| 6.2.1. Un aide-mémoire | 36 |
| 6.2.2. Un site conseillé aux patients | 37 |
| 7. La formation idéale selon les médecins généralistes | 37 |
| 7.1. Retours sur la formation de 2014 | 37 |
| 7.1.1. Points marquants | 37 |
| 7.1.2. Améliorations éventuelles | 38 |
| 7.2. Les formations médicales | 38 |
| 7.2.1. Des formations courtes et répétées | 38 |
| 7.2.2. Des formations longues | 39 |
| 7.2.3. Des formations de proximité | 40 |
| 7.2.4. Des formations pratiques et interactives | 40 |
| 7.3. Les autres types de formation | 41 |
| 7.3.1. Améliorer la formation initiale | 41 |
| 7.3.2. Assister à des consultations spécialisées | 41 |
| 7.3.3. Utiliser internet pour se former | 42 |
| 7.3.4. Rencontrer les utilisateurs de cannabis | 42 |
| 8. Les autres pistes pour la recherche du cannabis | 43 |
| 8.1. Au sein du système de santé | 43 |
| 8.1.1. Orienter vers les centres de prise en charge spécialisés | 43 |
| 8.1.2. Avoir une consultation de prévention dédiée | 43 |
| 8.1.3. Donner de la documentation aux patients | 44 |
| 8.2. Hors du système de santé | 44 |
| 8.2.1. Utiliser les médias | 44 |
| 8.2.2. Utiliser la prévention routière | 45 |
| DISCUSSION | 46 |
| 1. Points forts et limites du travail | 46 |
| 1.1. Intérêt de l'étude | 46 |
| 1.2. Le choix de la méthode qualitative | 46 |
| 1.3. Limites de l'étude | 47 |
| 1.3.1. Le recueil des données | 47 |
| 1.3.2. L'analyse des données | 48 |
| 1.3.3. La sélection de population | 48 |
| 2. Principaux résultats | 48 |
| 3. Comparaison avec les études antérieures | 49 |
| 3.1. Médecins généralistes ayant reçu une formation versus médecins non formés | 49 |
| 3.2. Impact immédiat de la formation de 2014 versus impact à un an | 50 |
| 4. Améliorer la formation de 2014 | 51 |
| 4.1. Choix d'une méthode de formation efficace | 51 |
| 4.2. Promotion du repérage précoce et intervention brève | 53 |
| 4.3. Propositions d'amélioration de la formation de 2014 | 54 |
| 5. Autres perspectives | 56 |
| 5.1. Promouvoir la prévention | 56 |
| 5.2. Améliorer la formation initiale | 57 |

| | |
|---|----|
| CONCLUSION | 58 |
| BIBLIOGRAPHIE | 60 |
| ANNEXES | 64 |
| Annexe 1 : Formation de 2014 | 64 |
| Annexe 2 : Polycopié remis à la fin de la formation de 2014 | 64 |
| Annexe 3 : Script d'entretien des médecins généralistes | 64 |
| Annexe 4 : Retranscription des entretiens des médecins généralistes | 65 |
| RESUME / ABSTRACT | 68 |

INTRODUCTION

Le cannabis est une plante dont l'espèce la plus répandue est le *Cannabis sativa* également appelé chanvre indien. Cette plante produit une substance appelée le delta9-tetra-hydrocannabinol (THC) qui est le principal responsable des effets psychoactifs. Le cannabis est consommé sous 3 formes : l'huile, qui est la plus concentrée en principe actif, l'herbe (feuilles et tiges séchées) et la résine ou « haschich » (issue des glandes sécrétoires des feuilles et fleurs). L'huile est le plus souvent consommée à l'aide d'une pipe, l'herbe et la résine se fument après avoir été mélangées à du tabac et roulées pour former un "joint", ou encore dans une douille. Enfin, le cannabis peut être incorporé dans des préparations alimentaires ou des infusions [1].

En France, le cannabis est classé comme stupéfiant depuis la loi du 31 décembre 1970 [2]. Achat, détention, vente, transport, don, culture et conduite sous son influence sont des infractions à la loi passibles de sanctions lourdes devant les tribunaux, quelque soit la quantité de cannabis incriminée.

Les effets de sa consommation sur la santé sont variables [3]. Les effets immédiats, soit 15 à 20 minutes après inhalation, peuvent être positifs (sensation d'euphorie, apaisement, somnolence) ou négatifs traduisant alors une intoxication aiguë ou « bad trip » (malaise, tremblements, vomissements, confusion, angoisse, paranoïa). Le cannabis peut également provoquer une vasodilatation périphérique, une augmentation du débit cardiaque et cérébral (hypotension orthostatique, sudation, céphalées) et une diminution de la sécrétion salivaire.

Les effets d'une consommation régulière sont multiples. Sur le plan somatique, le risque de cancer broncho-pulmonaire est plus important que pour la consommation de tabac seul du fait de la combustion incomplète du cannabis et de son effet bronchodilatateur immédiat. Sur le plan psychique, la consommation régulière entraîne des troubles cognitifs (altération de la mémoire et de la concentration, retard à la maturation de la personnalité), des troubles psychiatriques (troubles anxieux, paniques, dépressifs, syndrome amotivationnel) et des troubles du sommeil. Il existe un risque de révélation ou d'aggravation de maladie psychiatrique telle que la schizophrénie. Il existe également un risque judiciaire, par l'achat et la consommation d'une substance illicite. Enfin, il existe un risque social avec une

dépendance psychique, un isolement social, un échec scolaire et des préoccupations centrées sur la consommation du produit.

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée dans le monde mais également en France avec 3,8 millions d'utilisateurs¹ dont 1,2 millions d'utilisateurs réguliers² dans la tranche d'âge des 11-75 ans. La population des 15-25 ans est la plus touchée, avec 5% de consommateurs réguliers contre 1% après 25 ans [4].

Depuis 15 ans, l'enquête ESCAPAD³ [5] réalise en France des statistiques sur les consommations d'alcool, tabac et drogues chez les jeunes âgés de 17 ans. Selon cette étude, en 2014, 47,8% des adolescents de 17 ans ont déjà expérimenté la consommation de cannabis. 38,2% ont eu au moins une consommation dans l'année, 25,5% une fois dans le mois. Enfin 9,2% sont consommateurs réguliers, et 4% consommateurs quotidiens. Ces marqueurs sont tous en augmentation depuis 2011.

Le médecin généraliste a un rôle de prestation de soins, mais également de promotion de la santé, de prévention des maladies et il est également un médecin de proximité. Enfin, il est le professionnel de santé le plus consulté par les jeunes. En effet, 8 jeunes sur 10 âgés de 15 à 30 ans ont consulté un médecin généraliste dans l'année précédente, avec peu de variations au sein de cette tranche d'âge. Dès lors, le médecin généraliste apparaît comme un interlocuteur naturel pour évoquer les problèmes liés à la consommation de drogues [4].

La consommation de cannabis n'étant pas toujours perçue comme un problème par les adolescents, le repérage de la consommation apparaît particulièrement lié à la propension du médecin à aborder spontanément la question du cannabis. Hors ils sont peu nombreux à aborder ce sujet avec leurs patients : 11% des médecins généralistes estiment devoir jouer un rôle de repérage de l'usage de cannabis, quand ils sont 8% à aborder systématiquement la question du cannabis en consultation, et seulement 2% à utiliser des questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques. Ils sont pourtant 65% à rechercher systématiquement la consommation de tabac, et 96% à considérer que l'usage de cannabis représente un danger pour la santé [6].

¹ Au moins 1 consommation dans l'année

² Au moins 10 consommations dans le mois

³ Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

Selon l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT), cette carence en dépistage tient essentiellement à 3 facteurs qui sont le doute quant à l'acceptabilité par les patients, l'absence d'instruments de repérage validés et diffusés en France, et surtout le sentiment d'être insuffisamment formés aux questions liées au cannabis. L'OFDT insiste ainsi sur la nécessité de diffuser auprès des acteurs de soins primaires des outils d'aide au repérage faciles et rapides à mettre en œuvre et ne nécessitant qu'un niveau de formation limité [4].

Une thèse soutenue à Bordeaux en 2007 par DELHOMMEAU E. [7] comparait deux groupes de médecins généralistes, un groupe ayant participé à au moins une formation sur le cannabis dans leur carrière et l'autre non. Ce travail, mené sous forme de questionnaire, retrouvait un dépistage plus fréquent de la consommation de cannabis chez les médecins qui avaient participé à une formation, ainsi que des consultations plus longues et un interrogatoire plus détaillé.

Un autre travail de thèse a été soutenu à Amiens en 2015 par MILLET E. [8]. Une formation sur le dépistage du cannabis a été proposée en 2014 à des médecins généralistes de Picardie, en leur demandant de remplir un questionnaire avant et après la formation. Le premier questionnaire les interrogeait sur leurs connaissances et leurs pratiques en matière de dépistage du cannabis. Après la formation, un deuxième questionnaire leur permettait d'évaluer la formation et son utilité pour la pratique quotidienne. Ce travail a montré que les médecins connaissaient les risques du cannabis, mais seuls 6% d'entre eux recherchaient systématiquement la consommation de cannabis, bien qu'une majorité déclarait la rechercher devant un contexte particulier ou la présence de symptômes évocateurs. Immédiatement après la formation, les impressions recueillies étaient dans l'ensemble positives. La majorité des médecins se sentait capable de dépister systématiquement une consommation de cannabis et a estimé que la formation était adaptée à leur pratique.

Pour ce travail, il nous est donc paru intéressant de revoir les médecins présents à la formation à la fin de l'année 2015. L'objectif principal était d'évaluer leurs pratiques concernant la recherche de la consommation de cannabis en consultation chez les patients de 15 à 25 ans, un an après avoir participé à la formation. Les objectifs secondaires étaient d'évaluer le ressenti des médecins généralistes à distance de cette formation ainsi que son utilité pour la pratique.

MATERIEL ET METHODE

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés auprès de médecins généralistes installés en Picardie. Ces médecins généralistes avaient préalablement participé à une formation sur le repérage du cannabis.

1. Elaboration d'une formation de 2014

Le but de la formation était de mettre en scène des consultations de médecine générale, et d'aborder la question de la consommation de cannabis chez de jeunes patients âgés de 15 à 25 ans.

Cette formation [Annexe 1] a été élaborée avec l'aide d'une autre interne de médecine générale [8], d'un médecin généraliste formé en addictologie et consultant dans un Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA), ainsi que d'un psychiatre addictologue installé comme praticien libéral à Amiens.

La formation se déroulait en 3 parties :

La première partie décrivait les dernières statistiques concernant la consommation de cannabis, rappelait ses effets notamment somatiques, psychologiques ou sociaux, et enfin insistait sur l'importance du dépistage par les médecins généralistes.

La deuxième partie était composée de 3 vidéos prêtées par la Fédération Française d'Addiction via leur site internet [9]. Elles représentaient chacune une consultation classique de médecine générale, le patient étant joué par un acteur.

Vidéo n° 1 : « Le mal de gorge » : le but était de poser la question de la consommation de cannabis devant des symptômes atypiques, ou devant une éventuelle demande masquée.

Vidéo n° 2 : « Le certificat de sport » : cette vidéo montrait l'exemple de la recherche de consommation de cannabis chez un adolescent venant pour un certificat de non contre indication au sport, en bonne santé.

Vidéo n° 3 : « L'adolescente amenée par ses parents » : le but était ici d'aborder la consommation de cannabis chez une adolescente amenée par un tiers, en l'occurrence ses parents, et de parler de la gestion à la fois d'un tiers et d'un adolescent peu enclins à discuter.

