



HAL
open science

L'adolescent consommateur de cannabis : quelle place pour le médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de quinze adolescents consultant en CJC

Aicha Guechi-Hadi

► To cite this version:

Aicha Guechi-Hadi. L'adolescent consommateur de cannabis : quelle place pour le médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de quinze adolescents consultant en CJC. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01633635

HAL Id: dumas-01633635

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01633635v1>

Submitted on 13 Nov 2017

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.

ANNEE 2017

THÈSE
POUR LE DIPLOME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

**L'adolescent consommateur de cannabis : quelle place
pour le médecin généraliste ?**

Enquête qualitative auprès de quinze adolescents consultant en CJC

GUECHI HADI Aicha née le 11 septembre 1979

Soutenance le 05 octobre 2017

Membres du jury

Président : Monsieur le Professeur Michel BENOIT

Assesseurs : Monsieur le Professeur Gilles GARDON
Monsieur le Professeur Jean Louis SADOUL

Directeur de thèse : Madame le Docteur Brigitte MONNIER

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

Doyen	M. BAQUÉ Patrick
Vice-Doyen	M. BOILEAU Pascal
Assesseurs	M. ESNAULT Vincent M. CARLES Michel Mme BREUIL Véronique M. MARTY Pierre
Conservateur de la bibliothèque	Mme DE LEMOS Annelise
Directrice administrative des services	Mme CALLEA Isabelle
Doyens Honoraires	M. AYRAUD Noël M. RAMPAL Patrick M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc	M. HARTER Michel
M. BALAS Daniel	M. INGLESAKIS Jean-André
M. BATT Michel	M. JOURDAN Jacques
M. BLAIVE Bruno	M. LALANNE Claude-Michel
M. BOQUET Patrice	M. LAMBERT Jean-Claude
M. BOURGEON André	M. LAZDUNSKI Michel
M. BOUTTÉ Patrick	M. LEFEBVRE Jean-Claude
M. BRUNETON Jean-Noël	M. LE BAS Pierre
Mme BUSSIERE Françoise	M. LE FICHOUX Yves
M. CAMOUS Jean-Pierre	Mme LEBRETON Elisabeth
M. CANIVET Bertrand	M. LOUBIERE Robert
M. CASSUTO Jill-patrice	M. MARIANI Roger
M. CHATEL Marcel	M. MASSEYEFF René
M. COUSSEMENT Alain	M. MATTEI Mathieu
Mme CRENESSE Dominique	M. MOUIEL Jean
M. DARCOURT Guy	Mme MYQUEL Martine
M. DELLAMONICA Pierre	M. OLLIER Amédée
M. DELMONT Jean	M. ORTONNE Jean-Paul
M. DEMARD François	M. SAUTRON Jean Baptiste
M. DOLISI Claude	M. SCHNEIDER Maurice
M. FRANCO Alain	M. TOUBOL Jacques
M. FREYCHET Pierre	M. TRAN Dinh Khiem
M. GÉRARD Jean-Pierre	M VAN OBBERGHEN Emmanuel
M. GILLET Jean-Yves	M. ZIEGLER Gérard
M. GRELLIER Patrick	
M. GRIMAUD Dominique	

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérald	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52-03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	Réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénérologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	Rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais

Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
 M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
 M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
 Mme BUREL-VANDEBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
 M. DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
 M. FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
 M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
 M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
 Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
 Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
 M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
 Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
 Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
 Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
 Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
 Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
 Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
 M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
 Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
 Mme SEITZ-POLSKI barbara Immunologie (47.03)
 M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
 M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

UNIVERSITÉ NICE-SOPHIA ANTIPOLIS

FACULTÉ DE MÉDECINE

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
 M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
 M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
 M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
 Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
 Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
 M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
 M. CHEVALLIER Daniel Urologie
 Mme FOURNIER-MEHOUAS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
 M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
 M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
 M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
 M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
 M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Michel BENOIT, président de ce jury,

Qui a accepté de présider le jury de cette thèse, de son attention à mon travail, de son accessibilité et de ses conseils.

Vous trouverez ici l'expression de ma reconnaissance et de mon respect.

A Monsieur le Professeur Gilles GARDON,

Qui a témoigné un intérêt immédiat pour mon sujet, qui me fait l'honneur de juger mon travail. Je vous en remercie vivement.

Un grand merci également pour tout ce que vous faites pour la médecine générale.

A monsieur le Professeur Jean Louis SADOUL,

Vous me faites l'honneur de siéger parmi mes juges, Soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

A madame le Docteur Brigitte Monnier, ma directrice de thèse,

Merci d'avoir accepté de diriger ma thèse vu les conditions. Merci de votre disponibilité, de votre réactivité, du temps que vous m'avez accordée, et de vos précieux conseils. Merci pour toutes les relectures et les corrections que vous avez faites et de tout l'enseignement et votre soutien que vous m'avez prodiguée toutes ces années.

Un grand remerciement également à tous les addictologues, psychologues qui ont contribué à la réalisation de ce travail, et à tous ces jeunes qui m'ont accordé leurs confiances et participé avec une très bonne humeur.

ABREVIATIONS

CAST: Cannabis Abuse Screening Test

CJC : Consultation Jeune Consommateurs

CPE : Conseiller Principal d'Education

CSAPA : Centre de Soins et d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

DSM V : Diagnostic and Statistical Manual 5

ECN : Examen National Classant

HAS : Haute Autorité de Santé

INPES : Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé

INSERM : Institut National de Santé et de la Recherche Médicale

J : Jeune

OFDT : Observatoire Français des Drogues et de Toxicomanie

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

PAEJ : Point Accueil Ecoute Jeune

TLUC : Troubles Liés à l'Utilisation de Cannabis

TABLE DES MATIERES

Introduction.....	12
Matériel et méthodes.....	15
1. Objectifs de l'étude.....	15
2. Type de l'étude.....	15
3. Population de l'étude.....	15
4. Déroulement des entretiens.....	16
5. Analyse de données.....	16
Résultats.....	17
1. Caractéristiques de la population étudiée.....	17
2. Le vécu des consommations.....	17
2.1 Les avantages à la consommation.....	17
2.2 Les inconvénients à la consommation.....	18
3. Les jeunes et les CJC.....	19
3.1 Modalités de consultation.....	19
3.1.1 Demande portée par le jeune lui-même.....	19
3.1.2 Demande portée par les parents.....	20
3.1.3 Demande portée par la justice.....	20
3.1.4 Demande portée par le médecin traitant.....	20
3.1.5 Autres.....	20
3.2 Signes alarmants le jeune et/ou son entourage.....	21
4. Le repérage par le généraliste.....	21
4.1 Le contexte du repérage.....	21
4.2 Modalités du repérage.....	21
4.3 Réaction des jeunes à l'abord du cannabis.....	22
4.3.1 Vécu positif.....	22
4.3.2 Vécu négatif.....	23
4.4 La prise en charge proposée.....	24
5. Le non repérage par le généraliste.....	25
5.1 Les raisons du non abord du cannabis.....	25
5.2 Les freins à l'abord du cannabis.....	27
6. Perception du médecin généraliste par les jeunes.....	28
6.1 Opinions des jeunes de leurs médecins.....	28
6.2 Attentes des jeunes et proposition.....	29
6.3 La prise en charge de la consommation de cannabis.....	30
6.4 Ce que peut apporter le médecin généraliste.....	31

Discussion.....	32
1. Caractéristiques des adolescents et la consommation de cannabis.....	33
2. Repérage et prise en charge.....	34
3. Les freins aux repérages.....	35
3.1 Freins liés au produit.....	35
3.2 Le déni.....	35
3.3 La réaction du médecin.....	35
3.4 Le secret professionnel.....	36
3.5 La relation médecin-adolescent.....	36
3.6 Le manque de temps des médecins.....	37
3.7 Obstacle organisationnel.....	37
3.8 Les parents.....	38
3.9 Le manque d'expérience du médecin.....	38
4. L'implication du médecin dans le suivi.....	39
5. Alors que peut faire le médecin généraliste.....	39
Conclusion.....	43
Bibliographie.....	44
Annexes	48
Serment d'Hippocrate.....	57
Résumé.....	58

INTRODUCTION

L'usage du cannabis est un problème de santé publique en France. Les dernières décennies ont été marquées par l'accroissement de sa consommation : dans la population de 11 à 75 ans, 4.6 millions de personnes ont fumé du cannabis dans l'année, dont un tiers de manière régulière [3]

Le cannabis est le nom latin du chanvre. L'herbe et la résine sont les deux principaux modes de consommation du cannabis en France et sont issues de *Cannabis sativa* ou *indica*. L'herbe est la sommité fleurie de la plante appelée « marijuana, kif, weed, ganja ou beuh ». Elle est généralement fumée dans une cigarette associée à du tabac « joint » ou pure « stick ». La résine « shit, haschich, H, teuch » quant à elle, est issue des poils des sommités, et fumée avec du tabac dans un joint, ou pure à l'aide d'un narguilé « la shisha » ou d'un « bangh » (pipe à eau). Plus rarement, le cannabis est ingéré dans des « space cakes » [10] [24] [34].

Le principe actif principal du cannabis est le Δ^9 -tétrahydrocannabinol (THC), un composé lipidique qui traverse la barrière hémato-encéphalique. Au niveau cérébral, le THC prend la place des endocannabinoïdes (anandamide et 2-arachidonoylglycérol) sur les récepteurs cannabinoïdes de types 1 et 2 (CB1, CB2) [24]. Le joint a une image de « drogue douce », héritage des années 1970 et renforcée par une idée « naturelle » que les consommateurs se font du produit assez porteuse à l'ère du bio. L'évolution de la teneur en THC du cannabis depuis les années 1970 tord le cou à ce paradoxe. Depuis plusieurs années, on assiste à un accroissement des teneurs moyennes du cannabis en THC. La pureté de la résine s'est accrue de 50% atteignant 17.4% en 2013, celle de l'herbe à 50 % en 5 ans pour s'élever à 12.6 %. En effet, deux types de facteurs peuvent influencer cette concentration : les variations environnementales (que maîtrisent très bien les cultivants) et les sélections génétiques (modifications génétiques sur les semences, afin d'obtenir des variétés de cannabis toujours plus riches en THC) [22].

Une grande partie des premiers usages de cannabis intervient au début de l'adolescence. La France se distingue par des niveaux élevés dès 15 à 16 ans, âge auquel un adolescent sur quatre a consommé du cannabis au moins une fois dans le dernier mois (24%). Cette forte prévalence place la France en tête du tableau européen, loin devant la République Tchèque (n°2) et les Pays

Bas (n°3) [40]. Pourtant c'est notre pays qui a la politique de répression du cannabis la plus sévère. La diffusion du cannabis commence à l'arrivée au collège et s'accélère nettement à partir de la cinquième pour s'élargir ensuite progressivement : à la fin du collège, un adolescent sur quatre a expérimenté ce produit et 2.2% des élèves sont déjà des usagers réguliers (3.4% des garçons et 0.9% des filles). A la fin de l'adolescence 9.2% des jeunes Français sont engagés dans une consommation régulière (au moins dix épisodes de consommation au cours du dernier mois) [41]. Des données récentes montrent également une tendance à la féminisation des usagers les plus réguliers chez les moins de 25 ans [31].

Aujourd'hui, les dernières recherches s'accordent sur les dangers pour la santé de l'usage fréquent de cannabis, notamment lorsque celui-ci a débuté tôt à l'adolescence et que les quantités fumées sont importantes. Une telle consommation de cannabis peut à court terme : générer des troubles de l'attention et de la mémoire immédiate susceptibles de provoquer des difficultés d'apprentissage, affaiblir les capacités de coordination et des réflexes, ce qui peut favoriser les risques d'accident (corporel, de la route...) , altérer les capacités de jugement et augmenter par exemple les comportements sexuels à risque, favoriser les psychoses et les crises de paranoïa lors de prises de doses importantes de cannabis. En outre, à plus long terme et toujours dans le cadre d'une consommation élevée, l'usage de cannabis peut entraîner une dépendance, altérer le développement cognitif et neurologique des individus, aggraver les risques de survenue de troubles psychotiques chez les individus présentant des prédispositions et, plus globalement, diminuer la qualité de vie (plus grande faiblesse des liens sociaux, difficultés scolaires plus importantes, plus grande fragilité économique...) [15] [30] [34] [43].

Heureusement, la plupart des adolescents ayant essayé le cannabis restent des consommateurs occasionnels et seule une faible proportion d'entre eux sont en situation d'usage problématique. Les jeunes les plus fragiles sont les plus susceptibles de développer cet usage problématique, d'où l'intérêt du repérage pour centrer l'attention sur les adolescents qui risquent de basculer vers un usage compromettant leurs chances pour l'avenir [29].

Les consultations jeunes consommateurs (CJC) ont été développées depuis 2004. Ces dispositifs favorisent le dialogue sur les conduites addictives au sein des familles, permettent de faire le point et proposent au besoin une aide, avant que la consommation ne devienne problématique. Il existe plus de 540 points au plan national. Les consultations sont polyvalentes, à 80% en lien avec le cannabis. Les orientations vers ces centres par un professionnel de santé (hôpital ou en médecine de ville) ne représentent que moins de 5% des

demandes [29] ce qui témoigne du manque de repérage des conduites addictives notamment par les médecins généralistes.

Plusieurs études et thèses ont étudié les obstacles des médecins généralistes au repérage et la prise en charge des conduites addictives dans la population générale [4] [32], spécialement chez l'adolescent très peu demandeur de soin [39] [44], pouvant expliquer ce maigre chiffre. Très peu d'études s'intéressent à la difficulté des adolescents pour parler de leurs consommations, c'est pourquoi nous avons donc décidé de nous y intéresser et d'étudier leur point de vue et comprendre la place qu'occupent leurs médecins généralistes dans leurs parcours de soin.

Pour mieux cibler ces consommateurs, nous avons décidé de recruter des adolescents dans ces centres d'accueil, où ils sont suivis pour cette problématique, afin d'analyser leurs parcours, leurs vécus et leurs réactions face au repérage.

