HAL
open science

Repérage de la consommation de cannabis chez les jeunes au cabinet de médecine générale : étude qualitative en focus group menée auprès de médecins généralistes formés en addictologie

Héléna Ollier

To cite this version:

Héléna Ollier. Repérage de la consommation de cannabis chez les jeunes au cabinet de médecine générale : étude qualitative en focus group menée auprès de médecins généralistes formés en addictologie. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02086953

HAL Id: dumas-02086953

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02086953v1

Submitted on 1 Apr 2019

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.

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Repérage de la consommation de cannabis chez les jeunes au cabinet de médecine générale : étude qualitative en focus group auprès de médecins généralistes formés en addictologie.

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 24 Octobre 2018

Par Madame Helena OLLIER

Née le 23 juillet 1990 à Paris 14eme (75)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Madame le Professeur PELISSIER-ALICOT Anne-Laure	**Président**
Monsieur le Professeur SIMON Nicolas	**Assesseur**
Monsieur le Docteur (MCU-PA) GENTILE Gaétan	**Assesseur**
Monsieur le Docteur MUGARD Jean-Pierre	**Directeur**

AIX-MARSEILLE UNIVERSITE

Président : Yvon BERLAND

FACULTE DE MEDECINE

Doyen : Georges LEONETTI

Vice-Doyen aux Affaires Générales : Patrick DESSI
Vice-Doyen aux Professions Paramédicales : Philippe BERBIS

Assesseurs :
* aux Etudes : Jean-Michel VITON
* à la Recherche : Jean-Louis MEGE
* aux Prospectives Hospitalo-Universitaires : Frédéric COLLART
* aux Enseignements Hospitaliers : Patrick VILLANI
* à l'Unité Mixte de Formation Continue en Santé : Fabrice BARLESI
* pour le Secteur Nord : Stéphane BERDAH
* aux centres hospitaliers non universitaires : Jean-Noël ARGENSON

Chargés de mission :
* 1er cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
* 2ème cycle : Marie-Aleth RICHARD
* 3eme cycle DES/DESC : Pierre-Edouard FOURNIER
* Licences-Masters-Doctorat : Pascal ADALIAN
* DU-DIU : Véronique VITTON
* Stages Hospitaliers : Franck THUNY
* Sciences Humaines et Sociales : Pierre LE COZ
* Préparation à l'ECN : Aurélie DAUMAS
* Démographie Médicale et Filiarisation : Roland SAMBUC
* Relations Internationales : Philippe PAROLA
* Etudiants : Arthur ESQUER

Chef des services généraux : * Déborah ROCCHICCIOLI

Chefs de service :
* Communication : Laetitia DELOUIS
* Examens : Caroline MOUTTET
* Logistique : Joëlle FRAVEGA
* Maintenance : Philippe KOCK
* Scolarité : Christine GAUTHIER

DOYENS HONORAIRES

M. Yvon BERLAND
M. André ALI CHERIF
M. Jean-François PELLISSIER

PROFESSEURS HONORAIRES

MM AGOSTINI Serge
ALDIGHIERI René
ALESSANDRINI Pierre
ALLIEZ Bernard
AQUARON Robert
ARGEME Maxime
ASSADOURIAN Robert
AUFFRAY Jean-Pierre
AUTILLO-TOUATI Amapola
AZORIN Jean-Michel
BAILLE Yves
BARDOT Jacques
BARDOT André
BERARD Pierre
BERGOIN Maurice
BERNARD Dominique
BERNARD Jean-Louis
BERNARD Pierre-Marie
BERTRAND Edmond
BISSET Jean-Pierre
BLANC Bernard
BLANC Jean-Louis
BOLLINI Gérard
BONGRAND Pierre
BONNEAU Henri
BONNOIT Jean
BORY Michel
BOTTA Alain
BOURGEADE Augustin
BOUVENOT Gilles
BOUYALA Jean-Marie
BREMOND Georges
BRICOT René
BRUNET Christian
BUREAU Henri
CAMBOULIVES Jean
CANNONI Maurice
CARTOUZOU Guy

CHAMLIAN Albert
CHARREL Michel
CHAUVEL Patrick
CHOUX Maurice
CIANFARANI François
CLEMENT Robert
COMBALBERT André
CONTE-DEVOLX Bernard
CORRIOL Jacques
COULANGE Christian
DALMAS Henri
DE MICO Philippe
DELARQUE Alain
DEVIN Robert
DEVRED Philippe
DJIANE Pierre
DONNET Vincent
DUCASSOU Jacques
DUFOUR Michel
DUMON Henri
FARNARIER Georges
FAVRE Roger
FIECHI Marius