Chaque vidéo était coupée au milieu de la consultation afin de pouvoir laisser les participants débattre du déroulement de la consultation.

Enfin, la troisième partie explorait des pistes pour orienter un médecin généraliste qui voit un jeune consommateur en consultation, notamment : des outils d'aide au repérage d'une consommation à risque de dépendance, une présentation des centres de prise en charge en addictologie et leurs coordonnées, et la présentation du site internet [9].

A la fin de la formation, un polycopié résumant celle-ci et rassemblant les principaux outils d'aide au dépistage était remis à chaque médecin [Annexe 2].

2. Population

Nous avons réalisé 2 soirées de formation, la première le 16 septembre 2014 à La Fère (Aisne), et la deuxième le 27 novembre 2014 à Amiens (Somme).

La première soirée de formation s'intégrait dans le cadre d'un EPU (Enseignement Post Universitaire), avec 7 médecins généralistes présents, mais aussi des médecins spécialistes, pharmaciens et infirmiers.

La deuxième soirée a été organisée et financée par nos soins, avec l'aide des mêmes intervenants que pour la précédente. Nous avons tiré au sort des médecins généralistes dans l'annuaire de la Somme, et les avons contactés par téléphone pour leur proposer de participer à une soirée de formation ayant pour thème le dépistage de la consommation de cannabis en médecine générale. S'ils étaient intéressés par la formation, un mail d'invitation leur était envoyé. Il contenait le thème de la formation, date et heure, lieu, nom des intervenants et nos coordonnées afin de pouvoir répondre à l'invitation. Le mail précisait également que la formation servirait de base de données pour la réalisation de 2 travaux de thèse. Ils étaient

également invités à en parler à leurs associés, collaborateurs ou remplaçants afin d'avoir davantage de participants.

3. Recrutement

A la fin des deux soirées, les participants donnaient leurs coordonnées téléphoniques et e-mail afin de pouvoir être recontactés ultérieurement.

Un an après la formation, soit au mois de novembre 2015, les médecins généralistes présents à la formation ont été recontactés par téléphone ou mail. Nous avons recontacté des médecins ayant des caractéristiques différentes en terme d'âge, de sexe et de lieu d'installation afin d'obtenir un groupe hétérogène et ainsi constituer un échantillon le plus varié possible.

4. Elaboration d'un script d'entretien

Un script d'entretien [Annexe 3] a été réalisé afin de servir de guide pour les entretiens. Il se composait de cinq parties, l'entretien étant anonyme.

La première permettait de décrire sommairement l'objet et le type d'étude.

La seconde partie permettait de recueillir les caractéristiques socio-démographiques des praticiens : âge, sexe, lieu d'installation, durée d'exercice, nombre de consultations quotidiennes et particularités d'exercice.

La troisième partie permettait d'évaluer la formation à distance : les médecins évaluaient la formation selon 9 critères, en attribuant une note de 1 à 4.

La quatrième partie se décomposait en 4 points principaux concernant la recherche de consommation de cannabis en consultation :

- Les apports de la formation à 1 an
- L'utilité du site internet de la Fédération Addiction
- Les modalités de recherche de la consommation de cannabis chez les 15-25 ans
- Les difficultés rencontrées en consultation dans la recherche du cannabis

La cinquième et dernière partie portait sur la facilitation de la recherche de cannabis :

- Les améliorations à apporter à la formation des médecins généralistes concernant la recherche de consommation de cannabis
- Les pistes permettant de faciliter la recherche de consommation en consultation, hors formation médicale.

5. Déroulement des entretiens

Après contact et prise de rendez vous, les entretiens se sont déroulés au cabinet des médecins, durant les mois d'octobre et novembre 2015. Ils ont tous été enregistrés à l'aide d'un dictaphone. L'entretien s'est déroulé selon le script défini. Les questions étaient posées dans l'ordre, les réponses étaient libres. Mes interventions se limitaient à des questions de relance ou de précision si la question n'était pas bien comprise.

6. Retranscription des entretiens

Afin que les entretiens soient anonymes, les noms des médecins ont été remplacés par une lettre de l'alphabet correspondant à l'ordre de réalisation des entretiens.

Les entretiens ont été retranscrits littéralement à l'aide du logiciel Microsoft Word 2007 ®.

7. Analyse des entretiens

7.1. Partie quantitative

Les données socio-démographiques des médecins ont été analysées de manière quantitative, de même que l'évaluation de la formation de 2014. Les moyennes ont été calculées à l'aide du tableur Microsoft Excel 2007®.

7.2. Partie qualitative

Les entretiens, une fois retranscrits, ont été analysés selon la méthode de "théorisation ancrée" décrite par Paillé [10], elle même adaptée de la méthodologie de "théorisation enracinée" ou

"grounded theory" de Glaser and Strauss [11]. Cette méthode qualitative consiste en une analyse progressive des entretiens, c'est-à-dire phrase par phrase. Les données sont collectées puis analysées sans formuler d'hypothèse *a priori*.

Le logiciel QSR Nvivo 10® a été utilisé, il n'analyse pas les données mais fournit une aide au classement des données. Les éléments clés des entretiens sont « codés », les codes correspondant à des expressions ou phrases. Ces codes sont appelés "nœuds" au sein de Nvivo®. Ces nœuds sont ensuite regroupés au sein de concepts similaires, puis ces concepts sont regroupés pour former des catégories. Enfin, ces catégories sont la base de la formulation de théories permettant d'expliquer les phénomènes observés.

A chaque entretien, les données étaient retranscrites et analysées. La saturation des données à été respectée, c'est-à-dire que les entretiens ont été réalisées jusqu'à ce qu'il n'y ait plus de données émergentes lors de l'analyse. En pratique, dans notre étude, l'analyse du neuvième entretien n'a pas montré de nouveaux codes permettant d'expliquer le phénomène, un dixième et dernier entretien a donc été réalisé et a confirmé la saturation des données.

RESULTATS

1. Caractéristiques des médecins interrogés

Au total, 10 médecins ont été interrogés 1 an après la formation. Les entretiens ont tous eu lieu aux cabinets médicaux des différents médecins et ont duré entre 12 et 19 minutes, il y avait autant d'hommes que de femmes. La moyenne d'âge est de 50,3 ans. En comparaison, la moyenne d'âge des médecins généralistes en Picardie est de 51,6 ans [12].

Tableau I : Caractéristiques socio-démographiques des médecins

| Médecin | A | B | C | D | E |
|---------------------------------|---------|-----------------|------------|------------------|--------------------|
| Age | 60 | 52 | 54 | 49 | 53 |
| Sexe | Femme | Homme | Homme | Homme | Femme |
| Nombre d'années d'exercice | 35 | 24 | 28 | 20 | 24 |
| Lieu d'installation | Rural | Rural | Semi-rural | Semi-rural | Urbain |
| Mode d'installation | Groupe | Groupe | Groupe | Seul | Seul |
| Exercice particulier | Non | Maître de Stage | Non | Polysomnographie | Régulateur au SAMU |
| Nombre moyen d'actes par jour | 35 - 40 | 25 - 30 | 45 - 45 | 40 | 30 |
| Durée de l'entretien en minutes | 12' | 12' | 14' | 15' | 15' |

| | | | | | |
|---------------------------------|-------|--------|--------|------------------------------------|-------------------|
| Médecin | F | G | H | I | J |
| Age | 62 | 51 | 42 | 31 | 49 |
| Sexe | Homme | Femme | Homme | Femme | Femme |
| Nombre d'années d'exercice | 30 | 22 | 13 | 3 | 18 |
| Lieu d'installation | Rural | Urbain | Urbain | Urbain | Urbain |
| Mode d'installation | Seul | Groupe | Groupe | Groupe | Groupe |
| Exercice particulier | Non | Non | Non | Protection Maternelle et Infantile | DU de gynécologie |
| Nombre moyen d'actes par jour | 40 | 20 | 40 | 28 | 18 - 25 |
| Durée de l'entretien en minutes | 13' | 18' | 19' | 14' | 13' |

2. Evaluation de la formation de 2014

Les médecins interrogés ont été invités à évaluer la formation en donnant une note de 1 (mauvais) à 4 (excellent). Une moyenne des notes a été calculée pour chaque item.

Tableau II : Evaluation de la formation

| | Moyenne sur 4 |
|--|---------------|
| Mode d'invitation à la formation | 3,4 |
| Choix du lieu | 3,1 |
| Choix des horaires | 3,4 |
| Accueil | 3,7 |
| Durée de la formation | 3,6 |
| Contenu pédagogique | 3,3 |
| Intervention des animateurs | 3,5 |
| Echanges entre les participants | 3,0 |
| Utilité de la formation pour la pratique | 2,7 |

La note de l'utilité de la formation pour la pratique est plus basse du fait de 2 mauvaises notes attribuées faisant chuter la moyenne.

3. Les techniques de repérage de la consommation de cannabis en consultation

3.1. Par l'interrogatoire

3.1.1. De manière systématique

Plusieurs médecins interrogés recherchaient la consommation de cannabis par l'interrogatoire du patient, de manière systématique, quelque soit le motif de la consultation.

Dr I : On pose la question de la consommation, facilement. « Tu fumes ? Tu fais du sport ? » etc. A la question « tu fumes ? », ils peuvent répondre oui ou non. Et donc « La cigarette ? rien d'autre ? », rester ouvert comme ça.

Dr J : Je pose les questions : « fumez-vous du cannabis », comme je demande s'ils fument des cigarettes.

Dr C : Par l'interrogatoire, avec les fameuses questions ouvertes. (...) Uniquement par questions ouvertes.

Dr J : C'est systématique, dans mon dossier et dans les antécédents je pose la question. (...) Quand c'est des bilans de santé, une fois par an quand je vois les jeunes je leur repose la question.

D'autres éprouvaient des difficultés à le faire de manière systématique.

Dr E : C'est vrai que le dépistage je ne le fais pas systématiquement, ce n'est pas toujours évident.

3.1.2. Devant des symptômes évocateurs

La question était parfois posée uniquement devant la présence de symptômes évocateurs de consommation de cannabis, ou devant une modification récente du comportement du patient.

Dr B : De temps en temps ça se voit aux yeux, quand ils ont les yeux un petit peu brillants (...) s'ils sont fatigués, après voir s'il y a des comportements un petit peu anormaux, et puis surtout s'ils tremblent, s'ils sont un petit peu stressés.

Dr H : Ou bien j'ai des symptômes chez le patient qui me font suspecter une consommation de cannabis et je lui pose la question franchement. Ou bien je tends des perches si je ne peux pas parler franchement.

Dr I : S'il n'y a pas de signe comme un repli, déscolarisation, désocialisation ou changement de comportement, que l'ado a l'air bien dans sa tête, je n'insiste pas, je ne pose pas forcément la question.

Dr E : Quand il y a des soucis, quand on remarque un changement de comportement vis-à-vis de certains ados, vis-à-vis des parents, des conflits qu'il peut y avoir.

3.1.3. Au « feeling »

Plusieurs médecins ont expliqué fonctionner à l'instinct, au "feeling", pour le dépistage du cannabis.

Dr G : Pour moi dépister c'est toujours par rapport à l'interrogatoire, après il y a le ressenti, moi je marche un peu au feeling.

Dr H : Il y a plusieurs manières : ou je ne le cherche pas car je le suspecte et j'en suis convaincu. (...) J'aurais du mal à parler de technique, c'est plus un feeling, un ressenti. Avec les années de pratique on a un ressenti, et donc on sait.

Dr E : On a l'impression de ressentir quand la personne ne dit pas tout à fait la vérité.