MATERIEL ET METHODE

1. Objectifs de l'étude :

L'objectif principal de notre travail est d'analyser la place du médecin généraliste vue par les adolescents en démarche de soins pour une surconsommation du cannabis dans leurs parcours de soin.

Les objectifs secondaires sont d'objectiver les difficultés, les freins des adolescents à consulter, et analyser les attentes et la relation des adolescents vis-à-vis des médecins généralistes et donner des pistes pour les améliorer.

2. Type de l'étude :

Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi dirigés individuels des patients.

Le sujet et la population étant délicats, cette méthode nous semblait la plus adaptée pour provoquer un discours libre et recueillir leurs points de vue.

Le focus group n'a pas été retenu du fait de son caractère impersonnel pouvant inhiber certains adolescents timides, et devant les difficultés de leur recrutement et de leur regroupement au même moment.

3. Population de l'étude :

Nous avons réalisé l'étude auprès de 15 adolescents suivis dans les CJC dont 10 adolescents en Ile de France et 5 à de Nice.

Les coordonnées de ces structures ont été retrouvées sur le site : drogue-info-service, réparties dans des maisons des adolescents, point accueil écoute jeunes et des centres de soin et d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA).

Seulement 13 centres ont accepté le projet et les jeunes ont pu être interrogés dans 8 établissements, dont 2 points accueil écoute jeunes (PAEJ), une maison d'adolescents, 2 CSAPA rattachées à l'hôpital (CHU), et 2 CSAPA associatifs, réparties en 2 centres à Nice et 6 en Ile de France dans les départements suivants 75, 94, 93.

La taille de l'échantillon a été définie selon le principe de saturation théorique. Lorsque les différents entretiens n'apportaient plus de nouveaux éléments, l'enquête a pris fin.

4. Déroulement des entretiens :

Les responsables des CJC ainsi que les directeurs d'établissements ont été contactés par téléphone, puis une fiche d'information résumant le projet et les objectifs leurs a été envoyée par mail, ainsi qu'une fiche d'information destinée aux jeunes, avec consentement des parents pour les mineurs. Deux centres ont exigé que j'expose mon projet à l'occasion de réunions de travail.

Le psychologue qui voit un adolescent en consultation lui présente le projet et si le jeune est d'accord, un rendez-vous est fixé pour une consultation habituelle de suivi et l'entretien se fait soit avant soit après la consultation.

Les jeunes ont été interviewés sur place sauf trois, un, parce que le centre refusait de m'accorder un bureau, et deux autres à la demande des intéressés ou de leurs parents. Pour ceux-là l'entretien a été réalisé autour d'un café, au parc et par téléphone.

Tous les entretiens étaient confidentiels et anonymes et ont fait l'objet d'un enregistrement audio après l'accord des personnes interrogées. La durée des entretiens était variable, le plus court a duré 09 min 02 sec et le plus long 25 min et 15 sec

5. Analyse de données :

Les entretiens ont été intégralement retranscrits par écrit sur Office Word 2016 sous forme de verbatim, mots par mots sans correction des erreurs de syntaxe, avec ajout de notes pour marquer l'hésitation, les pauses et les émotions des interrogés, pour obtenir une vue d'ensemble des données à analyser.

Le logiciel Nvivo 11, a permis le travail de codification et de réduction de données, pour pouvoir faire une interprétation sur la base des objectifs de recherche.

RESULTATS

1. Caractéristiques de la population étudiée

La population d'étude comportait 8 garçons et 8 filles, âgés de 16 à 19 ans, elle est décrite dans le tableau ci-dessous, précisant, la situation scolaire, socioprofessionnelle des parents, l'âge de début de consommation et la durée depuis laquelle ils sont suivis en CJC.

Jeune	Sexe	Age	Niveau d'étude	Situation des parents	Profession des parents	Suivi depuis	Début de consommation
J1	M	18	Non scolarisé(2 nd)	Séparés	-? -aide-soignante	3 semaines	15 ans
J2	F	17	Terminale	Mariés	-chef d'entreprise -sans profession	3 mois	14 ans
J3	M	19	Terminale	Séparés	-commercial -secrétaire	5 mois	13 ans
J4	M	17	Première	Mariés	-fonctionnaire (sénat) -assistante maternelle	6 mois	13 ans
J5	F	19	Non scolarisée(1 ^{ère})	Séparés	-aidant -sans profession	4 mois	15 ans
J6	F	18	Terminale	Séparés	-ouvrier -employée assurance	2 mois	16 ans
J7	M	19	Etudiant (psychologie)	Mariés	-informaticien -agent immobilier	1.5 ans	16 ans
J8	M	19	Non scolarisé (Terminale)	Mariés	-retraité de police -agent des impôts	1.5 mois	16 ans
J9	M	18	Non scolarisé	Mariés	-chauffeur Uber -puéricultrice	1 mois	14 ans
J10	M	16	Seconde	Père décédé	-agent d'entretien	2 mois	14 ans
J11	F	19	BTS (1 ^{ère} année)	Mariés	-juriste -comptable	6 mois	17 ans
J12	F	16	Non scolarisée(3 ^{ème})	Séparés	-électricien -boulangère	4 mois	14 ans
J13	F	17	Non scolarisée(5 ^{ème})	Mariés	-maçon -sans profession	2 semaines	13 ans
J14	F	17	Seconde	Mariés	-cadre BTP -vendeuse	1.5 mois	16 ans
J15	M	16	Seconde	Séparés	-aidants pour personnes âgées	1 mois	12 ans

Tableau 1 : caractéristiques de la population. (J=Jeune. F=Féminin. M=Masculin)

Au moment des entretiens, les jeunes étaient des consommateurs actifs, un jeune était devenu fumeur occasionnel (J7), et un autre était complètement sevré (J9)

1. Vécu des consommations

- Les avantages à la consommation :

Les jeunes de notre échantillon voient dans l'usage de cannabis plusieurs type d'avantages :

- Le premier type d'avantages est centré sur la recherche d'un bien-être (détente, amusement, bien apprécier la musique, etc.)

J10 "j'aimais bien la sensation que ça donnait, on rigolait comme des oufs"

J5 "au début c'était de temps en temps le soir avec mes amis pour me détendre"

J8 "je suis très passionné par la musique, je fais du rap jazz, et l'herbe me permettait de mieux sentir la musique"

- Le deuxième type d'avantages est centrée sur la recherche de sensations fortes :

J11 "quand on est adolescent on est très vite porté sur la recherche de sensations fortes"

- Le troisième type d'avantages est orienté vers la recherche d'un remède (oublier ses problèmes, déstresser, supporter les cours, se désinhiber, lutter contre l'ennui etc.)

J3 "après j'ai repris parce qu'il m'arrivait que des problèmes, je ne me sentais pas bien moralement, j'avais des problèmes familiaux et des problèmes de santé, j'ai eu une gastrite due au stress, donc j'ai fumé pour lutter contre ce stress,,,,,,c'était un peu pour fuir la réalité"

J7 "bizarrement fumer me désinhibait totalement, et je me disais oh c'est le miracle, ça a marché etc."

- Les inconvénients à la consommation : J3, J5, J9, J11.

Les jeunes rencontrés voient surtout dans l'usage de cannabis des conséquences néfastes :

- Au niveau de la santé psychique (démotivation, dépendance, etc.) :

J3 "j'étais complètement déconnecté, j'avais de plus en plus du mal à réfléchir à exprimer ce que je ressentais, je m'enfermais dans une bulle".

J9 "d'abord s'amuser avec les copains, puis vous n'arrivez pas à dormir sans,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,

J11 "j'avais perdu l'intérêt pour les cours,,,,,'je me suis rendu compte que ça me démotivait et je suis presque tombée en dépression et que j'étais vraiment mal dans ma peau et que ça pouvait mettre mes projets en péril"

- Au niveau financier :

J7 : "J'ai eu d'autres soucis financiers, j'achetais beaucoup un cinquante par semaine du coup j'étais obligé de vendre à des potes pendant un mois, par souci financier"

- Au niveau de la santé physique :

-amaigrissement : J5 "Je me voyais perdre beaucoup de poids, je ne mangeais pas"

-ou au contraire une mauvaise alimentation : J7 "Pour l'alimentation je bouffais vraiment mal, purée ça donne de grosse fringale, et je mangeais n'importe quoi de gros trucs gras, quand j'y pense je suis dégouté parce que maintenant, je suis un malade de la nutrition quand je pense à mes vieilles omelettes avec triple fromage à 3 heures du matin ça me..."

- Au niveau psycho social :

C'est surtout l'isolement, le vol, les problèmes de justice :

J10 : "*ça a pris beaucoup de place dans ma vie, imaginez voler pour en acheter c'est grave*"

J9 "*ça ne servait à rien, l'argent, la santé, la justice, l'avenir que j'ai foiré en arrêtant l'école, je risque de perdre mon permis*"

2. Les jeunes et les CJC :

3.1. Modalités de consultations : les jeunes de notre étude ont été pris en charge selon les modalités suivantes :

3.1.1 Une demande portée par le jeune lui-même :

Par une prise de conscience que la consommation est devenue problématique : il procède de plusieurs manières :

- Il prend l'initiative seul, en faisant des recherches sur internet (J3, J7, J11)

J11 "*C'est moi qui ai décidé je suis arrivée à un point où je ne pouvais plus m'en passer de fumer du cannabis, je ne me reconnaissais plus, du coup ça m'a travaillé, je voulais absolument arrêter, c'est pour ça que j'ai fait des recherches sur internet, j'ai tapé centre--, j'ai eu les coordonnées et j'ai pris rendez-vous.*"

- Il en parle à ses parents : qui vont l'aider en recherchant auprès de leurs amis, internet, parfois les parents multiplient les consultations auprès d'autres psychologues.

J3 "*Pour trouver ce centre je me suis renseigné tout seul, j'en ai d'abord parlé à mes parents, je leur ai fait comprendre que j'étais mal par rapport à ça on a cherché à droite à gauche et on m'a dit qu'il y avait un centre qui s'occupe de l'addiction et j'ai appelé, j'ai trouvé le site et adresse sur internet*"

J12 "*j'ai vu des psychologues, des psychiatres*"

J7 "*Ma mère m'a dit, tient j'ai une amie, sa sœur a arrêté de fumer du cannabis avec une addictologue, ça pourrait être bien, j'ai dit oui sans trop y croire, on essayera, donc je suis venu ici.*"

- Il demande auprès du milieu scolaire : infirmière, conseiller pédagogique d'éducation (CPE).

J6 "*ma CPE m'a dirigé du coup vers l'infirmière scolaire qui m'a parlé de cet établissement et j'ai décidé de venir vu que c'est pas très loin de mon lycée.*"

- Il demande directement aux éducateurs au cours d'une séance de sensibilisation à l'école.

J14 "*Un jour il y a eu une matinée où des personnes genre éducateur avec une psy sont venus parler des dangers des drogues, cigarette, shit et genre sida et compagnie, j'ai trouvé ça intéressant, et je me suis un peu reconnue dans ce qu'ils disaient, ça m'a encouragé d'aller la voir pour lui demander si je peux la contacter, je voulais son avis et elle m'a laissé une carte, je l'ai appelé et elle m'a donné rendez-vous, j'ai réussi à convaincre ma copine de venir avec moi et depuis on vient toutes les deux.*"

3.1.2 Une demande portée par les parents :

J12 "*C'est ma mère, qui m'a ramené ici. Ma mère me trimbale partout, voilà, ma mère organise des rendez-vous et moi je suis sans plus*"

Avec l'autorisation du jeune :

J4 *"Mes parents m'ont emmené ici avec mon autorisation, ils m'ont parlé et j'étais d'accord. Mes parents avaient déjà connaissance du centre, par d'autres amis qui avait leur enfant suivi ici"*

3.1.3 Une demande portée par la justice:(J1, J2, J8, J9)

J9 *" J'ai été arrêté plusieurs fois par la police, au volant, ils font des prises de sang et ils savent après, la première fois qu'on m'a chopé c'était en 2013, mais on ne m'avait pas proposé de soins, mais au bout de la 3ème fois, on m'a fait une obligation de soin"*

3.1.4 Une demande portée par le médecin traitant : (J10, J5)

J10 *"c'est là qu'il m'a dit qu'il veut m'envoyer dans un centre ou des gens plus expérimentés peuvent m'aider à gérer ça"*

J5 *" elle m'avait dit qu'elle allait m'adresser dans un centre où il y a une prise en charge globale pour des jeunes de mon cas, elle m'a expliqué de quoi il s'agissait, j'ai été d'accord "*

3.1.5 Autres :

Orientation après une admission aux urgences :

J8 *" Je suis allée aux urgences psychiatriques dans cet hôpital, parce que j'ai pété un plomb, j'ai pété un boulon, j'avais pris un couteau à la maison, je ne pense pas que ce jour-là je lui aurais fait mal mais elle a eu une sacrée peur et du coup, j'ai pris connaissance de centre-là qui est à l'intérieur de cet hôpital"*

J13 *"depuis donc 2013, un jour j'ai été retrouvée, en fin, j'ai été retrouvée par la police et les ,,,,des gens comme ça et tout, dans un état pas très bien, du coup ils m'ont emmené à (l'hôpital) et c'est de là qu'ils m'ont suivi, depuis mes 13 ans, et même un peu avant, je sais plus, c'était pour le cannabis alcool"*

3.2 Les signes alarmants le jeune et/ou l'entourage :

- Baisse des performances scolaires : tous les jeunes interrogés déclarent une très nette baisse de leur performances scolaires, liés aux troubles de concentration, de mémoire, de l'absentéisme, entraînant un redoublement (10), jusqu'aux décrochage scolaire (5).
- Une grande perte de l'intérêt pour les activités sportives, familiales, avec parfois prostration, et isolement (4).
- Echec de l'intégration professionnelle (2).
- Irritabilité, colère excessive, agitation avec parfois violence extrême pouvant aller jusqu'à menace par arme blanche (1), troubles du sommeil, troubles de l'appétit avec perte de poids (3), et humeur dépressive (3).
- Effort infructueux pour arrêter la consommation (3)
- Consommation malgré des symptômes physiques tel que les nausées et vomissements (1).