MM FIGARELLA Jacques
FONTES Michel
FRANCOIS Georges
FUENTES Pierre
GABRIEL Bernard
GALINIER Louis
GALLAIS Hervé
GAMERRE Marc
GARCIN Michel
GARNIER Jean-Marc
GAUTHIER André
GERARD Raymond
GEROLAMI-SANTANDREA André
GIUDICELLI Roger
GIUDICELLI Sébastien
GOUDARD Alain
GOUIN François
GRISOLI François
GROULIER Pierre
HADIDA/SAYAG Jacqueline
HASSOUN Jacques
HEIM Marc
HOUEL Jean
HUGUET Jean-François
JAQUET Philippe
JAMMES Yves
JOUVE Paulette
JUHAN Claude
JUIN Pierre
KAPHAN Gérard
KASBARIAN Michel
KLEISBAUER Jean-Pierre
LACHARD Jean
LAFFARGUE Pierre
LAUGIER René
LEVY Samuel
LOUCHET Edmond
LOUIS René
LUCIANI Jean-Marie
MAGALON Guy
MAGNAN Jacques
MALLAN- MANCINI Josette
MALMEJAC Claude
MATTEI Jean François
MERCIER Claude
METGE Paul
MICHOTEY Georges
MILLET Yves
MIRANDA François
MONFORT Gérard
MONGES André
MONGIN Maurice
MONTIES Jean-Raoul
NAZARIAN Serge
NICOLI René
NOIRCLERC Michel
OLMER Michel
OREHEK Jean
PAPY Jean-Jacques
PAULIN Raymond
PELOUX Yves
PENAUD Antony

MM PENE Pierre
PIANA Lucien
PICAUD Robert
PIGNOL Fernand
POGGI Louis
POITOUT Dominique
PONCET Michel
POUGET Jean
PRIVAT Yvan
QUILICHINI Francis
RANQUE Jacques
RANQUE Philippe
RICHAUD Christian
ROCHAT Hervé
ROHNER Jean-Jacques
ROUX Hubert
ROUX Michel
RUFO Marcel
SAHEL José
SALAMON Georges
SALDUCCI Jacques
SAN MARCO Jean-Louis
SANKALE Marc
SARACCO Jacques
SARLES Jean-Claude
SASTRE Bernard
SCHIANO Alain
SCOTTO Jean-Claude
SEBAHOUN Gérard
SERMENT Gérard
SERRATRICE Georges
SOULAYROL René
STAHL André
TAMALET Jacques
TARANGER-CHARPIN Colette
THOMASSIN Jean-Marc
UNAL Daniel
VAGUE Philippe
VAGUE/JUHAN Irène
VANUXEM Paul
VERVLOET Daniel
VIALETTES Bernard
WEILLER Pierre-Jean

PROFESSEURS HONORIS CAUSA

1967

MM. les Professeurs — DADI (Italie)
CID DOS SANTOS (Portugal)

1974

MM. les Professeurs — MAC ILWAIN (Grande-Bretagne)
T.A. LAMBO (Suisse)

1975

MM. les Professeurs — O. SWENSON (U.S.A.)
Lord J.WALTON of DETCHANT (Grande-Bretagne)

1976

MM. les Professeurs — P. FRANCHIMONT (Belgique)
Z.J. BOWERS (U.S.A.)

1977

MM. les Professeurs — C. GAJDUSEK-Prix Nobel (U.S.A.)
C.GIBBS (U.S.A.)
J. DACIE (Grande-Bretagne)

1978

M. le Président — F. HOUPHOUET-BOIGNY (Côte d'Ivoire)

1980

MM. les Professeurs — A. MARGULIS (U.S.A.)
R.D. ADAMS (U.S.A.)

1981

MM. les Professeurs — H. RAPPAPORT (U.S.A.)
M. SCHOU (Danemark)
M. AMENT (U.S.A.)
Sir A. HUXLEY (Grande-Bretagne)
S. REFSUM (Norvège)

1982

M. le Professeur — W.H. HENDREN (U.S.A.)

1985

MM. les Professeurs — S. MASSRY (U.S.A.)
KLINSMANN (R.D.A.)

1986

MM. les Professeurs — E. MIHICH (U.S.A.)
T. MUNSAT (U.S.A.)
LIANA BOLIS (Suisse)
L.P. ROWLAND (U.S.A.)

1987

M. le Professeur — P.J. DYCK (U.S.A.)

1988

MM. les Professeurs — R. BERGUER (U.S.A.)
W.K. ENGEL (U.S.A.)
V. ASKANAS (U.S.A.)
J. WEHSTER KIRKLIN (U.S.A.)
A. DAVIGNON (Canada)
A. BETTARELLO (Brésil)

1989

M. le Professeur — P. MUSTACCHI (U.S.A.)

1990

MM. les Professeurs J.G. MC LEOD (Australie)
J. PORTER (U.S.A.)