3.1.4. Devant la présence d'autres toxiques

Certains praticiens recherchaient la consommation de cannabis devant la présence avérée d'autres toxiques.

Dr B : Certains sont vraiment dépendants et consomment beaucoup mais en général ils viennent chercher leurs toxiques donc de toute façon ça se voit.

3.2. Par la relation avec les patients

Les médecins ont été nombreux à aborder l'importance de la relation de confiance avec le patient pour la recherche du cannabis.

Dr C : La consultation médicale reste un des rares endroits où l'on peut se confier, et sans avoir de choses à cacher on peut peut-être avoir une parole différente quand on est totalement détaché.

Dr D : Ils savent très bien que ce qui se passe ici ne sort pas d'ici. La réticence est plus sur la confiance que le patient a quand il confie quelque chose à son docteur, son confident, parce que parfois c'est plus des problèmes de confiance par rapport à des problèmes que des problèmes organiques en fait.

Dr B : A partir du moment où l'on arrive à établir un dialogue, ou en plaisantant, ou en jouant un peu avec eux, on arrive quand même à en tirer quelque chose.

Dr H : J'essaye d'acquérir la confiance de mon patient et de donner le maximum de confiance possible en moi et lui dire que de toute façon il ne risque rien. Qu'il ait confiance en moi, que je ne le jugerai pas.

Le médecin généraliste étant considéré aussi comme un « médecin de famille », suivant des familles et des patients dès le plus jeune âge, cela faciliterait la recherche de consommation, surtout en zone d'exercice rurale.

Dr A : 35 ans d'exercice, je les connais depuis le berceau donc j'en parle plus facilement maintenant avec eux et je suis très libre pour en parler avec eux vu mon âge. Je ne suis pas leur maman, mais... presque (rires).

3.3. Les outils d'aide au repérage de consommation

Deux praticiens ont abordé l'existence d'outils d'aide au repérage, tout en expliquant s'en servir assez peu.

Dr G : Peut-être qu'il y a des outils mais je n'ai pas réussi à les mettre en pratique et c'est ça qui me gêne.

Dr J : Les outils je ne les ai pas utilisés depuis un certain temps.

3.4. Le dépistage biologique du cannabis

Un seul médecin a parlé du dépistage biologique du cannabis pour dire qu'il ne l'utilisait que dans des circonstances exceptionnelles.

Dr C : Je ne fais pas de dépistage sanguin, je fais rarement des dépistages comme ça. Tous les dépistages urinaires que je fais, c'est "à la demande de". Donc c'est uniquement par question ouverte.

4. Les freins au dépistage du cannabis en consultation

4.1. Les freins inhérents au médecin

4.1.1. Le manque de temps

Le manque de temps était le frein le plus souvent cité à la recherche de la consommation de cannabis en consultation de médecine générale.

Dr A : Des consultations à 6h du soir pour les étudiants c'est toutes les 10 minutes donc il faut aller très vite, on ne peut pas faire autrement.

Dr D : Je pense que c'est le temps qui manque en fait, c'est le temps passé en consultation avec chaque patient qui n'est pas assez long, parfois on voudrait que ça soit plus long. C'est la difficulté, c'est chronophage. C'est lié au temps, c'est juste le temps qui dicte.

Dr F : Pour nous, c'est hyper chronophage (...). On n'a pas le temps et c'est de pire en pire. Donc on n'a pas le temps de s'épancher et de sonder les jeunes et leurs demandes. C'est l'obstacle essentiel en fait.

4.1.2. Le sous effectif médical

Le manque de praticiens dans certains territoires a également été cité comme raison au manque de dépistage.

Dr C : Ici, où il y a un médecin en carence, donc j'ai eu l'impression de rentrer dans un tunnel le premier décembre et d'en sortir le premier mars.

Dr A : Vu le désert médical ça va tellement vite qu'on passe certainement à côté de quelque chose.

De même, un médecin a insisté sur le problème de la fatigue due à la charge de travail importante :

Dr D : Une journée commence à 7h et se termine à 22h pour moi. Donc à 22h je ne suis pas forcément plus réceptif qu'à 8h du matin. Et inversement, parfois à 7h je ne suis pas trop, enfin bon voilà. (...) Il y a des facteurs qui sont liés à la saison, à l'humeur, on ne commence pas une consultation un mardi comme on la commence un vendredi par exemple.

4.1.3. Le manque de pratique

Plusieurs médecins ont expliqué le fait de ne pas rechercher une consommation de cannabis par manque de pratique.

Dr E : Je ne suis pas confrontée tous les jours à ce problème.

Dr G : Quand vous n'avez pas une population qui correspond à ce type de sujet, vous oubliez. (...) Il n'y a pas que le cannabis, je ne suis pas à l'aise avec tout ce qui est drogue. Avec le tabac ça va mieux, peut-être parce qu'on en parle plus. Mais avec ça.... c'est peut-être aussi pour ça que je n'ai pas la patientèle.

4.1.4. La difficulté de la prise en charge après le dépistage

La difficulté de la prise en charge des patients après le dépistage a été citée comme un frein au dépistage.

Dr E : Les difficultés, c'est plutôt pour les faire arrêter, parce que bon leur mettre l'accent dessus, ça c'est bien, leur dire qu'il faut arrêter, c'est aussi bien, mais comment arrêter ? Là c'est peut-être un peu plus compliqué. C'est plutôt vis-à-vis de ça que je me sens démunie, et que de ce fait là je prends moins les devants.

Dr G : Je me dis « comment je vais faire pour l'aider, là, je suis coincée. » Je ne pense pas avoir une assez bonne formation. (...) On peut les dépister, c'est vrai, mais après comment on fait ?

4.1.5. La présence de tierce personne

En dehors des difficultés d'organisation, les médecins étaient gênés par la présence d'une tierce personne en consultation, notamment les parents d'adolescents.

Dr C : Je trouve que la présence de tierce personne pendant les consultations est parfois gênante (...) parfois on ne peut pas aborder toutes les questions qu'on voudrait. Et à l'adolescence, rien que le fait de dire à un adolescent « tes parents ne rentrent pas » c'est que déjà c'est mal barré (rires) et les parents savent. Donc c'est compliqué.

Dr E : J'ai l'impression qu'ils me disent assez franchement s'ils consomment ou pas, sauf peut-être quand ce sont des consultations avec les parents à côté, c'est peut-être un peu plus délicat (...) face aux parents je pense que les réponses ne sont pas toujours exactes mais ça se ressent. (...)J'évite de les mettre dans la difficulté, surtout si je sens qu'il y a une situation un peu conflictuelle.

Dr I : Les difficultés, ça peut être ça, pour les jeunes accompagnés de leurs parents, on sent qu'il y a quelque chose, et c'est un peu difficile parfois à amener.

4.2. Les freins inhérents au patient

4.2.1. La réticence

La consommation de cannabis, au même titre que les autres addictions, était parfois cachée ou minorée par les patients.

Dr B : Il y a des ados qui arrivent, ce sont des boîtes, ils sont fermés, ils ne veulent pas parler, dans ce cas là on a beau essayer de parler parfois on n'en tire rien (...) ou c'est comme les fumeurs, s'ils nous disent qu'ils fument un paquet ils en fument peut-être 2 par derrière.

Dr F : L'introduction à la conversation n'est pas toujours simple, on essaie d'en parler quand même un peu mais c'est vrai que ce sont des gens souvent qui sont fuyants dans leur discours, ils veulent leur méthadone et puis basta.

4.2.2. La banalisation de la consommation

Un médecin a exprimé avoir des problèmes avec la banalisation de la consommation de cannabis par les adolescents.

Dr E : C'est assez banalisé par les jeunes, pour eux ça ne leur semble pas problématique. Donc si on leur soumet la question, « ah bah oui j'en consomme ». (...) Il faut un peu insister et débanaliser la chose, leur faire sentir qu'il y a peut-être un souci vis-à-vis de ça, surtout s'ils continuent.

4.2.3. Le nomadisme médical

Le nomadisme médical a également été évoqué car la recherche de consommation s'inscrit dans le suivi du patient au long cours.

Dr I : On est plus bloqués avec des gens que l'on voit moins souvent, ou qui font du nomadisme, comme pour d'autres problématiques de santé.

4.2.4. Le manque de temps

Au même titre que les médecins, les patients auraient aussi des contraintes horaires qui ne faciliteraient pas le dépistage du cannabis.

Dr A : A 6h du soir quand il viennent après le bus, parce qu'ici c'est le bus, s'ils ont mal à la gorge, ils ont envie d'avoir leur boîte de pastilles à la pharmacie avant 19h, donc ça paraît pas, c'est tout bête mais ça peut jouer, il faut se dépêcher.

Dr F : Dans ces consultations là, tout le monde est content ! C'est la grande faillite de notre système à la française, les jeunes n'ont pas tellement envie de passer du temps dans le cabinet ils ont d'autres chats à fouetter, le médecin, lui, a ses clients à voir derrière, donc bon si ça va vite c'est très bien, mais c'est une médecine médiocre !

5. Les apports de la formation

5.1. Un regard différent sur le cannabis

5.1.1. Moins de tabou à la recherche de la consommation

Les praticiens présents à la formation ont expliqué avoir une plus grande aisance au dépistage du cannabis en consultation.

Dr B : On s'aperçoit que ce n'est presque plus tabou, c'est presque devenu banal de fumer autre chose que du tabac, et que les gens parlent facilement en fait. (...) C'est vrai que, avant, je n'osais pas trop demander, mais non il faut y aller et puis les gens répondent facilement.

Dr G : Je peux dire qu'aujourd'hui je n'ai pas peur de poser la question systématiquement « qu'est-ce que vous fumez ? ». C'est vrai que c'est quelque chose que je ne posais pas forcément avant. Peut-être que j'avais peur, peut-être que je n'y pensais pas.

Dr C : Je me suis dit en revenant, je serai plus à l'aise (...) ça m'a permis d'être plus à l'aise avec les quelques consommateurs que j'ai dépistés.

5.1.2. Une remise en question de leurs pratiques

Les médecins pensaient avoir sous estimé l'ampleur du problème du cannabis et se remettaient plus facilement en question.

Dr D : Ça a levé des voiles sur des choses, ou qu'on ne voulait pas voir ou qu'on ne pensait pas voir (...) Il y a des consultations, je suis sûr que je suis passé à côté de problèmes. Voila, c'est une remise en question aussi.

Dr C : Après, est-ce que c'est parce que je n'ai pas assez cherché, est-ce que j'ai laissé tomber c'est possible aussi en pleine saison hivernale.

Dr A : On passe certainement à côté de quelque chose mais bon on aborde le problème, je pense que déjà c'est pas mal.

5.2. Une modification des pratiques

5.2.1. Augmentation de la fréquence du dépistage

L'apport le plus souvent cité par les médecins était l'augmentation de la fréquence de la recherche de consommation de cannabis en consultation. Les médecins posaient non seulement plus facilement la question, mais également plus souvent.

Dr B : On interroge beaucoup plus les gens. (...) Il faut savoir que ça existe partout, même dans les campagnes et que c'est devenu courant dans la vie.

Dr D : C'est plus systématique mais inquantifiable. (...) Je pense que si on cherche, on trouve. Donc c'est plus fréquent.

Dr J : Pour moi ça devient plus systématique que je pose la question. (...) Ça a remis les choses en place et augmenté la vigilance. Je suis plus à l'aise pour faire du dépistage sur la manière de faire, et ça devient plus systématique.

Dr A : Je pense qu'avec les personnes qui étaient à la formation, tout le monde en parle beaucoup plus et plus librement. (...) Maintenant on demande s'il y a du cannabis.