3. Le repérage par le généraliste :

Le repérage a eu lieu par le généraliste seulement pour quatre jeunes

4.1 Le contexte du repérage :

La question de consommation de cannabis a été abordée :

- Lors d'une demande d'aptitude au sport :

J4 " *Quand je devais faire un certificat de sport, ma mère lui a balancé que je fumais et qu'elle aimerait qu'on en discute*"

- Lors d'un problème de santé (nausées, douleurs et amaigrissement) J5,10,15.

Pour cinq autres jeunes J3,6,11,13,14 la question a été abordée, mais ces jeunes sont déjà pris en charge en CJC : lors des problèmes de santé (gastrite, amaigrissement), de demande de bilan.

- Les six jeunes restant J1,2,7,8,9,12, à aucun moment le problème n'a été abordé.

4.2 Modalités du repérage :

Les questions ont été abordées à l'initiative des médecins :

- Après une demande des parents :

J4 " *Ma mère lui a parlé de ma consommation car on est venu avec mon petit frère pour le soigner en même temps, en gros elle lui a dit « quand vous le verrez, parlez-lui s'il vous plait »*"

- Suite à un interrogatoire pour un problème physique, une consultation de contrôle, bilan de santé.

J10" *je suis retourné le voir, pour lui dire ça va pas mieux, et il s'est mis à me poser pleins de questions et il m'a demandé si je fumais des trucs, et j'ai dit non puis j'ai avoué que je fumais des joints et qu'à chaque joint c'est pire, c'est comme ça on a discuté.*

La question était soit directe soit intégré dans un questionnaire

J5 " *Elle m'a posé beaucoup de question où je devais répondre par oui ou par non (elle m'avait dit que c'était un questionnaire de dépistage), et elle a demandé si je fumais et là je lui ai dit que je ne fumais pas de cigarette mais que je fumais autre chose*"

J10 " *il m'a dit direct est ce que tu fumes*"

Le jeune a abordé spontanément le sujet à son généraliste : pour lui expliquer sa fatigue, son amaigrissement.

J6 " *elle m'a demandé du coup qu'elle serait la cause et je lui dis du coup que je fumais du cannabis et elle m'a assez conseillé*"

J15 " *C'est moi qui lui ai parlé de ça, j'étais venu pour ça en fait, j'étais obligé parce que ma mère m'a dit va voir et tout, et du coup j'ai dit clairement à mon médecin que je fumais et comment je fumais, je savais que c'est à cause de ça que j'ai maigrit*"

4.3 Réaction des jeunes à l'abord du cannabis :

4.3.1 Vécu positif :

- Sans gêne :

Parce que le jeune parle librement de son problème.

J15" *Quand je parle de ça je ne sens pas de difficulté, j'assume complètement, ça ne me dérange pas de parler de ça "*

Parce que le médecin lui a porté beaucoup d'intérêts.

J5 "*mais au fur et à mesure de la consultation, je voyais qu'elle s'intéressait beaucoup à moi et que mon cas la préoccupait "*

- Un jeune trouvait que c'était important pour lui d'informer son médecin

J3 "*J'ai déjà évoqué à mon médecin ce que j'ai déjà évoqué au psy, pour que le médecin sache à quel point je n'étais pas bien du tout "*

- Le fait que la question soit directement posée par un médecin est très naturel

J3 "*Que le médecin me pose directement la question si je fumais le cannabis : pour moi c'est comme un psychologue, pour moi tous ceux qui sont dans la médecine et ça, si je dois leur raconter mes problèmes, j'y vais-je ne me pose pas de questions "*

- Les jeunes parlent plus ouvertement une fois que le médecin les a rassurés sur la confidentialité et le secret professionnel :

J5 "*elle m'a fait clairement comprendre que tous ce que je lui dirai restera entre nous, même si on connaît le classique secret professionnel, ça m'a rassuré, que son boulot n'était pas de juger mais plutôt essayer de m'aider"*

- Pour un jeune, le médecin partageant son expérience de sa consommation a permis d'entamer le dialogue.

J10 "*le fait qu'il a avoué que lui aussi a fumé quand il était jeune, on se dit, ben finalement il sait que c'est normal de fumer à notre âge, donc j'ai eu moins honte d'avouer, ça a rendu le truc moins tabou franchement c'est bien que les médecins partagent leur expérience avec nous "*

Dans l'ensemble, les jeunes qui sont déjà pris en charge en CJC ont bien réagit quand le médecin leur a parlé du cannabis parce que :

- les médecins les ont encouragés de leur initiative. J6 "*je lui ai dit que je voyais aussi un psychologue dehors et elle m'a dit que c'était une très bonne initiative"*

- Il n'y a pas eu de dramatisation : J5 "*c'est vrai quand je lui ai parlé du cannabis, la discussion s'est poursuivie comme si ce n'était pas fatal"*

- La discussion est plus facile après avoir parlé avec un psychologue : J11 "*le fait d'être suivi par Mr -----m'a plus facilité les choses, on se sent libéré, je pense vraiment que c'est ça justement qui m'a aidé à en parler ouvertement"*

Les autres éléments ayant facilité l'abord des jeunes : l'âge et le sexe du médecin.

La discussion étant plus facile avec un médecin jeune. J4 *"les médecins jeunes comprennent un peu plus car il n'y a pas longtemps qu'ils étaient étudiants et il y a beaucoup d'étudiants à la fac qui fument la fumette donc ils savent de quoi ils parlent car en soi ils connaissent le cannabis"*

J5 *"Le fait qu'elle soit une femme, jeune, agréable au premier abord ça aide"*

4.3.2 Vécu négatif

- Un jeune a été surpris voir choqué par la question du médecin qui était directe,

J10 *"franchement j'étais un peu surpris j'ai dit dans ma tête comment il a deviné, pourtant je sentais pas le truc, j'étais choqué je m'attendais pas, et puis je ne voyais pas le rapport avec ce que j'ai"*

- Parfois un sentiment de colère :

J13 *"j'étais trop choquée, j'ai pas trop voulu, je lui ai dit comment se fait-il qu'il me parle de ça, j'avais la haine"*

- Sentiment de honte : J13 *"j'ai eu honte"*
- Déception par le manque d'intérêt du médecin à l'égard du jeune, et le manque de conseil.

J4 *"Mon médecin j'ai dû lui raconter des choses mais en sortant je « fffffff » (soupir). Je lui ai raconté à quel âge j'ai commencé à fumer, combien je fume, même s'il y a beaucoup de choses que je n'ai pas raconté, mais il n'a pas cherché à savoir non plus,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,,, il ne m'a donné aucun conseil. Il m'a demandé de venir le voir quand je veux mais il n'a pas tenu à avoir une relation pour qu'on puisse vraiment traiter mon problème"*

- Un jeune a été agacé par l'attitude moralisatrice de son médecin :

J4 *"il m'a fait tout une morale là-dessus, que ce n'était pas bien etc.... je ne sais pas s'il était obligé de le faire et ça on nous le répète depuis qu'on est..... On sait quoi, il me l'a répété et pourtant je savais tout ça"*

Certains jeunes qui n'ont pas été dépisté, disent que si le généraliste leur avait posé la question:

- Soit ils auraient trouvé cela gênant :

J9 *"Franchement c'est gênant, c'est intime, si c'est un médecin quelconque je ne dirais rien, de toute façon je ne retournerai plus le voir"*.

- Soit ils auraient parlé parce qu'ils n'avaient pas le choix, ou bien ils auraient minimisé selon les circonstances :

J1 *"Si c'est trop flagrant par exemple j'avais fumé avant de venir ou que je ne sais pas, je sens ou un délire comme ça, je lui aurais avoué directement sinon, je pense que je lui aurais sorti un petit bobard"*

J2 *"Bah...s'il me demande, ça je pense déjà qu'il a vu quelque chose qui l'a alerté ou qu'il s'en est douté, sinon, (elle rigole) et bah. Franchement je lui dirai oui après voilà ça dépend comment il le dit aussi : s'il le dit sur un ton, voilà tu fumes en mode euh il fait la morale, je lui dirai oui, de temps en temps, je minimise. Mais si vraiment il me dit oui ah j'ai remarqué voilà machin tu fumes ? j'aurais dit oui et puis on discutera"*

- Un jeune est conscient de son problème, il peut en parler sans problème :

J8 *"Il me connaît depuis que je suis tout petit, vous savez j'ai pris du recul par rapport à mon problème,,,,,, on m'a tellement vu dans des états incroyables que je ne vais pas faire le mytho"*

- D'autres déclarent que si le repérage a eu lieu, ils auraient menti et rien dit (tableau 2)

J4 "S'il m'avait demandé, je n'aurais jamais dit la vérité, parce que je vois pas en quoi il m'aurait aidé"

3.4 La prise en charge proposée :

- Prescription de médicaments :

Les jeunes déclarent que les médecins ont proposé des compléments alimentaires, des vitamines pour la fatigue et des médicaments, parfois à base de plantes pour lutter contre le stress qu'ils ont jugé inefficace, certains critiquent le caractère sédatif des médicaments prescrits (J3, J4, J8, J13).

J8 "il donnait des médicaments sans trop d'effet je me rappelle pas de la marque"

J4 "il m'a donné une fois quand on a parlé des comprimés qui avaient un effet justement qui me « ouffffff ». Ça m'endormait le truc. J'en ai pris quelques jours et j'ai arrêté,,,,,,le truc m'a mis à terre"

- Orientation en acupuncture : J3 "elle m'a conseillé une acupunctrice"
- Orientation en centre spécialisé : seulement pour deux jeunes (J5, J10), pour les autres, soit ils sont déjà pris en charge, soit la consommation n'a jamais été abordée.
- Aucune, juste un conseil, car la consommation était jugée non problématique :

J15 " ben rien il a rien fait, il m'a dit qu'il faut absolument que je mange, mais que ce n'étais pas une obligation que j'arrête de fumer, en gros que je mange à tout prix et j'essaie de ne pas fumer le matin à jeun, et en gros franchement il a pas dit d'arrêter, que c'était pas très trop grave"

4. Le non repérage de consommation du cannabis par le généraliste :

5.1 Les raisons du non-abord du cannabis : (tableau 2)

Idées	Citations
Absence de besoin d'aide	J4 " Pour moi, il n'y avait personne pour m'aider et en plus je ne veux de l'aide de personne. Tout se passera bien, ma vie est normale"
Le déni	J15 " je pense que j'ai pas vraiment de problème, donc je retournerai pas le voir, pas besoin "
Refus de raconter sa vie au médecin	J6 " je ne lui parle pas de ce qui m'arrive extérieurement à ma santé, pour moi c'est pas son rôle, moi je ne veux pas qu'elle m'aide, je ne veux pas qu'elle soit impliquée là-dedans"
Déjà pris en charge par des spécialistes plus compétents	J12 "Parce que je vois une tonne de personnes déjà, et qu'est-ce qu'il peut faire de plus que des spécialistes,,,, ben rien,,,, déjà ce n'est pas son domaine, lui c'est un médecin qui s'occupe de beaucoup de choses, plusieurs maladies, mais il ne peut pas approfondir la chose c'est pour ça qu'il y a des spécialistes, c'est vrai...."

Le médecin n'a rien vu		J14 "après s'il n'a jamais cherché à comprendre c'est peut-être parce que il n'a rien vu"
Le manque d'intérêt du médecin		J4 "j'étais déjà venu le voir alors que j'avais déjà fumé juste avant de rentrer dans son cabinet mais bon pffffff..... Soit il a capté et il a fait comme s'il s'était aperçu de rien, soit il s'en fiche complètement"
Le médecin expéditif		J10 "qu'est-ce que tu veux, carte vitale, ordonnance et au revoir je ne discute pas beaucoup, lui non plus, d'ailleurs il est tout le temps pressé"
Non-respect du secret professionnel		J1 "Mon médecin ? non je ne peux pas voir mon médecin, ma mère le voit plus que moi du coût je me disais que le médecin pourrait lui dire ou insinuer parce que je la connais depuis que je suis tout petit, j'ai peur que le secret professionnel,,,soit juste zappé"
Le jeune n'y a pas pensé malgré la recherche d'aide		J14 "Non (interloquée),,,, vous voulez dire si je lui en ai parlé ? non, franchement non, je n'ai jamais eu cette idée"
Préfère consulter un professionnel ne connaissant pas l'entourage		J6 "mon médecin non plus je sais qu'il est tenu au secret professionnel aussi, mais j'ai préféré voir quelqu'un qui ne connaît personne de ma famille et peut être inconsciemment ça m'a fait un blocage mais j'ose pas lui parler"
Pas le domaine du médecin	Ce n'est pas le rôle du médecin	J7 "pour moi ça reste un peu comme voir un psychanalyste pour un rhume, vous voyez ce que je veux dire." J8 "à part me donner des adresses je ne pense pas qu'il aurait fait quelque chose"
	Des prescriptions jugées inadaptées	J7 "j'avais peur de ça, traitement médicamenteux, je connaissais quelqu'un dans mon lycée à cet époque où j'ai arrêté de fumer, il me disait qu'il prenait des cachets à base d'opiacés pour te mettre super bien, j'ai dit non non je vais rester avec mes joints merci" J4 "le cannabis c'est pas tu prends un médicament et c'est fini, c'est une démarche un peu plus longue, et mon médecin je pense pas qu'il soit spécialisé dans les traitements de durée"
	La thérapie par parole	J7 " ,,,, je pensais plutôt à une thérapie à la limite de paroles, et je ne vois pas vraiment mon médecin dans ça "
	Le généraliste pas compétant	J8 "C'est justement un médecin traitant il est pas très compétant lui il traite ,,,,,,,,,,les choses en générale (rire)" J6 " Le médecin c'est pour soigner les rhumatismes c'est ça, les gripes"
	Des conseils non pertinents	J7 "Après je m'attendais à ce qu'on me sorte les bons vieux conseils, il faut arrêter de fumer, voilà ce que ça fait à tes poumons, machin mais bon ce n'est pas trop ça qui aide"

Pour certains, le jeune n'attribue pas les soucis de santé ou le mal être au cannabis et que cela reste une des principales missions du médecin :

J7 "c'est au médecin de m'orienter vers ça et pas le contraire parce que je ne le ferai pas, parce que moi je ne ferai pas le lien entre mes problèmes de sommeil et le cannabis"

J14 "il faut pas se mentir, aucun jeune n'ira voir son docteur, du genre : bonjour, j'ai un gros souci je fume la beuh et du chite tous les jours qu'est-ce que je dois faire ? c'est quand même au médecin de poser ce genre de question"

5.2 Les freins à l'abord du cannabis en consultation :

Idées	Citations
Sujet difficile	<p>J2 " bah, franchement non, j'en ai jamais parlé et je pense pas que j'en parlerai, parce que c'est.....déjà..pffff.c'est pas que c'est dur mais c'est tabou"</p> <p>J12 "(Silence) je ne sais pas, je ne dirai rien, j'aime pas que le médecin se mêle de ça, dans mon cas, je parle de moi,,,,, c'est un sujet difficile on n'en parle pas comme ça"</p>
La crainte du jugement	<p>J4 "je pense que mon médecin est dur dans son jugement "</p> <p>J7 " ça me servirait à rien de m'enfoncer en disant, docteur je suis accro à telle substance, maintenant qu'est-ce que vous pouvez me dire pour me faire sentir mal"</p>
La crainte de la culpabilisation	<p>J14 " Ce qui peut me freiner : c'est qu'on vous culpabilise, genre j'ai fait la connerie du siècle, euh euh je sais que c'est vrai, je ne veux pas qu'on me rajoute ça encore"</p>
Le médecin moralisateur	<p>J2 " pas de morale, pas vraiment cet aspect moralisateur, un peu d'échange, là, comme là où on se sent pas jugé"</p>
Crainte de décevoir son médecin :	<p>J9 " on le voit plus trop comme un médecin, on le voit depuis tout petit, il y a une certaine relation, c'est comme un parent un peu éloigné, et je ne veux pas casser ce lien avec mes histoires, et perdre sa confiance"</p>
Le médecin dramatise	<p>J3 " C'est ça le problème des généralistes. Ils nous donnent l'impression de l'urgence de la situation, les dégâts que cause la consommation"</p>
Absence de relation	<p>J2 "Moi mon médecin je le vois quand je suis malade et des trucs basiques, mais bon on a pas de relation, je ne parle pas avec lui. Je viens, je fais mon truc, je paie et au revoir merci, je m'en vais"</p> <p>J4 " je n'ai pas de relation spéciale avec lui, même si c'est le même médecin qui me soigne depuis tout petit"</p>
La honte	<p>J4 " chez le médecin, je me dis que lui il a un rhume et que moi je suis là car je fume du shit, je vais être entouré de bébés ou de vieux et vraiment j'ai un peu honte de me dire que les gens sont malades et moi qu'est-ce que je fais là"</p> <p>J2 : " ce n'est pas quelque chose dont je suis fière et ce n'est pas quelque chose dont je veux parler ouvertement"</p>

La présence des parents	J3 <i>"j'y vais tout le temps avec ma mère, et ça déjà c'est un gros frein, même si elle est au courant et qu'on en a parlé"</i>
Age du médecin	J4 <i>"Quand ils nous parlent les vieux, on ne comprend pas tout. Ils ne sont pas dans l'actualité, par exemple, mon médecin ne comprend pas pourquoi on fume du cannabis"</i>
Personnalité du jeune	J6 <i>"déjà, c'est mon caractère, je garde tout en moi, je ne suis pas quelqu'un qui dévoile ses sentiments très facilement"</i>
Caractère du médecin	J5 <i>" à cause du caractère aigri du médecin je pense qu'elle s'approche de la retraite (des fois elle sort faire la morale à des parents qui ont des petits bouts de chou qui jouent, c'est normal que les enfants font du bruit, il y a même parfois des patents qui se vexent et s'en vont), du coup ça donne pas trop envie de trop discuter"</i>

5. Perception du généraliste par les jeunes :

La plupart déclarent être suivi par le même généraliste depuis leur enfance sauf quatre, deux d'entre eux ont changé de médecin à cause d'un déménagement, les deux autres parce que leurs médecins étaient partis à la retraite.

6.1 Opinions des jeunes de leurs généralistes :

L'avis des jeunes reste partagé :

- Certains le trouvent disponible, gentil, à l'écoute.

J13 *"il se montre sympa et gentil, à l'écoute, calme"*.

J8 *" il est gentil, cool, mais un peu vieux "*

J6 *"franchement elle est très gentille, vraiment adorable, très à l'écoute, elle prend vraiment son temps pour chacun de ses patients"*

J14 *" Il a toujours la bonne manière de vous accueillir pour vous faire oublier le ras le bol de l'attente"*

- Et malgré ça la rapidité de la consultation est souvent citée :

J10 *" je peux aller le voir quand je veux, la dernière fois c'était la seule fois où il a pris vraiment son temps et qu'on a discuté, sinon les autres fois c'est du rapide rapide, et généralement ça ne crée pas de liens particuliers. Et dernièrement il m'a paru vraiment cool, compréhensif et c'était bien et je pense qu'il sait quand même quand les choses vont mal "*

J4 *"De toute façon, tous les médecins que j'ai vus, comptent leurs minutes, ne demandent jamais si je vais bien, comment va l'école"*

- Le médecin n'élargit pas le contenu de la consultation :

J6 : *"quand je vais pour un motif particulier la consultation souvent se limite à la maladie et les problèmes physiques, ça ne va pas au-delà"*.

- Une préférence pour le remplaçant :

J5 " je préfère sa remplaçante, je suis très à l'aise avec elle, elle a réussi que je lui fasse confiance dès la première consultation "

- Opinions négatives : très peu citées

J4 "je pense que mon médecin est dur dans son jugement, il se trouve que c'est juste mon médecin qui est froid et très académique"

J3 "Elle sait ce qu'elle doit faire même si au premier abord on la sent distante"

6.2 Les attentes des jeunes et propositions :

Aucun jeune n'a déclaré avoir consulté pour discuter de ses difficultés avec le généraliste, puisque leurs consultations étaient motivées pour des problèmes somatiques :

Idées		Citations
1) Une attitude facilitatrice pour la communication	Le soutien (4)	J1 " s'il n'y a pas le soutien de la famille, c'est le généraliste qu'on va voir normalement"
	L'absence de jugement (2)	J2 " Pas de jugement, pas placer les gens dans une certaine catégorie par rapport à ce qu'ils font" J1 " qu'elle me prenne pas pour un drogué qui se gratte les veines ou autre chose, qu'elle prenne ça plutôt comme une passade c'est-à-dire comme c'est juste un moment de ma vie que je fais ça"
	Empathie et compréhension (3)	J14 "Qu'on comprenne que c'est pas facile d'arrêter du jour au lendemain" J8 "il doit être lui-même, genre enlever sa blouse même si le généraliste n'en porte pas, sa personne, sans se rapporter à des faits ou des trucs lus dans des livres"
	Le respect	J10 " qu'il nous respecte et qu'il nous soigne bien"
	Discussion sans moralisation (3)	J12 "personnellement je ne veux pas de morale, j'en reçois déjà beaucoup de ma mère"
	La disponibilité et l'écoute (3)	J9 "Déjà la disponibilité, que le gars prenne le temps de vous écouter, pas genre on doit faire vite, il y a des gens qui attendent leur tour, si j'ai des souffrances et que j'ai déjà des choses à dire et que le gars en face regarde sa montre, parce que je risque de lui faire gagner moins d'argent, ce n'est même pas la peine, ce gars ne s'intéresse pas à vous"

	La patience (3)	J11 " donc s'il vous plait Dr donnez-moi un peu de temps et surtout soutenez moi, ne me mettez pas la pression" J3" C'est ça le problème des généralistes. Ils nous donnent l'impression de l'urgence de la situation, les dégâts que cause la consommation"
	L'intérêt (2)	J7 " le fait qu'un médecin s'intéresse à vous et à votre personne ça aide" J4 " moi je veux qu'on me considère et qu'on ne me juge pas. Ce n'est pas un gars à qui on va dire nos soucis après il s'en fout"
	Confidentialité (2)	J14 "il y a des choses qui doivent rester confidentielles et j'ai besoin qu'il me rassure là-dessus, justement là dans ce centre c'est la première devise, secret, confidentialité"
	Savoir détourner la question (3)	J12 " que les choses viennent doucement, il n'y a pas du rentre dedans,, " J1" la meilleure façon c'est que ce soit un peu délicat pas brusque"
2)L'accessibilité Limiter l'attente	Salle d'attente (2)	J14 "c'est long à l'attente" J5" les attentes en salle d'attente sont interminables"
	Les rendez-vous (2)	J9 " c'est difficile d'atterrir chez lui, il faut de l'attente, et moi je ne suis pas patient, s'il faisait comme les autres genre une plage d'horaire pour traiter les urgences c'est sûr que j'irai le voir" J3 "Qu'il soit toujours là, qu'il me conseille sur les soins, que les rendez-vous ne soient pas très loin"

6.3 La prise en charge de la consommation du cannabis :

La plupart des jeunes déclarent que leurs généralistes n'ont aucun rôle à jouer pour la suite de prise en charge qu'ils iront consulter qu'en cas de maladies :

J13 "Je sais que si j'ai besoin de quelque chose il serait là, mais je le considère pas dans les personnes qui m'aident quoi"

- Le médecin survole le problème :

J8 "Le médecin aussi peut dire comment t'as commencé mais il ne va pas aller dans le : pourquoi du comment, qu'est ce qui fait que, pour trouver la réponse"

- Il ne peut pas gérer, incompetent :

J10 " Déjà s'il pouvait vraiment assurer il m'aurait pas envoyé ici, je pense qu'il n'a pas l'expérience"

J7 " il est out "

- Il n'a pas le temps :

J10 "je pense vu la durée des consultations ici, il ne pourra pas assurer, il y a trop de monde et il ne peut pas me recevoir longtemps"

- C'est inutile :

J4 "Non je ne vois vraiment pas l'utilité, j'irais seulement si je suis malade"

J6 " je ne vois pas l'utilité, maintenant je l'ai informé de mon suivi ici, et je pense que c'est important qu'elle soit informée.

- Refus de son implication :

J6 "moi je ne veux pas qu'elle m'aide, je ne veux pas qu'elle soit impliquée là-dedans"

- Refus de l'informer :

J14 " non pour l'instant je suis très bien ici, personne n'est au courant, donc je ne me vois pas aller voir mon toubib pour lui dire,,, franchement je ferai tout pour enterrer cette histoire"

- Interdiction imposée par les parents, car le parent ne partage pas l'avis du médecin :

J15 "Ma mère s'est emportée quand elle a vu que le médecin n'a pas trouvé très grave que je fume, et qu'il n'a pas insisté pour que j'arrête, il a essayé de lui expliquer des choses mais elle n'a rien voulu savoir du coup on s'est embrouillé et je suis parti et du coup elle m'a dit on n'y retourne plus tu restes avec la psychologue"

- Un jeune a tenu d'informer son médecin mais dit ne pas avoir d'attente particulière.

J3 "Pour le cannabis, je n'attendais rien particulièrement d'elle, j'en attends plus de mon psychologue je ne m'attendais pas à ce qu'elle m'aide à réduire, quand je vois mon médecin, je lui dis ou est-ce que j'en suis de ma quantité, de mon suivi avec le psychologue je ne l'appelle pas spécialement pour ça, c'est quand je vais pour renouveler mes médicaments que je profite pour prendre rendez-vous,"

5.4 Ce que peut apporter le généraliste :

- Le soutien : plusieurs jeunes déclarent avoir besoin du soutien de leur médecin

J11 " je suis souvent angoissée, et j'ai des doutes pour moi, ben du coup il a tendance à me canaliser, c'est pour ça, euh,,,, même s'il fait pas le psychologue, il a une manière de faire qui me rassure'

J5 "Mais oui bien sûr, même si la psychologue est excellente, et elle me donne l'impression de me connaître depuis longtemps, mais les conseils de mon médecin restent aussi très importants aussi"

- Soigner les effets somatiques du cannabis :

J6 " "Quand j'ai parlé de mon cannabis, franchement j'attendais qu'elle me donne un remontant genre des compléments alimentaires, parce que je ne me nourrissais plus".

DISCUSSION

Notre étude, qui a étudié le point de vue des adolescents a mis en évidence le peu de place qu'ils accordent à leurs médecins généralistes dans la prise en charge et renforce notre hypothèse émise au début et qui était que les adolescents se tournent très peu envers eux pour solliciter de l'aide.

Plusieurs études se sont penchées sur les difficultés des médecins généralistes à aborder le sujet avec leurs patients, mais très peu ont étudié la question du côté des adolescents. Raison pour laquelle on est allé à leur rencontre là où ils sont suivis spécialement pour cette problématique et recueillir leurs parcours et points de vue.

On a choisi le critère de l'organisation mondiale de la santé (OMS) pour sélectionner des adolescents âgés au maximum de 19 ans, même si le public reçu en CJC est généralement âgé de 12 à 25 ans, et la période de l'adolescence se prolonge actuellement dans notre société du fait de la prolongation des études et de l'entrée très tardive dans la vie active. Nous n'avons pas pu malheureusement recruter des jeunes de moins de 16 ans, soit par refus, soit par une sollicitation compliquée : ce n'était pas possible d'avoir le consentement de parents ignorant le suivi de leurs enfants, les consultations des plus jeunes restaient uniques dans la majorité des cas, et en fin les psychologues refusaient par crainte de perturber l'adolescent par une intervention externe pouvant l'inciter à interrompre son suivi, d'autant plus que notre travail coïncidait avec une enquête en cours de l'observatoire Français des drogues et de toxicomanie (OFDT) en région parisienne.