5.2.2. Apprentissage de techniques de repérage

La formation a permis de mettre en lumière des techniques de repérage de consommation en consultation.

Dr C : Je me souviens parfaitement d'une chose qui m'avait frappé : ce sont les questions ouvertes, ça marche vachement bien ça. (...) Quand j'ai un petit filet à tirer, quand on a un repli sur soi même, un repli scolaire ou quelque chose comme ça, ce qui a été expliqué, c'est vraiment une chose à laquelle je pense alors que je n'aurais pas pensé à ça avant.

Dr F : Ce qui est étonnant, c'est que je me souviens parfaitement du film, donc ils ont eu je pense un impact sur le mode d'exercice.

Dr I : Je me souviens qu'il y avait des scénettes, ça permet de reprendre quelques attitudes ou façons d'aborder le sujet qui sont toujours bonnes à prendre, surtout que ça reste d'actualité.

5.2.3. Sensibilisation à la recherche d'autres toxiques

La formation abordait le thème du cannabis, mais elle a aussi fait passer un message concernant l'importance de la recherche des toxiques et addictions de manière générale. Certains médecins recherchaient ainsi plus fréquemment les consommations d'alcool depuis la formation.

Dr C : Avec le cannabis je m'en suis servi aussi de façon régulière, mais peut-être plus souvent avec l'alcool qu'avec le cannabis.

Dr A : Maintenant on demande s'il y a du cannabis ou quoi. Ou autre chose. Et on parle aussi beaucoup plus de l'alcool.

5.3. Une absence d'apport pour la pratique

Deux médecins n'ont pas trouvé d'utilité à la formation pour la pratique. Le premier à cause de l'approche pédagogique de la formation, le deuxième, quant à lui, recherchait déjà fréquemment la consommation de cannabis.

Dr H : Rien ! Ça ne m'a rien apporté dans ma pratique quotidienne parce que nous n'avons pas travaillé de manière individuelle, je précise que c'est mon besoin à moi, de travailler de manière vraiment concentrée sur des cas cliniques.

Dr E : En ce qui concerne la façon de dépister, je le faisais déjà au préalable, c'était déjà un peu ma façon de fonctionner donc ça n'a pas modifié en cela grand chose. (...) Je ne crois pas que j'ai modifié tellement mon approche de ce problème là depuis.

6. Le site internet de la Fédération Addiction

Lors de la formation, le nouveau site de la Fédération Addiction [9] avait été présenté aux participants. Ce site regroupe de très nombreuses informations, sur les différentes substances addictives, des outils de dépistage et de suivi des patients, des informations sur l'orientation des patients, et ce aussi bien pour la médecine de ville que scolaire ou hospitalière.

6.1. Les freins à son utilisation

Une grande partie des médecins n'a pas utilisé ce site pour différentes raisons.

6.1.1. L'oubli

La première raison donnée était l'oubli du site, ou de son adresse.

Dr F : Le problème c'est aussi que pour aller sur ces sites, c'est comme tout il faut avoir l'entraînement et au bout de 6 mois vous avez oublié et vous ne le faites plus.

Dr E : Au départ, je l'ai trouvé super bien, et après j'ai complètement oublié le nom du site, donc aujourd'hui je ne peux pas dire que ça m'ait apporté beaucoup d'aide, peut-être à cause de cet oubli.

Dr G : Je ne m'en rappelle plus de ce site !

6.1.2. Le manque de temps

L'absence d'utilisation du site internet était aussi liée à un manque de temps.

Dr H : Ah je n'y suis pas allé, manque de temps ! Vraiment, manque de temps on est asphyxié par le travail.

Dr F : La consultation d'internet en cours de consultation; c'est vrai que ce n'est pas simple parce que, encore une fois, c'est chronophage. Tout le problème est là, c'est le problème du temps.

6.1.3. La réticence à utiliser internet

Pour un médecin, le problème était lié au support à utiliser, à savoir un site internet.

Dr B : Franchement je ne suis pas un fan d'internet donc tout ce qui est internet... (rires), si je suis obligé, je suis obligé, mais si je ne suis pas obligé je ne m'en sers pas ! Ce n'est pas que je suis contre, c'est qu'internet, ce n'est pas mon dada (rires).

6.1.4. L'absence de besoin du site

Enfin, quelques-uns n'en voyaient pas la nécessité, et ne l'utilisaient donc pas.

Dr I : Au quotidien, je ne le consulte pas. Peut-être parce que le fait d'être en ville, avec la problématique addictive on a très vite accès au réseau, peut-être la solution de facilité, on a accès très facilement au Sésame, je connais le Dr X, et en libéral on a des relations avec le Dr Y, donc l'outil me paraît moins utile parce que j'ai déjà des référents physiques.

6.2. L'utilité du site pour les médecins généralistes

D'autres médecins ont trouvé ce site utile, de différentes manières.

6.2.1. Un aide-mémoire

Le site pouvait être conservé comme site de référence en cas de besoin, pour retrouver des informations ou par exemple les outils de dépistage.

Dr G : Je l'ai regardé la première fois mais c'est tout. Je pense que je peux trouver des réponses à des questions que je peux me poser, ou comment aborder certaines choses. (...) Si un jour quelqu'un m'appelle je ne vais pas dire non, mais peut-être qu'à ce moment là je vais me replonger là dedans. Donc aujourd'hui, oui, je vais le garder comme référence sous le coude et voilà !

Dr J : Ce site là, je me rappelle des outils qu'on avait vu. Juste après la formation je l'ai utilisé pas mal et après j'ai fait appel à ma mémoire je ne suis plus allé chercher les outils.

6.2.2. Un site conseillé aux patients

Le site, créé à l'origine pour les acteurs de santé, était aussi considéré utile pour les patients, et donc conseillé à ces derniers comme source d'information.

Dr C : C'est un site que j'ai pu conseiller, parce que parfois on n'a pas toujours le temps de donner toutes les informations. C'est surtout à ce niveau là que l'on peut avoir une aide avec le site. C'est comme ça que je l'utilise.

7. La formation idéale selon les médecins généralistes

7.1. Retours sur la formation de 2014

7.1.1. Points marquants

Certains praticiens ont insisté sur des points marquants de la formation. Ils avaient particulièrement apprécié l'utilisation de vidéos de mise en situation.

Dr F : Je me souviens très bien des films, les consultations avec les petits jeunes, donc ça marque effectivement, et je crois qu'il faut faire des trucs courts comme ça, percutants, pour moi c'est un bon système.

Dr I : Je me souviens qu'il y avait des scénettes, ça permet de reprendre quelques attitudes ou façons d'aborder le sujet qui sont toujours bonnes à prendre, surtout que ça reste d'actualité (...) Je pense que le type de formation comme on avait eu c'était bien parce que les intervenants étaient de qualité, ils connaissent bien le sujet pour démystifier cet usage.

7.1.2. Améliorations éventuelles

Pour un petit nombre d'entre eux, certains points de la formation pourraient être améliorés.

Dr E : C'est vrai que confrontée à ces cas comme ça c'est pas mal, ça met un peu dans la situation mais ça ne donnait pas assez de solutions. Dans la formation qui avait été faite en novembre dernier, il n'y avait pas assez d'apport de solution, c'était juste nous donner des lignes de conduite pendant la consultation pour amener les jeunes à en parler, et c'est tout. C'était sympa, c'était bien, mais il faudrait peut-être creuser plus vis-à-vis de la solution qu'on pourrait leur amener.

Dr F : J'avais trouvé la présentation très « bisounours », c'est-à-dire que vous aviez présenté tous les deux des petits films qui sont dans un état idéal, je trouve. Avec beaucoup de temps, beaucoup d'écoute, et qui sont un peu, et malheureusement on peut le regretter, aux antipodes de notre pratique quotidienne.

Dr H : Il aurait fallu multiplier le mode d'apprentissage : des cas cliniques, ça, pas en une seule fois mais sous forme de cycles d'apprentissage. Des cas cliniques, en groupe, réflexion individuelle puis en groupe, plusieurs modes d'apport d'informations.

7.2. Les formations médicales

Les interviewés ont d'abord décrit le déroulement idéal, selon eux, des formations médicales qui pourraient leur être proposées.

7.2.1. Des formations courtes et répétées

Pour certains généralistes, la formation doit être courte et aller à l'essentiel pour que les points marquants soient bien retenus.

Dr A : Les formations sont intéressantes à partir du moment où elles sont courtes, précises, et conviviales.

Dr C : Je me souviens de ce que disait ma prof d'embryo, au delà de 50 minutes il est illusoire de vouloir faire rentrer quelque chose dans le cerveau d'un être moyen, je pense qu'on est tous pareils.

Dr B : Plutôt que de faire une grande après-midi où de toute façon on a fait notre journée et au bout d'un certain temps on décroche et puis on n'écoute plus, donc je trouve qu'une formation comme ça, 1h pas plus, ou 1h30 maximum et on arrive à discuter, je pense que c'est mieux.

Ces mêmes médecins estimaient que les formations courtes doivent également être répétées dans le temps et sur le même thème.

Dr C : Alors je pense, mais comme toute formation à la limite, qu'une piqûre de rappel aurait été très bien (...) faire une formation en deux temps, c'est à dire dans un premier temps évoquer tel ou tel aspect, et on se revoit deux mois après, justement ça peut faire dire « je n'ai pas fait assez d'effort à ce niveau là », ou « je n'ai pas employé les bons mots », ou « je n'ai pas eu envie de creuser », ce qui est possible aussi. (...) Il faudrait certainement faire des formations de ce type là, mais plutôt trois fois une heure qu'une fois trois heures.

Dr B : De temps en temps pour faire des mises à jour, pas trop longues mais plus souvent, par exemple une heure tous les 3 mois (...) Donc des formations pas trop longues, mais tous les 3-4 mois, de façon à ne pas perdre le fil et surtout ne pas perdre le fil au cours de la discussion.

7.2.2. Des formations longues

A l'inverse, d'autres médecins considéraient qu'une formation idéale est une formation plus longue, plus poussée, plus approfondie.

Dr G : Je pense que c'est quelque chose qu'on pourrait avoir, éventuellement, dans des séminaires, sur deux jours ou un week-end, des choses comme ça. Vous êtes dedans, on explique tout. (...) Donc je pense que par séminaire ça marcherait mieux. Quelqu'un qui est motivé apprend mieux, moi j'apprends mieux en séminaire qu'en une seule soirée. Quel que soit le thème. On approfondit plus.

Dr J : Ça peut être un week-end, ou une journée entière, mais pas plus d'une soirée sinon c'est trop dense et on n'a pas le temps de digérer.

7.2.3. Des formations de proximité

Un médecin a soulevé le problème de la distance des formations organisées.

Dr A : Il faut se mettre à la place des gens qui doivent faire 60 kilomètres pour aller entendre ça. Je pense qu'il y a beaucoup de gens qui auraient aimé l'entendre mais il faut aller à Amiens. (...) Les gens de la campagne on s'est forcé pour y aller, on n'a pas été déçu, mais ça serait chez nous ça serait mieux !

7.2.4. Des formations pratiques et interactives

La formation de 2014 faisait appel à des vidéos mettant en scène une consultation de médecine générale ainsi qu'un débat autour de ces vidéos. Plusieurs médecins ont rappelé cette méthode pédagogique à titre d'exemple pour expliquer l'intérêt d'une formation à la fois pratique et interactive.

Dr D : Les scénettes, l'implication d'un médecin qu'on connaît etc, c'est pragmatique. Après on débouche si on veut sur des choses plus scientifiques, sur l'épidémiologie et cætera, la physiopathologie, mais sur le dépistage pur je pense que c'est ce qu'il y a de mieux .