Le fait que l'enquêteur soit un médecin généraliste, pouvait influencer des propos et des discours, ce qui peut engendrer un biais. La taille limitée de l'échantillon ne permettant pas de généraliser les résultats, ainsi le risque d'interprétation personnelle des entretiens peuvent constituer des biais supplémentaires.

1. Caractéristiques des adolescents et la consommation du cannabis :

L'âge de début de l'expérimentation du cannabis est marqué dans notre échantillon par une grande précocité en moyenne 13,6 ans. Ce résultat est en accord avec celui mis en évidence par l'OFDT : 41% des consultants mineurs ont commencé leurs usages à 13.4 ans et les deux tiers d'entre eux ont commencé à fumer tous les jours avant 16 ans [29].

Les adolescents de notre étude ont parlé spontanément de leurs consommations en relatant leurs parcours. Pour la plupart, ils avaient une consommation problématique, même si au début, la consommation était à visée festive, associée à la convivialité et parfois pour s'identifier à leurs pairs ; elle devenait ensuite plus individuelle et quasiment quotidienne. L'usage auto-thérapeutique était plus fréquent, les effets relaxants, hypnotiques, et surtout d'analgésie émotionnelle sont mis à profit pour traiter les troubles du sommeil et d'autres tensions de la vie quotidienne. Le mot défoncé a été utilisé par nombre d'entre eux, ce qui peut laisser entendre l'absorption de grosses quantités de produit. La notion de tentative d'arrêt de la consommation avec parfois un usage pour lutter contre le stress lié à une tentative de sevrage a été évoquée. Ces caractéristiques de la consommation pour certains vont dans le sens des usages problématiques du cannabis de la DSM V (diagnostic and statistical manual V) [annexe 4], d'autant plus que chez ces adolescents, il y a une répercussion sur leurs activités scolaires et professionnelles. Tous les adolescents rencontrés ont noté des difficultés scolaires, le redoublement était pratiquement constant jusqu'au décrochage scolaire. Selon une récente étude récente Australienne [27], les adolescents fumant tous les jours auront 60% plus de risque de ne pas terminer leurs études secondaires, Mais rien ne permet de conclure de l'existence d'un lien de causalité directe entre les deux variables [24]. Ces difficultés scolaires peuvent-être expliquées par le syndrome amotivationnel, des troubles de l'attention, de la mémorisation et de l'apprentissage.

Le milieu familial : dans notre étude, vu la taille de l'échantillon on ne peut conclure sur la relation du milieu familial et la consommation, or des études démontrent que les jeunes issus de familles à faible niveau socio-économique (faibles revenus ou profession peu qualifiée des parents), où les parents sont séparés ou divorcés, où l'étayage parental est faible, où les relations entre parents et enfants sont de mauvaise qualité, ont des niveaux de consommation plus élevés. [11] [24] [35].

2. Le repérage et prise en charge de la consommation :

Dans notre étude tous les jeunes déclarent avoir consulté leur médecin généraliste au cours de l'année, ce qui est en accord avec baromètre santé jeune [19]. Un généraliste voit un adolescent chaque jour, tandis qu'un pédiatre voit un adolescent tous les deux jours, mais "la majorité des adolescents fréquentent le cabinet peu assidûment" et près de la moitié des adolescents suivis ne consultent qu'une fois par an [1]. Dans l'étude LYOLL [7] : les consommateurs de tabac exclusif, les adolescents souvent ivres ou les adolescents consommateurs de cannabis

consultent en moyenne 4 fois par an. Cette augmentation de la fréquence des consultations, même pour des plaintes somatiques, doit faire poser la question d'un éventuel mal être pouvant ensuite probablement mettre en évidence une conduite addictive associée.

Il y a une carence assez marquée du repérage de la consommation cannabis, il n'était pas systématique, et était resté en suspens pour plusieurs d'entre eux malgré le malaise social, l'anxiété et le stress exprimé par les adolescents. Quand la consommation a été abordée, le questionnaire de dépistage était très peu utilisé. Selon l'OFDT, l'utilisation de questionnaires de repérage des consommations de cannabis par les médecins généraliste n'est pas systématique et ne concerne que 2 % d'entre eux [2].

La littérature insiste sur la nécessité d'ouvrir le dialogue sur la consommation du cannabis pour ensuite échanger et évaluer les risques liés à cet usage. Une consommation bien cernée permet un meilleur accompagnement du malade. Selon le baromètre santé 2009, seulement 8% des généralistes abordent la consommation du cannabis, uniquement si elle est jugée problématique [17], et dans une autre étude : seulement 8% des médecins l'abordent systématiquement [2].

Pour les autres jeunes qui ont été pris en charge en structure spécialisée, un des principaux moteurs de consultation était la décision personnelle devant une situation jugée à risque par le consommateur, soutenue par la famille ; d'autres moteurs étaient : la contrainte par la justice, et la pression des parents. En effet, en 2014 selon l'OFDT, les démarches spontanées représentaient 21% des consultations, 9% sont orientés par le milieu scolaire, 40% par la justice et 15% par leurs familles [29]. En général, ces contraintes chez les mineurs ne constituent pas un obstacle à la prise en charge.

Notre travail montre également le manque d'information de ces jeunes et de leurs familles sur l'existence de ces centres, dû à l'insuffisance en partie de l'impact des campagnes de sensibilisation dans les médias, la plupart étaient informés par des amis ayant eu des expériences semblables, et Internet était un support très efficace dans leurs orientations.

3. Les freins et les difficultés à l'abord du cannabis :

3.1 Les freins liés au produit :

Le cannabis reste un sujet tabou. Dans la société, l'usage de cannabis, même ponctuel, peut inquiéter un adulte du fait du statut illégal du produit, alors qu'un usage de tabac et d'alcool sera toléré plus longtemps et dans plus de circonstances [14]. Les jeunes se montrent « agacés » par le discours adulte dont ils se sentent éloignés. Ils revendiquent leur liberté, banalisent

leurs conduites en se référant à une norme générationnelle : J4 " *mon médecin ne comprend pas pourquoi on fume du cannabis, il m'en a parlé comme si j'étais un cas rare. Alors il viendrait dans mon lycée, il comprendrait que le cas rare c'est lui, et c'est celui qui n'a jamais essayé de fumer*".

En même temps, il y a une ambivalence envers le produit : l'adolescent est souvent tiraillé entre les bénéfices immédiats et les inconvénients de ses conduites ; par conséquent, la prise en charge et l'arrêt de la consommation sont souvent reportés. L'ambivalence, une des caractéristiques de l'adolescence, s'est manifestée à plusieurs niveaux dans notre étude.

3.2 Le déni :

Les adolescents déclarent souvent ne pas avoir de problèmes avec le cannabis, et ne ressentent pas le besoin d'aller spontanément chercher de l'aide, mais admettent en même temps, connaître pertinemment les effets néfastes que peut avoir la consommation de cannabis, et arrivent à identifier ces effets sur leur santé actuelle, ils alternent entre un déni de leurs souffrances et un sentiment de toute-puissance revendiquant pouvoir se débrouiller seuls.

3.3 Les réactions du médecin :

Très peu de jeunes sont réticents finalement à aborder la question du cannabis avec leur généraliste, ils seraient prêts à discuter si le médecin les interrogeait, et bien sûr s'il a la bonne attitude, même si quelques-uns déclarent que cette problématique n'est pas du ressort du médecin généraliste. Le fait d'aborder le problème avec le généraliste qui leur rappelle les risques de la consommation serait inutile et pourrait majorer un sentiment de culpabilité et l'aspect moralisateur du médecin. Débuter une discussion par les bénéfices perçus des consommations plutôt que de citer les risques pourrait atténuer cet aspect moralisateur.

Ils n'ont aucune idée sur la manière idéale et le contexte le plus propice pour faciliter le repérage, ils estiment que l'abord de la consommation reste du ressort et une des missions du médecin ; c'est le médecin qui doit comprendre intuitivement ce qu'ils ressentent sans verbalisation de leur part, c'est au médecin de venir vers eux et non l'inverse. Dans ce cas, ressentir l'intérêt du médecin à leur égard peut ouvrir la porte au dialogue et pourquoi pas à une prise en charge.

La crainte du jugement, de stigmatisation, le manque d'empathie et la peur de ne pas être compris ont été fortement évoqués. Selon une étude d'opinion en 2013, le cannabis est la première drogue citée spontanément, 68% des Français croient que son usage conduit à consommer des produits plus dangereux, et 66% pensent que ces usagers présentent un danger pour leurs entourages [42]. L'adolescent craint d'être classé dans la catégorie drogué et/ou

délinquant, ce qui pourrait expliquer son sentiment de honte, l'absence de spontanéité, et son renfermement.

3.4 Le secret professionnel :

Un autre obstacle pour le dépistage est le secret professionnel. Tous les adolescents de notre étude connaissent ce concept auquel est lié tout le personnel médical rendant l'échange tout à fait naturel. Pour les plus réticents, le rappel du médecin de ce principe a permis d'amorcer le dialogue. Néanmoins ce concept reste fragile, du fait de la connotation souvent familiale du médecin traitant. Or cette proximité avec la famille (qui permet au médecin d'être informé de l'ambiance familiale et environnementale du jeune, lui permettant ainsi de déceler plus facilement une fragilité ou une vulnérabilité) peut entraver la prise en charge; d'où la priorité absolue de réaffirmer le secret médical au jeune, en lui affirmant le caractère individuel de la prise en charge lui permettant ainsi de se démarquer, car le jeune patient aspire au droit d'être considéré comme individu à part entière, et non uniquement comme l'enfant de ses parents.

J12" si je viens pour moi qu'il s'occupe de moi j'ai pas envie qu'il me ramène à mes parents comme si j'étais encore gosse, mon frère je comprends, il n'a que 11ans, mais moi ça va, je suis suffisamment grande "

3.5 La relation médecin-adolescent :

La plupart des adolescents interrogés, ont une très bonne opinion de leur médecin. Ils le décrivent comme gentil, à l'écoute, et disponible, malgré cela, la confiance paraît floue. Certains jeunes déclarent ne pas avoir de relation avec leur médecin, que son rôle se limite à soigner leurs maux physiques. La curiosité du médecin peut être vécue comme intrusive et dépassant sa mission principale, qui est de soigner les maux somatiques, comme si les problèmes psychiques et le mal-être n'étaient pas considérés comme problème de santé à part entière. Cela concorde avec une thèse [23] qui démontre que 92% des adolescents pensent que le médecin peut les aider sur le plan de la santé physique, ils ne sont que 55% à penser qu'il peut les aider pour un problème sexuel, et seulement 32 % pour une éventuelle dépression.

Le médecin traitant bénéficie de la durée pour instaurer la confiance, il doit mettre à jour le système relationnel à chaque consultation en faisant comprendre à l'adolescent ce qu'il peut attendre d'un médecin, pour l'aider à trouver plus d'autonomie, de sécurité, et de confort [5].

3.6 Le manque de temps des médecins :

Certains adolescents ont relevé que le manque de temps de leurs médecins et la rapidité de la consultation influencent l'échange avec eux et entravent la qualité de l'écoute. L'intérêt ne

dépasse pas le motif initial de la consultation, et par conséquent, ils se sentent négligés, ce qui peut générer un sentiment de frustration. D'ailleurs selon une étude, le sentiment de frustration après une consultation est exprimé par 34% des adolescents déclarant n'avoir pas dit tout ce qu'ils ressentaient dans 30 % des cas, et jusqu'à 45 % dans les groupes à risques [23]. BINDER propose d'élargir le contenu de la consultation par une allusion de type : « à part ça », « oui, mais encore ». Cette simple évocation multiplie par quatre la fréquence d'abord psychologique au cours de toute consultation [5].

Les adolescents de notre étude, ont bien pris conscience qu'aborder le sujet sensible du cannabis, nécessite parfois plus de temps, favorisant ainsi une approche qualitative. Le manque de temps a été également évoqué par les médecins au cours de nombreuses études comme étant un des principaux obstacles à la prise charge des conduites addictives [4] [32] [39] [44]. Or, si le généraliste n'a pas suffisamment de temps lors de la consultation pour le traitement du motif initial, il peut provoquer la répétition du contact avec son patient (ordonnance courte, examens complémentaires) [16]. Selon BINDER, la proposition d'un autre rendez-vous est pratiquement acceptée par l'adolescent, particulièrement s'il va mal [5].

3.7 Obstacle organisationnel :

Le nomadisme médical des jeunes est souvent expliqué par leur manque de patience et des délais de rendez-vous jugés parfois trop longs, réduisant ainsi leurs nombres de rencontres avec leurs médecins traitants. Il est donc nécessaire d'augmenter l'accessibilité à la consultation pour les jeunes par une organisation de plages horaires dédiées aux consultations libres pour mieux répondre à leur empressement.

3.8 Les parents :

Si la crainte d'information des parents est un obstacle, leurs présences aux consultations n'a été évoqué comme obstacle que par un seul jeune. La plupart consultent généralement seuls même s'ils viennent accompagnés ; les adolescents un peu plus âgés dans notre étude (tous ont plus de 16 ans) et qui consultent seuls dans les centre de CJC, se considèrent autonomes. Pourtant la littérature rapporte que jusqu'à l'âge de 18 ans, les 2/3 des rendez-vous sont sollicités par les parents. Ils viennent d'ailleurs accompagnés (encore 51 % des filles et 61 % des garçons à 18 ans) avec un motif discuté préalablement avec les parents [12].

3.9 Le manque d'expérience des médecins généralistes :

Nos adolescents ont l'impression que leurs médecins manquent de connaissance et disposent d'une capacité limitée pour gérer cette problématique : ce sentiment est également partagé par les médecins généralistes [4] [32] [44].

Il y a un manque de formation des médecins. L'enseignement initial semble insuffisant face à l'ampleur de l'addiction sur le plan épidémiologique. Pour développer le repérage, il faut que les médecins soient conscients des risques et capables d'identifier leurs représentations du cannabis. Le rapport d'expertise de l'institut national de santé et de la recherche médicale (INSERM) [13], propose que l'enseignement de l'addictologie soit amplifié, en créant des modules spécifiques (formation initiale) dans les filières de santé et en élargissant le développement de la formation continue aux autres professionnels de santé (infirmières scolaires, pédiatres, généralistes...). Le renforcement pour 2016 du programme de l'examen national classant (ECN), qui passe de un à six items dédiés aux troubles de l'addiction sur 400, montre que les choses commencent à évoluer [37].

Dans une autre étude, il a été constaté que quelques médecins n'avaient pas connaissance des CSAPA et/ou ne connaissait pas le réseaux addiction de leur département [4].

Sentir que le médecin s'intéresse ou connaisse le produit peut inciter plus facilement à ouvrir le dialogue. Il a été noté que la mise à disposition de brochures d'information en salle d'attente pourrait insinuer une connaissance et un intérêt à la question et par conséquent, amorcer une discussion. J12 *"qu'il n'y a pas d'affiche et les petits documents, vous savez comme ceux qu'on trouve dans les centres que vous pouvez consultez et emporter avec vous- vous voulez dire les prospectus, les brochures- ah oui merci les brochures c'est ça. Je pense ça permet de dire que le médecin s'intéresse à ce genre de sujets et peut être ça peut nous aider à y penser, moi ça aurait pu m'aider "*. L'âge du médecin semble avoir une importance. Le jeune âge du médecin renvoyant une image d'une meilleure connaissance du produit par son éventuelle expérimentation personnelle durant ses études, ou celle de son entourage, paraissait également comme élément facilitant la communication.

Pour les jeunes, la prise en charge du cannabis rime forcément avec sevrage, le conseil minimal pour baisser la consommation, n'a pas été considéré par ces adolescents comme étant une action d'aide, du moment que le médecin n'a pas insisté sur le fait "d'arrêter de fumer". Pourtant, le conseil minimal pourrait aider à modifier les comportements quand ceux- là ne sont pas jugés trop problématiques [18] [38].

Ils critiquent la prescription de psychotropes pour lutter contre le stress et l'anxiété accompagnant le sevrage, et sont conscients de l'absence de traitement médicamenteux pour traiter la dépendance.

4. L'implication du médecin généraliste dans le suivi :

Bien que la plupart des jeunes ne veuillent pas impliquer leur médecin dans le suivi, et qu'ils aient des doutes sur leurs compétences ; certains affirment l'importance de son soutien et la complémentarité de ses conseils, et que c'est vers son généraliste qu'on se tourne en absence de soutien familial, ils reconnaissent d'ailleurs que lorsque le médecin est informé de leurs situation, il montre plus de disponibilité et d'écoute.

5. Alors que peut faire le médecin généraliste :

L'intervention brève, développée depuis plusieurs années, bien acceptée par les consommateurs adolescents et jeunes adultes [25], a fait preuve de sa faisabilité en médecine générale, et de son efficacité dans la gestion des conduites addictives chez les adolescents. Elle consiste à agir le plus tôt possible, afin de ne pas laisser s'installer les comportements à risques. Elle permet d'augmenter le niveau de connaissances du sujet sur les risques de sa consommation afin qu'il puisse mieux repérer les conséquences néfastes du cannabis, augmenter sa motivation intrinsèque au changement favorisant la résolution des ambivalences, diminuer les résistances aux changements suivant le schéma FRAMES [annexe 5] et demander de l'aide auprès de son médecin. Pour cela le repérage doit s'intégrer dans les pratiques cliniques de routine du médecin généraliste.

Il n'y a pas d'étude mettant en relation l'efficacité du repérage et sa fréquence. La haute autorité de santé (HAS) [18] préconise un repérage annuel mais aussi lors de circonstances particulières, un changement bio-psycho-social ou une situation à risque particulier : grossesse, précarité, conduite automobile, échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil.... Cette démarche s'inscrit dans le cadre du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017[18]. Pour l'HAS, c'est un processus peu chronophage, « Une minute peut suffire par un simple questionnement sur la fréquence d'usage » pour évaluer la consommation, et « cinq minutes permettent de délivrer une information sur les résultats du questionnaire, les conséquences potentielles de cette consommation et de demander au consommateur s'il envisage de réduire sa consommation ».

En médecine générale toutes les occasions peuvent être saisies. Selon Obradovic [30], une approche globale du patient adolescent est nécessaire. Les questions du cannabis peuvent être intégrées dans un questionnaire représentant l'historique du style de vie de l'adolescent ou dans un questionnaire de santé générale : activité physique, nutrition, tabagisme. Et en cas de consommation de cannabis, introduire la proposition d'un repérage avec des questions ouvertes (comme représentées dans l'annexe 7), peut éviter de donner l'impression aux jeunes qu'ils sont mis en cause, et permettent à certains adolescents qui prétendent contrôler leurs consommations et qui sont dans le déni, d'évaluer la réalité de leurs positions. L'approche clinique doit tenir compte des modalités de consommation, ainsi que de l'existence des facteurs de risque individuels et sociaux (habitudes de fonctionnement familial, cadre éducatif défaillant, rôle des pairs, précarité).

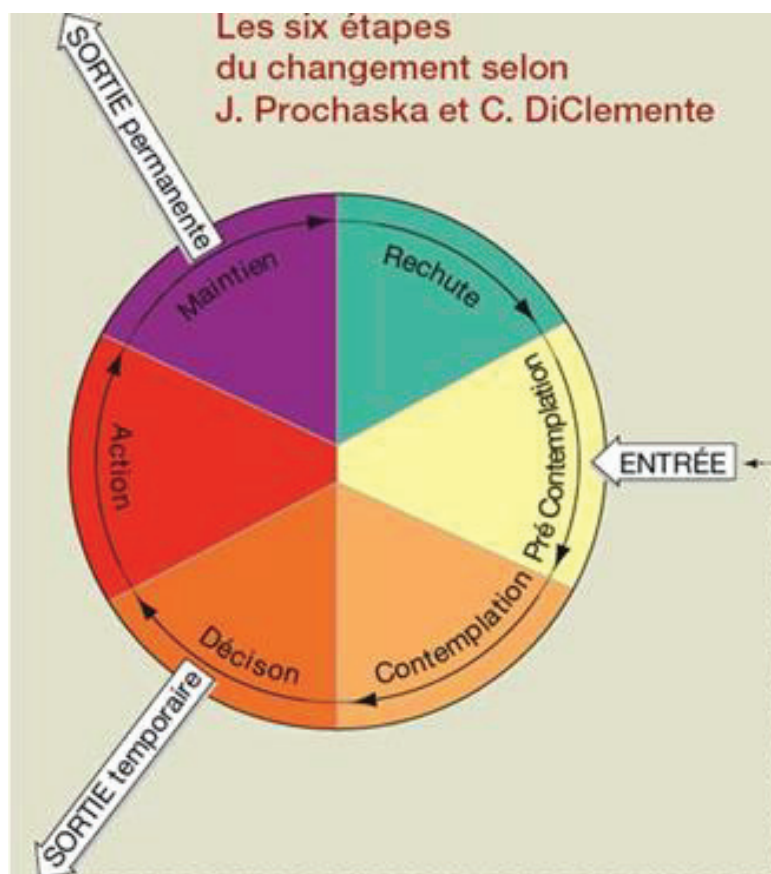
L'HAS, devant l'absence de seuils quantitatifs à risque définis, a proposé de retenir la fréquence d'un joint/semaine comme étant significative et nécessitant une intervention brève [18]. L'équipe du Dr KARILA [38] a publié une conduite à tenir de la prise en charge des consommateurs modérés sans trouble addictologique lié à l'utilisation de cannabis en utilisant le questionnaire CAST (cannabis abuse screening test) [annexes 2]. Si la consommation est peu fréquente, la conduite à tenir ira du conseil simple à l'intervention brève, et si la consommation est jugée problématique, on définira selon les critères DSM V [annexe 4] les critères de sévérité qui nécessitera ou non un suivi spécialisé. Il n'y a malheureusement aucune précision stricte sur la durée, le nombre et l'espacement des séances. L'orientation peut se concevoir également à des stades moins avancés en cas de vulnérabilité particulière. Quel que soit la prise en charge décidée, le médecin doit garder une place centrale dans l'articulation des soins.

La consultation de l'adolescent est une rencontre particulière, et nécessite un effort relationnel. En effet, le médecin généraliste doit être attentif aux adolescents multipliant les consultations, et se poser la question d'un éventuel mal être pouvant être associés ou non à un probable problème de consommation. Pour que tout cela se réalise dans des conditions optimales, il est primordial d'instaurer un climat de confiance et d'absence de jugement. L'abord doit se faire dans une ambiance de dialogue en acceptant le déni, les résistances et les arguments du consommateur. Pour cela, un dialogue non jugeant à partir des bénéfices, déjoue sa représentation du « médecin-qui-interdit » et permet un échange sur la consommation [9]. Il est important d'exprimer au patient qui ne désire pas aborder cette question, qu'il pourra le faire lorsqu'il le souhaitera. Les adolescents s'ouvrent facilement à leur médecin s'ils sentent que celui-ci a le temps et qu'il est bien informé sur le sujet. L'alliance thérapeutique est favorisée

par : un vocabulaire adapté pour parler de leur manière de consommer, un exposé simple mais argumenté des répercussions et un message ciblé sur leur vécu de consommation [24] [25]. Il faut insister sur l'incompatibilité avec la réalisation d'activité scolaire/professionnelle ou l'accomplissement des tâches de la vie quotidienne nécessitant attention et concentration. Pour parler des risques et des dangers à long terme au-delà des plaisirs, il faut adapter le message à chaque consommateur, plutôt qu'énumérer tous les risques. Par exemple, un sportif est plus sensible aux capacités respiratoires ou cardiovasculaires [24].

La présence de conséquence sociale, psychologique ou physique peut être source de motivation pour arrêter ou réduire la consommation. Il faut également valoriser les facteurs de protection tel que l'estime de soi, le sentiment d'auto-efficacité, la bonne image corporelle, les capacités à s'adapter, à savoir refuser, à bien communiquer, et à gérer son stress et ses humeurs [6].

Pour mieux accompagner le patient dans son désir de changement, il est important pour le médecin de savoir identifier à quel stade de changement se positionne son patient consommateur vis-à-vis du cercle de Prochaska Di Clemente [36] . Un changement de comportement dans le domaine de la santé n'est pas un événement ponctuel, mais un processus long qui respecte toujours plusieurs étapes. Ils ont défini six étapes de changement : la pré-intention, l'intention, la préparation, l'action de changement, le maintien et la résolution. Une synthèse est disponible en annexe 8.



Dans cette approche, à chaque stade, le thérapeute adapte son discours aux représentations du patient sur son comportement problématique, de façon à induire un passage au stade suivant. Le médecin peut alors se former à l'entretien motivationnel « *méthode de communication, directive et centrée sur la personne à aider, utilisée pour augmenter la motivation intrinsèque au changement, par l'exploration et la résolution de l'ambivalence* » développé dans les années 80 par les psychologues William Miller et Stephen Rollnick [28] [33] ciblant le consommateur qui n'est pas réellement dans une phase de décision d'arrêter. C'est une intervention thérapeutique efficace pour faire progresser les patients qui ont une addiction dans les stades de changement.

Enfin, pour aider le jeune à baisser sa consommation, le médecin généraliste peut s'appuyer sur des outils comme « le guide d'aide à l'arrêt du cannabis de l'INPES » [21] ou sur un site national d'aide à la consultation « www.medecin-cannabis.fr » [9]. Ce dernier propose de déterminer des objectifs réalistes, de conclure avec le patient un accord explicite de suivi, et des objectifs raisonnables.

On peut par exemple : négocier des objectifs évoluant progressivement.

- ✚ A court terme : s'orienter vers la modération (retarder le premier joint du matin, ou différencier l'usage d'une durée donnée) et le cantonnement (ne fumer qu'en groupe).
- ✚ Au moyen terme : maintenir ce changement.
- ✚ A long terme : viser au non usage.

Il est essentiel de finir la consultation sur un point de réflexion ou une tâche précise à accomplir qui permettra de redémarrer la consultation suivante. L'adolescent doit trouver un intérêt pour revenir : le thérapeute propose comme but de la prise en charge qui ne se résume pas à « arrêter l'usage » mais qui concerne le « parvenir à un mieux-être » [14].

Quand les idées du généraliste sont épuisées, il ne doit pas hésiter à solliciter des avis d'experts et à travailler en réseau pour enrichir la qualité de sa prise en charge, et trouver de nouvelles idées de résolution, évitant ainsi l'isolement dont souffrent beaucoup de médecins.

CONCLUSION

Le but de l'étude était d'évaluer les freins des adolescents à aborder la question du cannabis avec leurs médecins généralistes.

Notre enquête qualitative a permis d'explorer le parcours des adolescents depuis leurs premières expérimentations jusqu'à ce que la consommation devienne problématique nécessitant une prise en charge en CJC, et analyser si le médecin généraliste a joué un rôle actif dans cette prise en charge et/ou orientation.

Le médecin généraliste est le soignant de premier recours, mais l'abord du cannabis est difficile, le repérage de la consommation avant que les adolescents de notre échantillon arrivent dans les centres spécialisés était peu réalisé, et la plupart des adolescents ne lui accordent pas une place centrale dans leur prise en charge.

Le cannabis reste tabou. Le déni, la honte, la crainte du jugement, de moralisation, de la déception du médecin, du non-respect du secret médical, et parfois une carence relationnelle chez certains, sont les principaux freins. Sans parler de leurs convictions de l'absence de compétence en termes de connaissance du produit et de prise en charge adaptée. Or ces jeunes ont généralement de bonnes opinions de leurs médecins, mais émettent des critiques sur leurs manque de temps, les jugeant trop pressés dans leurs consultations, altérant ainsi la qualité de l'écoute et les rendant par conséquent peu qualifiés pour assurer l'accompagnement du jeune consommateur dans sa démarche de soin.