Dr J : Faire des jeux de rôle, des choses vraiment pour les sensibiliser au maximum. Il faut des formations pas trop théoriques, des échanges. Après il faut des bases théoriques, des fiches, des rappels des choses comme ça, mais il faut un échange. (...) Il faut vraiment qu'on ait des échanges, des jeux de rôle et avec des gens qui ont l'habitude de manipuler et de prendre en charge.

Dr A : Ça marque beaucoup plus, d'y aller, de regarder 2-3 films, je pense que c'est très bien. Tout ce qui est interactif est bien. (...) On a des boitiers pour répondre, moi je trouve que c'est formidable, à partir du moment où c'est interactif, je pense que la formation est valable.

7.3. Les autres types de formation

7.3.1. Améliorer la formation initiale

Avant de former les médecins pendant leur exercice professionnel, la problématique du cannabis et plus généralement des pratiques addictives pourrait être abordée de manière plus approfondie pendant les études médicales.

Dr I : Et pour l'intégration aux études, je ne sais pas s'il y a un item dans le cadre du DES de médecine générale ou de la formation d'internat. (...) Les souvenirs que j'en ai en pré et post internat, c'était assez restreint. (...) Ça pourrait être intéressant d'avoir un socle d'addictions un peu plus important dans la formation initiale.

Dr H : Et les jeunes, les former à la fac, tout simplement, leur présenter les drogues sans leur faire essayer ! C'était fait dans ma formation, il y avait un cours où l'on nous présentait des photos, et un policier qui venait nous parler de ça. Des photos des produits, et de l'importance de l'addiction selon les produits.

7.3.2. Assister à des consultations spécialisées

L'addictologie étant une pratique bien définie avec ses particularités, certains praticiens trouvaient intéressant de pouvoir assister à une ou plusieurs consultations spécialisées pour acquérir certaines techniques ou certains réflexes.

Dr F : Eventuellement un jour il faudrait participer à une vraie consultation, voir comment le médecin addictologue s'y prend.

Dr G : Après on pourrait très bien être aidé par un psychiatre, pour voir éventuellement comment se passe un interrogatoire en vrai, aller dans des centres d'addictologie, participer un jour à une consultation. Ce sont des choses qui peuvent être faites à partir du moment où on est motivé et que l'on veut faire quelque chose.

Dr C : L'addictologie au départ je me suis dis « oh c'est encore une nouvelle spécialité » et en fait il y a une façon de faire qui est pas mal et si on avait ce type de chose ça serait bien. (...) Peut-être aussi, mais je ne serai certainement pas volontaire, en cas pratique, et suivre une consultation d'addictologie. Comme les stages chez les généralistes, ça ouvre les yeux.

7.3.3. Utiliser internet pour se former

Les avis divergeaient concernant la formation sur internet, ou plus simplement la recherche d'informations. Pour certains c'était une forme privilégiée d'accès à l'information médicale.

Dr D : On va surtout chercher l'information là où on veut la trouver, c'est tellement facile maintenant. Les bouquins sont remplacés par les sites de référence sur internet. Si je veux un renseignement sur une pathologie X ou Y, je vais sur internet et je regarde, en plus on a la capacité de trier les informations de par notre formation donc on va sur les sites qui nous intéressent et on trouve.

Dr F : Je regarde souvent sur des sites d'actualité médicale, on pourrait passer par ce biais là avec des piqûres de rappel fréquentes.

Pour d'autres, la consultation d'internet était plutôt vue comme un fardeau.

Dr A : Par internet, tout ça, je n'en suis pas persuadé (...) c'est fastidieux, on n'a pas toujours envie le soir.

7.3.4. Rencontrer les utilisateurs de cannabis

Enfin, un médecin a émis l'idée d'organiser des réunions où médecins et patients utilisateurs de cannabis pourraient échanger sur ce thème.

Dr H : Et aussi peut-être faire parler ceux qui l'utilisent. Pouvoir montrer « voilà quand on fume ça donne ça, les symptômes c'est ça », ceux qui l'ont utilisé ou qui l'utilisent. Voilà, mettre en contact les utilisateurs et les médecins en formation.

8. Les autres pistes pour la recherche du cannabis

8.1. Au sein du système de santé

8.1.1. Orienter vers les centres de prise en charge spécialisés

Les centres de prise en charge ont été cités comme un interlocuteur pouvant aider, mais plutôt dans un second temps, chez les patients consommateurs connus.

Dr B : A Abbeville, il y a la maison de l'adolescence, qui est très performante d'ailleurs. Ils s'en occupent mais c'est déjà le deuxième stade, c'est déjà là que nous on envoie les gens.

Dr G : Tous ceux qui sont confrontés au problème, je leur donne l'adresse du Mail, d'associations, de choses comme ça. Parce que là ils vont trouver des gens compétents, des gens qui ont une écoute, des idées et voilà.

8.1.2. Avoir une consultation de prévention dédiée

L'idée d'une consultation de médecine générale dédiée uniquement à la prévention a été évoquée par un médecin.

Dr E : En consultation, notre rôle c'est aussi de prévenir, quand on a des jeunes ou des ados qui sont influençables, il faudrait utiliser les consultations tout venant pour les prévenir de ça, y compris pour le tabac, pour les MST⁴, et glisser un mot vis-à-vis de ça. (...) Au moment de l'adolescence, pouvoir avoir une consultation qui soit privilégiée vis-à-vis de ça. Pour faire sentir un peu le danger de tous ces produits addictogènes, des MST etc.

⁴ Maladie Sexuellement Transmissible

8.1.3. Donner de la documentation aux patients

La documentation à destination des patients a été évoquée par plusieurs médecins.

Dr D : Je pense que quand je laisse des livrets dans la salle d'attente c'est pas mal, après je ne sais pas si ça a un impact. J'ai déjà fait plusieurs fois l'expérience de laisser des livrets (...) c'est pas mal. Ça interpelle.

Dr I : Des outils comme on a reçu il n'y a pas longtemps de l'INPES⁵, qui étaient intéressants, sous forme de flyers ou affichettes, qu'on a mis dans la salle d'attente et qui ont eu un certain succès parce qu'il n'y en a plus ! C'était assez bien présenté, c'est pas mal. Il y a bien 5 ou 6 mois, quand on a reçu ça, ça coïncidait avec les périodes des rentrées scolaires, de certificats, et on a noté qu'il y avait un peu plus de questions de parents aussi.

Dr F : En théorie, des aides au repérage ou fiches conseil c'est toujours bien, mais le problème c'est que les fiches conseil sont dans la pile des documents et puis on finit par ne plus les consulter. Mais oui les fiches conseils peuvent aider. Pour donner aux patients, mais aussi pour le médecin.

Dr G : Laisser éventuellement de la documentation, et le patient le prend, si jamais il n'a pas envie d'en parler. Dans la salle d'attente par exemple. (...) Après vous pouvez laisser sur votre bureau des choses sur tel ou tel sujet qui montrent que vous êtes capables de l'aborder, ou si vous laissez traîner des choses en salle d'attente, le patient va se dire « tiens elle a laissé telle ou telle chose, je vais pouvoir lui en parler ».

8.2. Hors du système de santé

8.2.1. Utiliser les médias

Les médias pouvaient être un moyen de communication important, notamment avec les populations jeunes.

⁵ Institut National de Prévention et D'Education pour la Santé

Dr E : Il y a aussi l'information, au niveau des médias, qu'ils préviennent plus les jeunes, ou qu'ils leurs conseillent éventuellement de consulter, se rapprocher de professionnels, pour leur faire arrêter. Et leur faire comprendre que c'est addictif.

Dr I : J'ai vu un spot publicitaire qui passe en ce moment, par l'assurance maladie sur les jeunes consommateurs. Alors les spots publicitaires, c'est un peu difficile de faire passer le message auprès des plus jeunes, je me suis dit « oulà, si j'étais ado ça me ferait bien marrer ! ». Je n'ai pas très bien compris le spot mais ça a le mérite de le montrer, d'en parler, et même si ça ne touche pas forcément la population ciblée ça touche l'entourage et c'est bon à prendre. Ça prépare un peu le terrain pour nous.

8.2.2. Utiliser la prévention routière

La consommation de cannabis étant source d'accident de la voie publique, la prévention routière pourrait également avoir toute sa place.

Dr A : Eventuellement les gamins qui sont arrêtés en voiture pour l'alcool, ou pour un accident, c'est tout ça. Les moyens de dépistage, je pense que ça vient là aussi.

DISCUSSION

1. Points forts et limites de ce travail

1.1. Intérêts de l'étude

L'échantillon de médecins interrogés peut sembler réduit mais il est assez riche car il regroupe des profils socio-démographiques variés, et des lieux d'installation éloignés supposant des patientèles et des pratiques différentes.

La saturation des données a pu être respectée dans notre étude. Le fait que les derniers entretiens ne fassent plus apparaître de nouvelles données permet de supposer que la compréhension du sujet est complète [10].

Le principal point fort de cette étude est son originalité. Il s'agissait avant tout d'élaborer et de proposer à des médecins généralistes une formation sur le dépistage du cannabis en consultation. En effet, il existe une carence importante dans le dépistage de la consommation de cannabis par les médecins généralistes qui ne sont que 8% à le réaliser de manière systématique, et l'insuffisance de formation est un des principaux freins à la mise en œuvre de ce dépistage [6].

A ce jour, seules deux études se sont intéressées à l'évaluation de l'efficacité des formations sur le dépistage du cannabis, par DELHOMMEAU E. [7] et MILLET E. [8]. Ces deux études ont été réalisées sous forme de questionnaire, nous n'avons pas retrouvé d'étude qualitative portant sur l'impact d'une formation sur le cannabis.

1.2. Le choix de la méthode qualitative

Nous avons choisi pour ce travail une méthode qualitative par entretiens individuels semi-dirigés.

Les objectifs de l'étude étaient d'évaluer les pratiques à distance d'une formation, ainsi que d'évaluer la formation en elle-même. La méthode qualitative s'est donc imposée naturellement car elle permet d'adopter une démarche inductive, c'est-à-dire que les hypothèses ne sont pas formulées au début mais au fur et à mesure du travail, démarche bien adaptée à l'étude des phénomènes en sciences humaines et sociales [13]. L'intérêt de cette démarche est de s'affranchir des idées préconçues, ce qui n'est pas possible avec une méthode quantitative utilisant un questionnaire.

Dans le domaine de la recherche médicale, la proportion d'études qualitatives est en augmentation entre 1998 et 2007 mais reste très minoritaire (4,1% des travaux en 2007) [14]. Les études qualitatives n'ont pas pour objectif d'être représentatives, ni de fournir des données chiffrées. Les données analysées le sont de manière subjective. Le but de la recherche qualitative est de produire des hypothèses et des théories [15]. Deux chercheurs français ont établi une grille d'évaluation de travail qualitatif comprenant douze critères d'évaluations comparables à ceux d'une étude quantitative [16]. C'est cette grille d'évaluation qui a permis de dégager les points forts et les limites de ce travail.

1.3. Limites de l'étude

1.3.1. Le recueil des données

Le recueil des données s'est effectué sous la forme d'entretiens individuels semi dirigés. Ce choix paraît adapté à l'évaluation des pratiques concernant la recherche de consommation de cannabis, car il s'agit de pratiques inhérentes à chaque médecin. Néanmoins, il aurait été intéressant de réaliser des entretiens de groupe ou *focus groups* pour évaluer la formation *a posteriori* ainsi que pour discuter des modalités de formation. En effet les *focus groups* permettent des échanges et un dynamisme propices à l'émergence de nouvelles idées, d'autant plus que la formation se voulait interactive dans son déroulement. Seuls les entretiens individuels permettaient de répondre aux contraintes géographiques et temporelles, les médecins étant éloignés les uns des autres, avec des agendas chargés.