La discussion avec des jeunes qui ne sont généralement pas demandeurs d'aide, ne se réalise qu'à certaines conditions. Il faut aller vers eux, et comme il s'agit de parler d'un comportement qui est socialement réprouvé ; dédier un cadre particulier où leur expérience individuelle puisse être entendue et discutée, sans jugement a priori. En optimisant l'écoute, l'empathie et la tolérance, le médecin pourrait aider les adolescents à mieux percevoir les dangers du cannabis, les aiguiller à réduire leur consommation en adaptant les conseils à chacun d'entre eux et en fixant des objectifs raisonnables. Le médecin ne doit pas hésiter à travailler en réseaux et à orienter les usagers les plus problématiques de cannabis vers des soins spécialisés. Il doit veiller à maintenir le contact avec eux, apporter le soutien et l'encouragement nécessaires, dont certains jeunes y expriment particulièrement un grand besoin et y rattachent une place essentielle dans leur accompagnement.

BIBLIOGRAPHIE

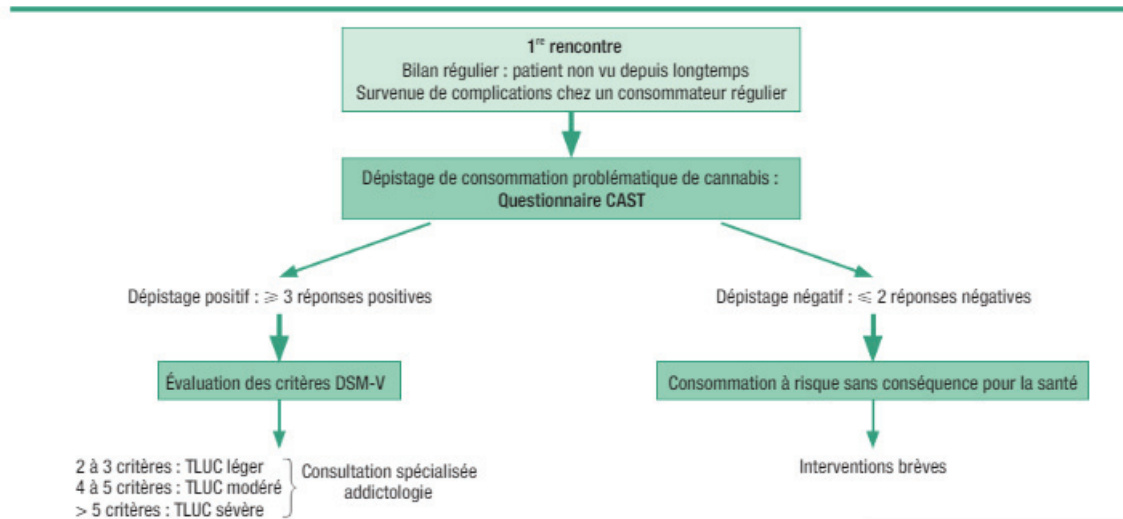
1. Auvray L, L Fur.P : « Adolescents, état de santé et recours aux soins », questions d'économie de la santé, Irdes, n° 49, mars 2002.
2. Beck F., Guignard R., Obradovic I., Gautier A., Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France Rev Epidemiol Sante Publique 2011 ; 59 : 285-294
3. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nezet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. OFDT. Tendances. Mars 2015;(99) :1-8.
4. Benkiran L, Thèse Nice. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) : freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante : enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA. Thèse NICE ; 13/03/2014.
5. Binder P, Comment aborder l'adolescent en médecine générale.la revue du praticien /2005 :55.
6. Binder P, Vanderkam P, Intervenir sur les addictions en médecine générale, exercer 2017 ;130 :72-81.
7. Binder P. Le médecin généraliste peut-il intervenir dans les addictions de façon précoce et efficace ? 25. In : Reynaud M, Bailly D, Venisse JL. Médecine et addictions. Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? Paris : Masson, 2005 : 214.
8. Bloch J, Charpak Y, Monaque C, Fhima A, Faisabilité de la détection de l'usage de drogues chez les 15-25 ans en médecine de ville. Santé publique 1999, volume 11, no 3, pp. 287-295
9. Cannabis, repères pour intervenir, <http://www.cannabis-medecin.fr>.
10. Chabrol H, Massot E, Montovany, Chouicha K, Armitage J, Modes de consommation, représentations du cannabis et dépendance : étude de 159 adolescents consommateurs, Archives de Pédiatrie Volume 9, Issue 8, August 2002, Pages 780-788
11. Chedid M, Romo L, Chagnard E, Consommation du cannabis chez les adolescents : liens entre structure, cohésion, hiérarchie familiales et niveau de consommation. Annales Médico-Psychologique 167 (2009) 541-453.
12. Choquet M, Askevis M, Manfredi R, Ledoux S, Fraisse F. Les adolescents face aux soins : la consultation, l'hospitalisation. Paris : Inserm, 1992 :1-76.
13. Conduites addictives chez les adolescents. Usages, prévention et accompagnement. Expertise collective. Principaux constats et recommandations. Inserm, 2014 - 60 p. En ligne : www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-lesadolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm.

14. Couteron JP, Lascaux M, Phan O, Manuel P.A.A.C.T (Processus d'Accompagnement et d'Alliance pour le Changement Thérapeutique) mise en ligne en juillet 2014. <http://www.federationaddiction.fr/parution-du-manuel-paact-outil-dappui-aux-professionnels-cjc/>
15. Derveaux A, Krebs M-O, Laqueille X, Les troubles cognitifs et psychiatriques liés à la consommation de cannabis, Bull. Acad. Natle Méd., 2014, 198, no 3, 559-577, séance du 25 mars 2014.
16. Gualdoli S, Médecine générale et addictions : le PRN, un nouvel outil au service des réseaux, des médecins généralistes et de leurs partenaires, Revue Toxibase, 2005, (18), 37-40.
17. Guignard R, Beck F, Obradovic I. Baromètre Santé médecins généralistes 2009 : prise en charge des addictions par les médecins généralistes [En ligne]. Paris : INPES ; 2009 p. 177 204. Disponible : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf>.
18. Haute autorité de santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève ALCOOL, CANNABIS, TABAC chez l'adulte. Saint-Denis : HAS, 2014.
19. INPES. Santé des 15-30 ans : Comment se portent et se comportent les jeunes ? Baromètre santé jeunes 2010, Dossier de presse Juin 2013.
20. INPES. Entre Nous. Guide d'intervention pour les professionnels de santé- Ressources 2010. En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes49.pdf>.
21. INPES. Guide à l'arrêt du cannabis. En ligne : <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1702.pdf>.
22. Institut national de police scientifique, Statistiques. Ecully, INPS; 2010.
23. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant, pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Thèse Paris V. 24/06/2004.
24. Lafaye G, Adolescent et addiction : clinique et prise en charge, In Raynaud M, *Traité d'addictologie*, 2^{ème} édition, Lavoisier, Paris,2016.
25. Laporte C, Hamma S, Dupouy J, Kinouani S, Pautrat M, Authier N, Llorca PM, Brousse G, Vorilhon P. Médecins généralistes et cannabis en France : interroger les jeunes sur leur consommation ? *exercer* 2016 ;125 :120-9
26. Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B, Blanc O, Eschaliier B, Kinouani S, Brousse G, Llorca P-M, Vorilhon P. Cannabis and Young Users—A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. *The Annals of Family Medicine*, March2017 15(2):131-139.
27. Melchior M, Bolze C, Fombronne E, Surkan PJ, Pryor L, Roustide MJ, Early cannabis initiation and educational attainment: is the association causal? Data from the French TEMPO study, *International Journal of Epidemiologie*.May2017.
28. Miller WR, Rollnick S. Motivational interviewing. Preparing people to change addictive behaviors. New York: The Guilford Press, 1991.

29. Obradovic.I, Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». OFDT. Tendances. Avril 2015 ;1-8.
30. Obradovic.I, Usage problématique du cannabis, revue de littérature internationale. OFDT.2013. En ligne : www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiotc.pdf.
31. Obradovic I., Beck F. Jeunes femmes sous influence. Vers la féminisation du public reçu dans les dispositifs d'aide pour un usage de cannabis ? » Trav Genre Soc 2013 ; 105-127.
32. Pan. Jp. Le médecin généraliste face à la consommation de cannabis, enquête qualitative réalisée en 2007 auprès de 16 médecins installés dans le Finistère Nord. Thèse Brest 2007.
33. Phan O,Lascaux M. L'entretien motivationnel chez l'adolescent présentant des conduites addictives. Annales Médico-Psychologiques 167 (2009) 523–528.
34. Phan O, Obradovic I, Har A, Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence : EMC-Psychiatrie/ Pédopsychiatrie, Volume 13, n°12, 2016. [Article 37-216-G-40]
35. Phan O, Psychopathologie du jeune consommateur de cannabis, In Raynaud M, *Traité d'addictologie*, 2^{ème} édition, Lavoisier, Paris, 2016.
36. Prochaska JO, DiClemente CC. Stages of change in the modification of problem behaviors. Prog Behav Modif. 1992 ; 28 : 183-218.
37. Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire les dommages. Paris : Mission interministérielle de la lutte contre les drogues et la toxicomanie ; 2013.
38. Rolland B, Messaadi N, Petit A, Cottencin O, Karila L, Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. La Presse Médicale. Volume 44, Issues 7–8, July–August 2015, Pages 707–715.
39. Shanmugarajah.p. prise en charge de la consommation de cannabis chez les adolescents de 15-19 ans par les médecins généralistes. Etude qualitative menée auprès de 15 médecins généraliste se seine et marne. Thèse Creteil.2015.
40. Spilka S., Le Nézet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014 Tendances 2015 ; 1.
41. Spilka , Le Nézet O, Beck F, Ehlinger V, Godeau E, Alcool, tabac et cannabis Durant les « années collège». T endances 2012;(80).
42. Tovar ML, L Nezet O, Bastianic T, perception et opinion des français sur les drogues, Tendances n° 88, octobre 2013.
43. Volkow N.D., Baler R.D., Compton W.M. et Weiss S.R.B., « Adverse health effects of marijuana use », New England Journal of Medicine, Vol. 370, n° 23, 2014, pp. 2219-2227.
44. Vorilhon P, Picard-Bernard V, Marty L, Laporte C. Le médecin généraliste et l'adolescent consommateur de cannabis, L'embarras des médecins pour parler de cannabis, exercer 2011 ;95(supp1) : 6S-7S.

Annexes

Annexe 1 : Algorithme décisionnel en pratique courante de médecine générale pour l'évaluation d'une consommation de cannabis et de ses repercussions.



Le questionnaire Cannabis Abuse Score Test (CSAT) permet un dépistage rapide d'un trouble lié à l'usage de cannabis (TLUC). Si le patient a un score $\leq 3/24$, un interrogatoire plus complet est nécessaire avec l'aide des critères du DSM-5 qui évaluent l'impact et la sévérité du TLUC. Un score $> 4/11$ nécessite une consultation spécialisée en addictologie. Si le dépistage CAST est négatif, il convient de poursuivre les interventions brèves.

Annexe 2 : Questionnaire CAST :

Questionnaire CAST (<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>)					
Items	Jamais	Rarement	De temps en temps	Souvent	Très souvent
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous êtes seul ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire lorsque vous fumez du cannabis ?	0	1	2	3	4
Est-ce que vos proches vous ont déjà dit d'arrêter ou de diminuer votre consommation de cannabis ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans succès ?	0	1	2	3	4
Avez-vous déjà eu des problèmes en lien avec votre consommation de cannabis (bagarres, disputes, échecs scolaires) ?	0	1	2	3	4

Annexe 3 : Questionnaire ALAC : validé en nouvelle Zélande, est plus approfondi, il comporte 11 questions, il permet de repérer un usage problématique de cannabis (usage nocif et des éléments de dépendance), et définit 3 niveaux de risque : faible, modéré : 2, élevé : + 3.

	Oui	Non
1. Votre entourage s'est-il plaint de votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Avez-vous des problèmes de mémoire immédiate ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu des épisodes délirants lors d'usage de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Considérez-vous qu'il est difficile de passer une journée sans « joint » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Manquez-vous d'énergie pour faire les choses que vous faisiez habituellement ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Vous êtes-vous déjà senti (e) préoccupé (e) par les effets de votre usage de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Avez-vous plus de difficultés à étudier, à intégrer des informations nouvelles ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Avez-vous déjà essayé sans succès de diminuer ou d'arrêter votre usage de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Aimez-vous « planer », « être défoncé (e) » (stoned), dès le matin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Êtes-vous de plus en plus souvent « défoncé (e) » ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Avez-vous ressenti « le manque », des maux de tête, de l'irritabilité ou des difficultés de concentration quand vous diminuez ou arrêtez l'usage du cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Annexes 4 : Troubles liés au cannabis (dépendance) d'après le DSM-5 (American Psychiatric Association)

Usage problématique de cannabis entraînant au moins 2 des manifestations, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu
2. Désir persistant, ou efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de cannabis
3. Beaucoup de temps passé pour obtenir du cannabis, à utiliser le produit ou à récupérer de ses effets
4. *Craving*, ou désir irrésistible de consommer du cannabis
5. Difficultés à remplir ses obligations professionnelles, scolaires ou familiales à cause de la consommation répétée de cannabis
6. Utilisation de cannabis poursuivie malgré des problèmes relationnels ou sociaux persistants ou récurrents susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par le cannabis
7. Activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de cannabis
8. Consommation répétée de cannabis dans des situations potentiellement dangereuses
9. Utilisation de cannabis poursuivie malgré des problèmes psychologiques ou physiques persistants ou récurrents susceptibles d'avoir été causés ou exacerbés par la substance
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes :
 - a. Besoin de quantités notablement plus fortes de cannabis pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré
 - b. Effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même quantité de cannabis
11. Manifestations de sevrage :
 - a. Syndrome de sevrage spécifique au cannabis
 - b. Le cannabis est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage
 - Troubles liés à la consommation de cannabis de sévérité légère : présence de 2 à 3 symptômes
 - Troubles liés à la consommation de cannabis de sévérité moyenne : présence de 4 à 5 symptômes
 - Troubles liés à la consommation de cannabis sévères : présence de 6 symptômes ou plus

Annexe 5 : Séquence FRAMES de l'intervention brève

FRAMES	
<i>Feedback</i>	Reformulation avec le consommateur de sa consommation de cannabis et de ses répercussions sur sa vie personnelle, socioprofessionnelle
<i>Responsability</i>	Responsabiliser le consommateur et le positionner dans sa capacité au changement
<i>Advice</i>	Donner des conseils sur sa consommation, et ses risques somatiques, psychiatriques, professionnels, législatifs...
<i>Menu</i>	Le patient établit le contrat de changement.
<i>Empathy</i>	User d'empathie pendant la consultation, sans jugement ni moralisation
<i>Self efficacy</i>	Renforcer le sentiment de succès

Annexe 6 : Critères DSM V de sevrage au cannabis

- A. Arrêt d'une utilisation de cannabis massive et prolongée
- B. Au moins 3 des manifestations suivantes se développant dans les sept jours suivant l'arrêt :
 - 1. Irritabilité, colère ou agressivité.
 - 2. Nervosité ou anxiété.
 - 3. Troubles du sommeil (insomnie, rêves déplaisants).
 - 4. Appétit diminué ou perte de poids.
 - 5. Agitation.
 - 6. Humeur dépressive.
 - 7. Au moins un des symptômes physiques suivants : entraînant une souffrance cliniquement significative : douleurs abdominales, tremblements, sueurs, fièvre, frissons, céphalées.
- C. Les symptômes causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel
- D. Ces symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale ou à un autre trouble mental

Annexe7 : Proposition d'approche interactive selon I Obradovic

Proposition d'approche interactive

1. Aborder la question de la consommation en privilégiant une entrée par les modes de vie (approche globale), interrogeant d'abord les habitudes de vie en général, avant de glisser vers la question des consommations de drogues. Les questions concernant le cannabis peuvent être intégrées dans un questionnaire reprenant l'historique du style de vie du patient ou dans un questionnaire de santé général (intégrant des questions sur les activités physiques, la nutrition, le tabagisme et les médicaments), comme le suggèrent les recommandations cliniques pour le repérage précoce et les interventions brèves en matière d'alcool (Anderson *et al.* 2008). Par exemple :

« Je vais maintenant vous poser quelques questions quant à vos habitudes de vie. Etes-vous d'accord pour en parler ? »

« Vous arrive-t-il d'avoir des difficultés à vous endormir ? »

« Consommez-vous parfois de l'alcool ou du tabac ? (si oui, à quelle fréquence ? quelles quantités ?)

« Avez-vous déjà consommé d'autres substances ? » (si oui, « à quelle fréquence et quelles quantités ? » – citer les différents produits)

Ce questionnement peut être accompagné d'encouragements à poser des questions sur l'usage de drogues (Fournier *et al.* 2006).

2. En cas de consommation de cannabis, introduire la proposition d'un repérage avec une question ouverte (Steinberg *et al.*, 2005), par exemple :

« Comment se sont passées vos premières expériences de consommation de cannabis ? »

« Comment votre consommation de cannabis a-t-elle évolué au cours du temps ? »

« Pourriez-vous me décrire quelques unes de vos expériences récentes de consommation de cannabis ? »

« Pourriez-vous me citer quelques uns des effets que vous appréciez le moins quand vous consommez du cannabis ? »

3. Proposer un questionnaire de repérage pour guider l'entretien clinique. Il s'agit ici d'administrer le questionnaire afin d'ouvrir un dialogue autour des résultats. L'utilisation de questionnaires de repérage présente l'avantage d'éviter de donner l'impression à de jeunes consommateurs qu'ils sont mis en cause par des questions ciblées par le produit. De plus, elle permet à certains adolescents qui prétendent contrôler leur consommation ou qui sont dans le déni, ce qui est fréquent (Akinci *et al.* 2001; Chinet *et al.* 2003c), d'évaluer la réalité de leur position. Elle permet en outre au professionnel de soins de confirmer, le cas échéant, une impression clinique. Certaines études montrent en effet que, même parmi les cliniciens expérimentés, les professionnels ont tendance à sous-estimer le degré de gravité de l'usage de drogues des adolescents dans leurs impressions cliniques (Wilson *et al.* 2004).

Annexe 8 : Le cycle de Prochaska : les six étapes d'un changement de comportement :

Stade de motivation	Description	Attitude du professionnel
Pré-contemplation	Le patient ne pense pas avoir de problèmes avec sa consommation. Il n'envisage pas de changer de comportement, dont il ressent essentiellement les bénéfices.	Transmettre quelques informations dans une stratégie de réduction des risques. Cela peut être abordé sous forme de questions : « comment faites-vous pour limiter les effets nocifs comme les troubles de la mémoire par exemple ? »
Contemplation	À ce stade commence à se manifester l'ambivalence. Le patient envisage un changement de comportement, mais il hésite à renoncer aux bénéfices de la situation actuelle. On parle alors de balance décisionnelle, qui amène à comparer les pour et les contre d'un changement avec ceux de son comportement actuel.	<ul style="list-style-type: none"> -Réaliser un entretien motivationnel visant à développer la motivation de la personne, en s'appuyant notamment sur les divergences entre le comportement et les valeurs du patient (travail, famille, études, santé mentale...) -évaluer les risques et les avantages de la consommation -reconnaître l'ambivalence et évoquer les raisons de changer
Préparation /détermination	À ce stade, le patient se sent prêt à démarrer la phase d'action dans un futur proche ; il détermine des décisions et commence à les mettre en place dans le temps.	<ul style="list-style-type: none"> -valoriser toute décision de changement -aider à trouver une bonne stratégie : établir des plans, fixer des buts et déterminer les ressources nécessaires pour appuyer les interventions définies
Action	Le changement est engagé vers des modifications de son style de vie. Les difficultés sont importantes.	Soutenir et encourager le patient pour l'aider à avancer.
Maintien	À cette phase de consolidation, il convient de rester prudent car les tentations sont nombreuses de retourner au comportement problématique.	<ul style="list-style-type: none"> -faire une liste des situations à risque de « rechute » -préparer un système d'alarme en cas de rechute -valoriser les efforts
Rechute	La rechute est possible et fait partie du processus normal de changement. Ce n'est pas une manifestation pathologique mais un temps qui peut être nécessaire à la réussite finale du processus.	<ul style="list-style-type: none"> -dédramatiser -être tolérant avec le patient -réunir les réseaux de soutien
Sortie permanente	Ce stade marque la réussite finale du processus dans lequel la personne consolide le stade de maintien.	

Annexes 9 : lettre d'information et de consentement des adolescents et de leurs parents

GUECHI AICHA

Médecin généraliste.

Thèse médecine générale

Lettre d'information

Bonjour

Je suis Dr GUECHI, médecin généraliste, je prépare une thèse pour obtenir mon diplôme de Docteur en médecine. Mon travail consiste à comprendre la place du médecin généraliste dans votre parcours de soin.

Je vais poser des questions pour avoir le point de vu des jeunes et leurs attentes de leurs médecins généralistes, c'est pour cela je voudrais m'entretenir avec vous pendant une vingtaine de minutes pour avoir votre avis. Aucun jugement ne sera émis sur ce que vous pourrez me dire.

Sachez que cet entretien est complètement ANONYME, le lieu et le nom n'apparaîtront à aucun moment dans mon travail.

Je vous remercie d'avoir lu cette note, et j'espère pouvoir compter sur votre collaboration.

Dr GUECHI Aicha.

06 63 55 78 23

Vous êtes : D'accord

pas d'accord

Lettre d'information des parents pour les mineurs (accompagnés)

Bonjour.

En vue de mon projet de thèse pour l'obtention de mon diplôme de docteur en médecine, concernant :

L'avis des adolescents sur la place du généraliste dans leurs parcours de soin, je souhaiterais m'entretenir avec votre enfant.

Cet entretien est basé sur le volontariat et est anonyme.

Il devrait durer environ entre 20 à 30 minutes, il sera enregistré.

Merci de remplir l'autorisation parentale ci-dessous.

Je soussigné(e), Monsieur, Madame (nom prénom en toutes lettres) né le ... / .. / agissant en qualité de père, mère, donne mon autorisation pour que Monsieur, Mademoiselle mon fils, ma fille puisse participer, si il en est d'accord, à l'entretien enregistré tel que défini par Madame Aïcha GUECHI dans le cadre de sa recherche pour sa thèse de médecine.

Lu et approuvé (manuscrit)

Date

Signature

Questionnaire

Caractéristiques des participants :

- Quel est votre âge ? sexe ?
- Etes-vous scolarisé ? si oui, en quelle année ?
- Quelle profession exercent vos parents ?
- Vos parents sont : ensemble, séparés ?
- Depuis combien de temps êtes- vous suivis dans ce centre ?
- A quel âge vous avez commencé votre consommation ?

GUIDE D'ENTRETIEN :

- 1) Racontez-moi comment vous vous êtes trouvé dans ce centre.
- 2) Quelles personnes sont intervenues ? (à votre avis qu'est ce qui y a inquiété votre entourage), (qu'est-ce qu'ils ont fait pour vous)
- 3) Que pensez-vous de ce cheminement (ou circonstances) ?

❖ **Si l'adolescent évoque son médecin ?**

a) comment le problème a été abordé ? comment avez-vous vécu ça ?

b) expliquez ce que vous attendiez de votre médecin ?

Comment il est votre généraliste ? dite moi ce que vous pensez de lui

c) Qu'est ce qui a facilité pour vous d'en parler, ou au contraire, qu'elles étaient les difficultés que vous avez ressenties ?

d) maintenant que vous êtes suivi dans ce centre, quelle place peut avoir votre généraliste ? qu'est-ce qu'il peut vous apporter ?

a) Expliquez-moi ce que vous attendez de lui.

b) Si non, pourquoi pensez-vous qu'il n'a pas sa place ?

❖ **Si l'adolescent n'évoque pas son médecin généraliste :**

a) Et votre médecin généraliste, qu'elle place il a eu dans tout ça ?

b) Comment pouvez-vous réagir si votre médecin vous demandait si vous fumiez du cannabis ?

c) Est-ce que vous pensez que votre médecin aurait pu vous aider ?

➤ Si oui :

- Dites-moi ce qu'auraient été vos attentes.
- Dans quelles circonstances souhaiteriez-vous que ce problème soit abordé ?

➤ Si non :

- Pourquoi vous n'avez jamais abordé la question avec votre médecin ?
- Si vous deviez aborder la question avec un médecin Qu'est ce qui pourrait faciliter pour vous d'en parler, ou au contraire, qu'est-ce qui pourrait vous freiner

d) comment il est votre généraliste ? parler moi de votre généraliste.

e) maintenant que vous êtes suivi dans ce centre, pensez-vous que votre généraliste aura une place ou un rôle à jouer ?

➤ Si oui, expliquez-moi ce que vous attendez de lui.

➤ Si non, pourquoi pensez-vous qu'il n'a pas sa place ?

➤ Qu'est-ce qui fait pour vous que c'est plus facile d'aborder ce sujet dans cet établissement par rapport à votre généraliste ?

SERMENT D'HIPPOCRATE

*En présence des Maîtres de cette Faculté, de mes chers condisciples et devant l'effigie
d'Hippocrate,*

*Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la
Médecine.*

*Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon
travail.*

Je ne participerai à aucun partage clandestin d'honoraire.

*Admise dans l'intérieur des maisons, mes yeux n'y verront pas ce qui s'y passe, ma langue
taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à
favoriser le crime.*

*Je ne permettrai pas que des considérations de religion, de nation, de race, ou de classe
sociale viennent s'interposer entre mon devoir et mon patient.*

Je garderai le respect absolu de la vie humaine.

*Même sous la menace, je n'admettrai pas de faire usage de mes connaissances médicales
contre les lois de l'humanité.*

*Respectueuse et reconnaissante envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction
que j'ai reçue de leur père.*

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses.

Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : L'usage du cannabis est un problème de santé publique, sa consommation en France est parmi les plus importantes en Europe, notamment chez les adolescents.

L'objectif principal de l'étude est d'analyser la place du médecin généraliste vue par les adolescents en démarche de soins pour une surconsommation du cannabis dans leurs parcours de soin. Les objectifs secondaires sont d'objectiver les difficultés, les freins des adolescents à consulter.

Méthodes : Une étude qualitative par entretien semi dirigé a été réalisée auprès de quinze adolescents consommateurs âgés de 16 à 19 ans suivis en CJC.

Résultats : la plupart des adolescents n'accordent pas une place importante à leurs médecins généralistes. Le cannabis est un produit réprouvé par la société. La crainte du jugement, de moralisation, et la conviction du manque d'expérience du médecin rendent l'abord de la consommation très difficile.

Les jeunes sont malgré tout prêts à discuter si le médecin a la bonne attitude et s'ils sentent qu'il s'intéresse à eux, qu'il leurs consacre du temps et qu'il connait le produit. Le rappel du secret professionnel renforce la confiance et le sentiment de sécurité.

Conclusion :

Le repérage des consommations doit s'inscrire dans les pratiques de routine des médecins généraliste. En optimisant l'écoute, l'empathie et la tolérance, le médecin pourrait aider les adolescents consommateurs à la gestion de leur consommation. Il doit maintenir un lien avec eux en cas d'orientation en centres spécialisés. Son soutien et son encouragement sont nécessaires, et les jeunes y rattachent beaucoup d'importance.

Mots clefs :

Cannabis, adolescent, médecin généraliste, dépistage.