1.3.2. L'analyse des données

Une analyse des données gagne en crédibilité quand elle utilise une « triangulation des chercheurs », c'est-à-dire quand les données sont analysées par au moins deux chercheurs pour vérifier leur concordance. Cette triangulation n'a pas pu être effectuée pour des raisons organisationnelles.

1.3.3. La sélection de population

Pour la formation, les médecins ont été invités par mail, seuls les médecins les plus motivés ont répondu positivement, induisant donc un premier biais de sélection. Un an après, les médecins ont été recontactés afin de participer à un entretien, et de nouveau, seuls les plus motivés ont accepté. La population est donc un peu particulière, nous pouvons nous demander si les médecins interrogés n'avaient pas déjà réfléchi à la question du cannabis en consultation avant la formation.

2. Principaux résultats

Les médecins interrogés un an après la formation recherchent assez facilement la consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans. Ils la recherchent par l'interrogatoire, de manière systématique ou devant des signes évocateurs, mais surtout plus fréquemment qu'avant la formation. Les médecins ont exprimé avoir sous estimé l'importance de la consommation de cannabis parmi leurs patients, et ainsi la formation les a aidé à remettre en question leur pratique de soin.

De plus, la formation a permis de dédramatiser la question du cannabis et de changer le regard que les praticiens pouvaient porter sur sa consommation. Ces derniers rapportent avoir plus d'aisance pour aborder la question du cannabis avec leurs patients.

Les principaux freins au dépistage restent le manque de temps de consultation dont dispose le médecin pour chaque patient, le manque de pratique des médecins et la difficulté de prise en charge secondairement.

Les outils d'aide au repérage, présentés lors de la formation et regroupés au sein d'un site internet officiel, restent très peu utilisés, encore une fois par manque de temps ou par oubli.

Globalement, les médecins ont été satisfaits de la formation, et ont surtout apprécié son aspect concis, interactif et directement utilisable en pratique grâce aux vidéos de mise en situation. Les souhaits concernant les futures formations sont quant à eux plus hétérogènes. Une partie des médecins préfère les formations courtes, allant directement à l'essentiel, et répétées dans le temps. D'autres, minoritaires, souhaitent des formations poussées en séminaire afin d'approfondir plus le sujet. Mais tous demandent des formations qui soient directement applicables dans la pratique, et surtout interactives.

3. Comparaison avec les études antérieures

3.1. Médecins généralistes ayant reçu une formation versus médecins non formés

En 2007, une thèse réalisée à l'aide d'un questionnaire par DELHOMMEAU E. [7] comparait deux groupes de médecins généralistes. Le premier groupe de 57 médecins était recruté sur un planning de garde et le deuxième de 15 médecins au sein d'un groupe de FMC qui avait participé à une soirée sur le cannabis en 2005. 16 médecins du premier groupe avaient déjà reçu une autre formation en addictologie au sens large.

L'auteur a donc comparé les pratiques des médecins qui n'avaient jamais reçu de formation à celles des médecins présents à la FMC de 2005, puis aux médecins du premier groupe ayant reçu une autre formation en addictologie.

La première conclusion était que les médecins ayant reçu une formation en addictologie (FMC sur le cannabis ou autre formation) dépistaient plus fréquemment le cannabis et effectuaient des interrogatoires plus détaillés que ceux n'ayant jamais reçu de formation. La deuxième conclusion était qu'aucun des médecins n'utilisait les tests validés, qu'ils aient reçu une formations ou pas. Ces conclusions rejoignent celles de notre étude, à savoir que le fait de participer à une formation augmente la fréquence du dépistage, mais sans pour autant utiliser les outils validés.

L'impact à un an de la FMC sur le cannabis du groupe 2 était considéré comme nul par les participants, qui ne la citaient pas comme formation complémentaire et ne pensaient pas avoir

modifié leur pratique en fonction. S'ils réclamaient une nouvelle formation, ils souhaitaient qu'elle soit d'un autre type.

Les conclusions à 1 an diffèrent dans notre étude car les médecins ont exprimé avoir modifié leur pratique un an après. Les différences pourraient être dues à la formation en elle-même. Dans la thèse de DELHOMMEAU E., la FMC était réalisée par une association de médecins généralistes. Elle durait deux heures, commençait par un rappel sur le cannabis, puis proposait une série de cas cliniques « classiques », et enfin une présentation de tests de repérage et de sites internet utiles.

La principale différence entre les formations proposées dans cette étude et dans la nôtre semble donc tenir à l'utilisation de vidéos et de groupes de discussion dans notre étude, plutôt qu'à l'utilisation de cas cliniques classiques.

3.2. Impact immédiat de la formation de 2014 versus impact à un an

Un autre travail de thèse a été réalisé par MILLET E. [8] avec la formation qui a servi de base à notre étude. Les 38 médecins présents aux deux formations réalisées se sont vu soumettre un premier questionnaire à remplir juste avant la formation, afin d'évaluer leurs pratiques en matière de dépistage de la consommation de cannabis. Juste après la formation, un deuxième questionnaire leur était donné, afin de recueillir leurs impressions sur la formation et évaluer son utilité dans leur pratique quotidienne.

Le premier questionnaire a montré que les médecins étaient une minorité à dépister systématiquement une consommation de cannabis en consultation (6%) et qu'aucun n'utilisait les outils d'aide au repérage.

Le questionnaire post formation recueillait leurs impressions. La majorité des médecins ont affirmé avoir acquis des connaissances, et se sentir capable de rechercher davantage la consommation de cannabis par la suite. Enfin, le site internet semblait intéresser les médecins qui lui trouvaient une utilité dans la pratique, de même que le questionnaire CAST⁶.

Pour finir, les médecins émettaient des réserves quant à la possibilité de réaliser de manière systématique le repérage pour des raisons de temps principalement, et de motivation selon l'heure dans la journée.

⁶ Cannabis Abuse Screening Test

Nous pouvons donc noter qu'un an après, les médecins semblent appliquer les connaissances acquises lors de la formation, avec un dépistage plus fréquent et une plus grande aisance. Malheureusement les freins au repérage restent les mêmes, et les outils d'aide au repérage ne sont toujours pas utilisés dans la pratique quotidienne. Il en est de même pour le site internet qui est peu utilisé.

Encore une fois, les vidéos de mise en situation de la recherche de cannabis sont les éléments de la FMC qui semblent avoir eu le plus d'impact.

4. Améliorer la formation de 2014

4.1. Choix d'une méthode de formation efficace

Dans notre étude, les médecins interrogés ont exprimé des souhaits de formation assez variés, confirmant l'idée qu'il n'existe pas un type de formation parfaite applicable à tout le monde. Néanmoins, le désir de formation courte, interactive et répétée dans le temps été évoqué à de nombreuses reprises.

La littérature concernant l'impact des formations sur la pratique de manière générale est très fournie mais difficile à interpréter, l'impact d'une formation étant un caractère très subjectif. L'HAS⁷ a édité en 2014 une revue de littérature concernant l'efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales [17] et émet certaines propositions pour favoriser la mise en application de ces recommandations.

Les deux méthodes les plus efficaces de transmission d'information sont l'intervention d'un leader d'opinion (personne susceptible de changer le comportement de quelqu'un d'autre) et les visites à domicile.

Les visites à domicile sont essentiellement pratiquées par les visiteurs de laboratoires pharmaceutiques avec le risque de conflit d'intérêt qui en découle. Sa mise en application pour tout type d'information médicale, pose le problème du financement et du recrutement de formateurs neutres en très grand nombre.

⁷ Haute Autorité de Santé

Les leaders d'opinion peuvent être nationaux ou locaux, mais doivent être reconnus comme légitimes par le groupe.

Les formations médicales continues, également appelées réunions éducationnelles, ont un effet globalement faible. Néanmoins, l'abandon des FMC didactiques qui ne montrent que très peu d'efficacité [18] au profit de formations interactives (groupes de travail, de discussion, jeux de rôle...) semble améliorer les pratiques à distance.

Les deux dernières méthodes considérées comme efficaces sont le retour d'information après la formation, et les rappels au moment de la prescription.

Au total, une formation efficace et simple à mettre en œuvre serait donc une réunion éducationnelle qui regroupe des médecins autour d'un sujet traité de manière interactive, avec un spécialiste du sujet invité à titre d'expert. Cette formation serait idéalement couplée à une deuxième réunion à distance avec un retour sur information ou une évaluation des pratiques. Enfin, les points primordiaux feraient l'objet de rappels réguliers au moment de la prescription (logiciels médicaux ou courrier électronique par exemple).

Il reste la question de la population cible des formations médicales. L'HAS [17] suggère que l'impact des formations diminue avec la réduction du taux de participation des professionnels. De plus, les médecins participent préférentiellement aux réunions concernant les sujets qu'ils maîtrisent et pour lesquels leurs pratiques sont déjà bonnes. Il pourrait donc y avoir un impact beaucoup plus important des formations si les professionnels y participant n'avaient pas d'intérêt *a priori* pour le sujet, c'est-à-dire si elles touchaient un public médical plus large.

En pratique, cela pourrait consister à intégrer plus systématiquement une formation d'addictologie au sein du parcours de validation du DPC⁸ [19]. Le DPC est un dispositif de formation réglementé qui existe depuis 2009, dans lequel chaque professionnel de santé doit suivre un programme et remplir une obligation annuelle d'acquisition ou d'approfondissement de ses compétences. Cette démarche est active tout au long de l'exercice professionnel.

A l'heure actuelle, chaque médecin choisit son programme de DPC, avec toujours le risque de le choisir en fonction de ses affinités, et les formations en addictologie sont peu nombreuses. A titre d'exemple, pour l'année 2015, une seule formation abordant la problématique du

⁸ Développement Professionnel Continu

cannabis était proposée en Picardie [20], validante pour le DPC, pour un total de 24 médecins formés au maximum. Pour le moment, aucune n'est prévue pour 2016.

La problématique addictive, cannabis ou autre substance, est très largement répandue dans la population. On peut raisonnablement penser que le fait de former une grande cohorte de médecins généralistes, surtout ceux qui n'ont pas forcément d'affinités pour l'addictologie, augmenterait grandement le repérage des addictions.

L'HAS émet une dernière réserve quant à ses recommandations, elle se pose la question du maintien à long terme (plusieurs années) de l'efficacité d'une formation, ainsi que de l'efficacité non pas sur la pratique mais sur les résultats de soin. Ces deux points n'ont pas été étudiés et sont très difficiles à prouver pour le moment.

4.2. Promotion du repérage précoce et intervention brève

Les recommandations actuelles concernant le dépistage du cannabis en consultation ont été établies par l'HAS en 2014 [21]. La principale recommandation est la réalisation du Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) en consultation.

La notion de RPIB est apparue en 2005 et a fait ses preuves dans le domaine de l'alcoologie, avec notamment une réduction de la consommation et de la morbi-mortalité [22], elle est ici appliquée à la consommation de cannabis. Le RPIB cannabis a pour l'instant très peu été étudié, et les travaux effectués tendent à montrer que le RPIB cannabis est surtout efficace dans le cadre d'un risque léger [21].

Le RPIB se déroule en quatre étapes : Le repérage consiste à rechercher une consommation auprès du patient essentiellement par l'interrogatoire. Une fois la consommation avérée, il faut évaluer la sévérité de la consommation, notamment à l'aide du questionnaire CAST. La troisième étape, l'intervention brève, consiste à délivrer une information sur les risques de la consommation, les bénéfices au sevrage, et évaluer la motivation à l'arrêt. La discussion se conclue avec une proposition d'accompagnement au cours du processus de sevrage.

Les premières stratégies de promotion du RPIB en alcoologie auprès des généralistes datent de 2005 [23] et ont été évaluées en 2009 par l'OFDT [24]. Il y a eu des formations à échelle

régionale en Aquitaine, Bretagne, Centre, Ile-de-France, Midi-Pyrénées et Nord-Pas-de-Calais. Nous n'avons pas retrouvé de stratégie de formation pour le RPIB en alcoologie ayant abouti en Picardie. Concernant le cannabis, nous n'avons retrouvé aucune stratégie de formation à grande échelle en France.

La simple mise en œuvre du RPIB offre une réponse aux principaux freins à la recherche de consommation de cannabis en consultation par les médecins généralistes, qui ont la sensation d'être insuffisamment formés, des doutes quant à l'acceptabilité et l'efficacité de leurs actions et qui regrettent l'absence d'outils de repérage validés et diffusés en France [6].

La promotion du RPIB est également inscrite dans le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et conduites addictives 2013-2017 de la MILDECA⁹ [25] avec pour but de raccourcir le délai entre le début de la consommation et le début de la prise en charge.

4.3. Propositions d'amélioration de la formation de 2014

Dans la formation de 2014, nous avons proposé des techniques de repérage de la consommation de cannabis à l'aide de vidéos, et nous avons évoqué très rapidement le RPIB. Il pourrait être intéressant de faire le cheminement inverse, c'est-à-dire axer la formation sur le RPIB, et utiliser les vidéos pour expliquer la partie repérage. Cette formation pourrait se dérouler en deux séances de deux heures, à un mois d'intervalle, toujours avec un médecin addictologue qui aurait le rôle de présentateur et/ou animateur. Le choix d'un médecin de CSAPA paraît toujours bien adapté. Les CSAPA sont des centres pluridisciplinaires dans lesquels les patients peuvent faire le point sur leur consommation de toxique, se voir proposer un accompagnement psychologique et si besoin médicamenteux. Ces médecins sont donc déjà formés à l'addictologie, ce qui évite de devoir former des formateurs.

La première séance serait consacrée au repérage de la consommation de cannabis et reprendrait le schéma de celle que nous avons proposée en 2014. Elle pourrait se dérouler de la manière suivante :

⁹ Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

- Introduction avec un bref rappel sur le cannabis, son mode de consommation, ses conséquences somatiques, psychologiques et sociales, des statistiques de consommation chez les jeunes, et rappel de la place prépondérante du médecin généraliste dans le dépistage de la consommation.
- Présentation succincte des principes du Repérage Précoce et Intervention Brève (recherche de consommation, évaluation du risque, intervention brève et accompagnement), de sa facilité de mise en œuvre en consultation et des preuves de son efficacité.
- Projection des vidéos de la Fédération Addiction [9] mettant en scène la recherche de consommation de cannabis en médecine générale, avec une discussion entre les participants pour chaque vidéo.
- Enfin, présentation et distribution du questionnaire CAST qui permet l'évaluation de la consommation.

La deuxième séance s'intéresserait aux techniques d'intervention brève.

- Début de la séance avec une discussion permettant aux participants de donner un retour sur leurs pratiques de dépistages durant le mois précédent et de poser des questions aux intervenants.
- Exposition des principes de l'intervention brève (informer sur les risques de la consommation, évaluer la motivation à l'arrêt, expliquer les méthodes utilisables pour l'arrêt, proposer des objectifs et un accompagnement pour le sevrage).
- Proposition d'un travail sous forme de jeux de rôle avec deux participants volontaires. Le premier jouerait le rôle du patient avec un scénario prédéfini, et le deuxième le rôle du médecin mettant en œuvre le RPIB. Chaque session de jeu de rôle serait suivie d'une discussion.
- Enfin, la deuxième séance se terminerait avec la présentation des structures à même de prendre le relais du suivi du patient.

Ce type de formation permettrait de donner les bases du RPIB en deux séances courtes et interactives.

5. Autres perspectives

5.1. Promouvoir la prévention

La MILDECA insiste sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage des addictions au sein de la population, dont le cannabis [25]. Plusieurs pistes sont à explorer, réparties en deux catégories : inciter les patients à venir discuter de leur consommation, et améliorer le dépistage systématique en consultation.

Pour inciter les patients à venir consulter, il s'agit de faire passer un message de prévention en amont des consultations médicales, notamment via les médias. C'est ici une des missions de l'INPES qui propose depuis 2005 des campagnes de communication à destination de l'ensemble de la population sur les dangers de la consommation de cannabis [26].

Actuellement, il existe des consultations de prévention plus personnalisées. Ce sont des consultations de préventions proposées de manière régulière et tout au long de la vie par les différents régimes de sécurité sociale (Régime Général [27], Régime Social des Indépendants [28], Mutualité Sociale Agricole [29]). Les patients sont contactés par courrier et se voient proposer un bilan de santé sans avance de frais, adapté à l'âge. Le bilan est réalisé dans un centre d'examen dédié et les résultats transmis au médecin traitant, ou bien la consultation est entièrement réalisée dans son cabinet. Le médecin touche une rémunération comprise entre 1 et 2 consultations selon le régime.

Les questionnaires de ces bilans de santé contiennent entre autres une question sur la consommation de tabac, d'alcool, et de drogue de manière générale. Le bilan de la Mutuelle Sociale Agricole pose spécifiquement la question de la consommation de cannabis dans le questionnaire envoyé aux patients âgés de 16 à 24 ans. Introduire la question spécifique du cannabis dans toutes les consultations de prévention pourrait être facilement envisageable.

Ces consultations vont dans le sens d'une promotion de la prévention, effort qu'il conviendrait de continuer et d'étendre à un maximum de personnes au sein de la population.

Le fait que ces résultats soient transmis au médecin traitant, ou que ce dernier réalise directement les consultations de prévention permet de discuter de problématiques de consommation de drogue avec la relation de confiance évoquée à plusieurs reprises par les médecins de notre étude, et permet une continuité dans le suivi et la prise en charge ultérieure.

En ce qui concerne le dépistage en consultation, il existe aujourd'hui une rémunération par l'assurance maladie : la ROSP (Rémunération sur Objectif de Santé Publique) [30]. Cette rémunération repose sur le suivi d'indicateurs couvrant l'organisation du cabinet et la qualité de la pratique médicale. 29 indicateurs sont utilisés au total, dont 8 pour la prévention couvrant des thèmes comme la vaccination antigrippale, le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus, la prévention de la iatrogénie médicamenteuse et l'antibiothérapie. Intégrer le dépistage des addictions et notamment du cannabis à cette ROSP permettrait d'inciter les médecins à la réaliser de manière plus systématique.

5.2. Améliorer la formation initiale

Bien que reconnue comme un problème de santé publique, la question du cannabis était peu abordée au cours des études médicales. Jusqu'à cette année, l'item 45 de l'Examen Classant National (ECN) intitulé « Addictions et conduites dopantes : épidémiologie, prévention, dépistage » [31] traitait essentiellement du tabac et de l'alcool, le cannabis n'étant pas étudié dans toutes les facultés. Le programme de l'ECN 2016 voit apparaître un item d'addiction au tabac, un deuxième d'addiction à l'alcool, un pour les médicaments et l'item 76 intitulé « addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse » [32]. Nous pouvons donc supposer que le socle de formation du second cycle concernant les conduites addictives sera plus étoffé à partir de cette année.

Au cours du troisième cycle, au sein de la faculté d'Amiens, les internes de médecine générale ont au total 3 heures de cours sur alcool, tabac et toxicomanie [33]. Cette formation est peut-être trop courte, étant donné que les médecins généralistes mettent en avant le manque de connaissance pour expliquer le déficit de dépistage en consultation.

Enfin, il existe depuis 2005 un Diplôme Universitaire et un Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaire d'addictologie, mais ils ne concernent qu'une minorité de médecins déjà sensibilisés à la problématique de l'addictologie.

Renforcer la formation initiale permettrait non seulement d'améliorer le socle de connaissances mais aussi et surtout de sensibiliser les médecins à la pratique de l'addictologie et de les inciter à continuer la formation tout au long de leur parcours professionnel.

CONCLUSION

Ce travail visait à évaluer les pratiques des médecins généralistes à distance d'une formation sur le dépistage du cannabis en consultation, ainsi qu'à recueillir leurs impressions sur cette formation. Nous avons pu répondre à ces objectifs en interrogeant les médecins présents à la formation de 2014.

Avec un an de recul, les médecins expriment avoir changé leur regard sur le cannabis. Désormais, ils abordent plus souvent mais aussi plus facilement la question de la consommation de cannabis avec leurs jeunes patients, et utilisent les techniques d'interrogatoire qui leur avaient été présentées. Les praticiens disent bien avoir sous estimé l'importance de la consommation de cannabis dans la population, et remettent facilement en cause leurs pratiques vis-à-vis du dépistage. Par contre, les questionnaires d'aide au dépistage ne sont toujours pas utilisés en pratique quotidienne.

Les freins au dépistage du cannabis restent les mêmes, à savoir essentiellement le manque de temps et la difficulté de prise en charge du sevrage.

Dans l'ensemble, la formation a reçu un bon retour, les médecins présents ont aimé l'aspect pédagogique des vidéos de consultations, décrites comme pragmatiques et facilement reproductibles en conditions réelles.

L'impact d'une formation sur le dépistage du cannabis avait été très peu étudié auparavant, et notre étude s'inscrit directement à la suite de celle de MILLET E. [8]. Ces deux études successives ont permis d'évaluer l'impact immédiat avec une méthode quantitative, et l'impact à distance avec une méthode qualitative. Elles sont donc complémentaires, et leurs résultats se rejoignent : la formation a été appréciée par les médecins présents, a été jugée utile et a eu un impact positif sur les pratiques de soin.

Il paraît ainsi intéressant de poursuivre l'effort de formation des médecins généralistes au dépistage du cannabis. Cela permettrait de pallier au manque de formation si souvent évoqué, mais aussi de les conforter dans leur rôle de prévention, rôle capital pour un problème de

santé publique de cette ampleur. La prévention devrait ainsi avoir toute sa place dans la pratique du médecin généraliste.

D'autres travaux pourraient venir compléter nos résultats. Il serait intéressant d'élaborer une stratégie de formation sur le RPIB à plus grande échelle, régionale par exemple, ce qui n'a pas encore été réalisé en Picardie. Il serait également intéressant d'évaluer l'impact du RPIB cannabis sur la pratique médicale, les études étant pour le moment peu nombreuses à ce sujet.

BIBLIOGRAPHIE

[1] LE NEZET O. « Cannabis » dans *Drogues et addictions, données essentielles*, OFDT. Saint-Denis, 2013. p.214-225.

[2] Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage de substances vénéneuses, JORF du 2 janvier 1971.

[3] BINDER P, groupe ADOC. Cannabis, repères pour intervenir. [En ligne]. Disponible sur <http://www.cannabis-medecin.fr>

[4] OBRADOVIC I, ODFT - Fédération Addiction. Usage problématique de cannabis : revue de la littérature internationale. [En ligne]. Saint-Denis, 2013. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiotc.pdf>

[5] SPILKA S, LE NEZET O, OFDT. Les drogues à 17 ans : premiers résultats de l'enquête ESCAPAD 2014. [En ligne]. Saint Denis, Mai 2015. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efxssv5.pdf>

[6] BECK F, GUIGNARD R, OBRADOVIC I, GAUTIER A, KARILA L. (2011a) Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. *Revue d'épidémiologie et de Santé Publique* 59(5), p. 285-294.

[7] DELHOMMEAU E. « Cannabis et médecine générale : la pratique diffère-t-elle selon la participation à une formation ? Enquête auprès de 57 médecins généralistes de Dordogne. » Thèse, faculté de médecine de Bordeaux, octobre 2006.

[8] MILLET E. « Evaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage de la consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans. » Thèse, faculté de médecine d'Amiens, mars 2015.

[9] FEDERATION ADDICTION. Addictions, le portail des acteurs de santé, prévenir, intervenir, orienter. 2016. [En ligne]. Disponible sur <http://intervenir-addictions.fr>

[10] PAILLE P. L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique, no 23. 1994. p.147-181.

[11] GLASER BG, STRAUSS AL. Discovery of Grounded Theory : Strategies for Qualitative Research. Chicago: Aldine Pub. Co. 1967.

[12] CONSEIL NATIONAL DE L'ORDRE DES MEDECINS. La démographie médicale en région Picardie. Situation en 2013. Paris, 2013. [En ligne]. Disponible sur https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/picardie_2013.pdf

[13] SCAMMEL MK. Qualitative environmental health research: an analysis of the literature, 1991-2008. Cien Saude Colet. 2011 Oct; 16(10):4239-55.

[14] SHUVAL K, HARKER K, ROUDSARI B, GROCE NE, MILLS B, SIDDIQI Z, SHACHAK A. Is Qualitative Research Second Class Science? A Quantitative Longitudinal Examination of Qualitative Research in Medical Journals. PLoS One. 2011 Feb 24;6(2):e16937.

[15] MAYS N, POPE C. Qualitative research in health care. Assessing quality in qualitative research. BMJ. 2000 Jan; 320 (7226):50-2.

[16] COTE L, TURGEON J. Comment lire de façon critique les articles de recherche qualitative en médecine. Pédagogie Médicale. 2002 mai ; volume 3, numéro 2, p.81-90.

[17] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Efficacité des méthodes de mise en œuvre des recommandations médicales. Juillet 2014. [En ligne]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-09/efficacite_des_methodes_de_mise_en_oeuvre_des_recommandations_medicales.pdf

[18] DAVIS D, THOMSON O'BRIEN MA, FREEMANTLE N. Impact of formal continuing medical education. Do conferences, workshops, rounds, and other traditional continuing

education activities change physician behavior of healthcare outcomes ? JAMA, 1999, 282:867-74.

[19] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Méthode et modalités de développement professionnel continu. Mis à jour janvier 2015 [En ligne]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2012-12/liste_methodes_modalites_dpcdecembre_2012.pdf

[20] ORGANISME GESTIONNAIRE DU DPC. Rechercher un programme. [En ligne]. Disponible sur <https://www.ogdpc.fr/ogdpc/programmes>

[21] HAUTE AUTORITE DE SANTE. Rapport d'élaboration d'outil d'aide au repérage précoce et intervention brève. Novembre 2014. [En ligne]. Disponible sur http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_delaboration_reperage_alcool_cannabis_tabac_-_rapport_delaboration.pdf

[22] MILHET M, DIAZ GOMEZ C, « Alcoolisations excessives et médecine de ville. La promotion du Repérage précoce et de l'intervention brève (RPIB) », Tendances, no. 47, Mar. 2006. [En ligne]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxmmm3.pdf>

[23] MILHET M, DIAZ GOMEZ C, ODFT. Stratégie de promotion du repérage précoce et de l'intervention brève en matière d'alcool auprès des médecins généralistes. Avril 2005. [En ligne] Disponible sur <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/var/storage/rapports-publics/064000303.pdf>

[24] OFDT. Evaluation de la stratégie nationale de diffusion du RPIB auprès des médecins généralistes sur la période 2007-2008. [En ligne]. Disponible sur <http://www.ofdt.fr/BDD/RPIB/rpibrappglobal.pdf>

[25] MISSION INTERMINISTERIELLE DE LUTTE CONTRE LA DROGUE ET LA TOXICOMANIE. Plan gouvernemental de lutte contre la drogue et les conduites addictives 2013-2017. Septembre 2013. [En ligne]. Disponible sur http://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/dp_2013-09-19_mildt-plangvtal_2013-2017.pdf

[26] INSTITUT NATIONAL DE PREVENTION ET D'EDUCATION POUR LA SANTE. « Le cannabis est une réalité ». Première campagne de sensibilisation sur les effets de la consommation de cannabis. Février 2005. [En ligne]. Disponible sur <http://www.inpes.sante.fr/70000/cp/05/cp050202.asp>

[27] L'ASSURANCE MALADIE. Le bilan de santé gratuit. Juin 2015. [En ligne]. Disponible sur http://www.ameli.fr/assures/votre-caisse-haute-garonne/nos-actions-de-prevention/le-bilan-de-sante-gratuit/le-bilan-de-sante_haute-garonne.php

[28] REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS. Bilan de prévention. [EN ligne]. Disponible sur <https://www.rsi.fr/bilan-prevention.html#c1252>

[29] MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE. Les instants santé jeunes. Janvier 2016. [En ligne]. Disponible sur <http://www.msa.fr/lfr/web/msa/sante/isjeunes>

[30] L'ASSURANCE MALADIE. ROSP Médecins Traitants. Décembre 2015. [En ligne]. Disponible sur http://www.ameli.fr/professionnels-de-sante/medecins/votre-convention/remuneration-sur-objectifs-de-sante-publique/rosp-medecins-traitants/les-indicateurs-d-organisation-du-cabinet_oise.php

[31] ASSOCIATION NATIONALE DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE FRANCE . Items des ECN avant 2016. Juin 2012, mis à jour en avril 2014. [En ligne]. Disponible sur <http://www.anemf.org/etudes-medicales/epreuves-classantes-nationales/items-ecn.html?showall=&start=3>

[32] ASSOCIATION NATIONALE DES ETUDIANTS EN MEDECINE DE FRANCE. Programme du 2ème cycle. Avril 2013. [En ligne]. Disponible sur http://www.anemf.org/images/spip/pdf/programme_2eme_cycle_2013.pdf

[33] DEPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MEDECINE GENERALE D'AMIENS. Programme des cours de l'année universitaire 2015-2016. [En ligne]. Disponible sur <http://www.dumga.fr/programme-des-cours-du-des-de-medecine-generale.html>

ANNEXES

ANNEXE 1 : Formation de 2014

L'annexe 1 est disponible sur le CD-Rom attaché au dos de la thèse.

ANNEXE 2 : Polycopié remis à la fin de la formation de 2014

L'annexe 2 est disponible sur le CD-Rom attaché au dos de la thèse.

ANNEXE 3 : Script d'entretien des médecins généralistes

1) Présentation de l'animateur

Type d'étude

Objet de l'étude

2) Pouvez vous vous présenter ?

- Age
- Sexe
- Lieu d'exercice (urbain / semi rural / rural)
- Nombre d'années d'exercice
- Mode d'installation (seul, cabinet de groupe, maison de santé...)
- Nombre moyen de consultations par jour
- Exercice particulier (addictologie, psychiatrie, expertise...)

3) Evaluation de la formation de Novembre 2014 :

| Vos impressions : | 1 (mauvais) | 2 (moyen) | 3 (bon) | 4 (excellent) |
|-------------------|-------------|-----------|---------|---------------|
| | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| Mode d'invitation à la formation | | | | |
| Choix du lieu | | | | |
| Choix des horaires | | | | |
| Accueil | | | | |
| Durée de la formation | | | | |
| Contenu pédagogique | | | | |
| Intervention des animateurs | | | | |
| Echange entre les participants | | | | |
| Utilité de la formation pour la pratique | | | | |

4) Evaluation des pratiques sur le dépistage du cannabis chez les 15-25 ans, à distance de la formation

- Un an après, que vous a apporté cette formation ?
- Quelle aide le site internet de la Fédération Addiction (www.intervenir-addictions.fr) présenté lors de la formation vous apporte-t-elle dans la pratique ?
- Désormais, comment recherchez-vous l'usage de cannabis chez vos patients de 15 à 25 ans ?
- Quelles sont les difficultés que vous rencontrez en consultation pour le dépistage du cannabis ?

5) Conclusion

- Selon vous, comment former au mieux les médecins généralistes au repérage du cannabis chez les 15-25 ans ?
- En dehors des formations, quelles seraient les autres pistes pour faciliter le dépistage du cannabis en consultation ?

ANNEXE 4 : Retranscription des entretiens des médecins généralistes

L'annexe 4 est disponible sur le CD-Rom attaché au dos de la thèse.

Le repérage du cannabis en consultation de médecine générale chez les 15-25 ans. Evaluation de l'impact sur la pratique médicale à un an d'une formation.

INTRODUCTION : Les médecins généralistes (MG) sont peu nombreux à rechercher une consommation de cannabis chez leurs jeunes patients. La principale raison évoquée est le manque de formation sur le cannabis. Il paraissait intéressant de proposer une formation à des MG picards puis d'évaluer son impact un an après sur la pratique médicale.

METHODE : Une formation a été élaborée puis proposée à des MG en novembre 2014. Ces médecins ont été revus un an plus tard en novembre 2015 afin de réaliser une étude qualitative par entretiens semi-dirigés. Ces entretiens ont été analysés selon la méthode de la théorisation ancrée.

RESULTATS : Dix entretiens ont été réalisés. Un an après la formation, les médecins recherchaient plus fréquemment et avec plus d'aisance une consommation de cannabis auprès de leurs patients. Ils remettaient plus facilement en question leurs pratiques concernant le dépistage du cannabis. Les MG présents ont apprécié la formation, particulièrement la projection de vidéos de consultation mettant en scène la recherche du cannabis.

DISCUSSION : Des solutions ont été proposées pour améliorer l'impact des formations proposées aux MG sur le thème du cannabis. Organiser des formations interactives et répétées dans le temps semble être la méthode la plus efficace et permettrait d'aider à lever certains freins au dépistage du cannabis en consultation.

CONCLUSION : La formation a eu un impact sur les pratiques des MG présents. Il pourrait être intéressant de continuer dans ce sens avec des stratégies de formation sur le dépistage du cannabis à plus grande échelle afin de toucher un plus grand nombre de médecins.

Mots Clés : Médecine générale, Formation, Cannabis, Dépistage

The identification of cannabis within consultations among 15-25 year-olds. Assessment of impacts on medical practice one year after a training.

INTRODUCTION : General practitioners (GP) who are looking for a cannabis consumption by their young patients are not numerous. The main reason that is given is the lack of training on cannabis. It appeared interesting to propose this training to GP practicing in the region of Picardy and in November 2015 to assess the impact of such training on the way medicine is practiced.

METHOD : A training has been prepared and provided to GP in November 2014. These GP were seen one year later in order to carry out a qualitative study with semi-structured interviews. These semi-structured interviews were analyzed using the method of the grounded theory.

RESULTS : Ten interviews have been done. One year after their training, the GP sought more frequently and more easily the use of cannabis by their patients. They were questioning more easily and with more comfort their practices concerning the screening for cannabis. The GP liked the training, particularly the projection of videos of consultations featuring the screening for cannabis.

DISCUSSION : Some solutions were suggested in order to improve the impact of the trainings that were provided to GP. The organization of interactive and regular trainings seems to be the most efficient method. It would permit to lift certain barriers blocking the screening for cannabis during consultations.

CONCLUSION : The training has had an impact on GP's practice. It could be interesting to continue in this direction with broader strategies of training on screening for cannabis in order to reach an increased number of GP.

Key words : Medicine, Training, Cannabis, Screening