1991

MM. les Professeurs J. Edward MC DADE (U.S.A.)
W. BURGDORFER (U.S.A.)

1992

MM. les Professeurs H.G. SCHWARZACHER (Autriche)
D. CARSON (U.S.A.)
T. YAMAMURO (Japon)

1994

MM. les Professeurs G. KARPATI (Canada)
W.J. KOLFF (U.S.A.)

1995

MM. les Professeurs D. WALKER (U.S.A.)
M. MULLER (Suisse)
V. BONOMINI (Italie)

1997

MM. les Professeurs C. DINARELLO (U.S.A.)
D. STULBERG (U.S.A.)
A. MEIKLE DAVISON (Grande-Bretagne)
P.I. BRANEMARK (Suède)

1998

MM. les Professeurs O. JARDETSKY (U.S.A.)

1999

MM. les Professeurs J. BOTELLA LLUSIA (Espagne)
D. COLLEN (Belgique)
S. DIMAURO (U. S. A.)

2000

MM. les Professeurs D. SPIEGEL (U. S. A.)
C. R. CONTI (U.S.A.)

2001

MM. les Professeurs P-B. BENNET (U. S. A.)
G. HUGUES (Grande Bretagne)
J-J. O'CONNOR (Grande Bretagne)

2002

MM. les Professeurs M. ABEDI (Canada)
K. DAI (Chine)

2003

M. le Professeur T. MARRIE (Canada)
Sir G.K. RADDA (Grande Bretagne)

2004

M. le Professeur M. DAKE (U.S.A.)

2005

M. le Professeur L. CAVALLI-SFORZA (U.S.A.)

2006

M. le Professeur A. R. CASTANEDA (U.S.A.)

2007

M. le Professeur S. KAUFMANN (Allemagne)

EMERITAT

2008		
M. le Professeur	LEVY Samuel	31/08/2011
Mme le Professeur	JUHAN-VAGUE Irène	31/08/2011
M. le Professeur	PONCET Michel	31/08/2011
M. le Professeur	KASBARIAN Michel	31/08/2011
M. le Professeur	ROBERTOUX Pierre	31/08/2011
2009		
M. le Professeur	DJIANE Pierre	31/08/2011
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2012
2010		
M. le Professeur	MAGNAN Jacques	31/12/2014
2011		
M. le Professeur	DI MARINO Vincent	31/08/2015
M. le Professeur	MARTIN Pierre	31/08/2015
M. le Professeur	METRAS Dominique	31/08/2015
2012		
M. le Professeur	AUBANIAC Jean-Manuel	31/08/2015
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2015
M. le Professeur	CAMBOULIVES Jean	31/08/2015
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2015
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2015
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2015
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2015
2013		
M. le Professeur	BRANCHEREAU Alain	31/08/2016
M. le Professeur	CARAYON Pierre	31/08/2016
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2016
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2016
M. le Professeur	HENRY Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	LE GUICHAOUA Marie-Roberte	31/08/2016
M. le Professeur	RUFO Marcel	31/08/2016
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2016
2014		
M. le Professeur	FUENTES Pierre	31/08/2017
M. le Professeur	GAMERRE Marc	31/08/2017
M. le Professeur	MAGALON Guy	31/08/2017
M. le Professeur	PERAGUT Jean-Claude	31/08/2017
M. le Professeur	WEILLER Pierre-Jean	31/08/2017
2015		
M. le Professeur	COULANGE Christian	31/08/2018
M. le Professeur	COURAND François	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2016
M. le Professeur	MATTEI Jean-François	31/08/2016
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2016
M. le Professeur	VERVLOET Daniel	31/08/2016

2016

M. le Professeur	BONGRAND Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2017
M. le Professeur	BRUNET Christian	31/08/2019
M. le Professeur	CAU Pierre	31/08/2019
M. le Professeur	COZZONE Patrick	31/08/2017
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2017
M. le Professeur	FONTES Michel	31/08/2019
M. le Professeur	JAMMES Yves	31/08/2019
M. le Professeur	NAZARIAN Serge	31/08/2019
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2017
M. le Professeur	POITOUT Dominique	31/08/2019
M. le Professeur	SEBAHOUN Gérard	31/08/2017
M. le Professeur	VIALETTES Bernard	31/08/2019

2017

M. le Professeur	ALESSANDRINI Pierre	31/08/2020
M. le Professeur	BOUVENOT Gilles	31/08/2018
M. le Professeur	CHAUVEL Patrick	31/08/2020
M. le Professeur	COZZONE Pierre	31/08/2018
M. le Professeur	DELMONT Jean	31/08/2018
M. le Professeur	FAVRE Roger	31/08/2018
M. le Professeur	OLIVER Charles	31/08/2018
M. le Professeur	SEBBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert
ALBANESE Jacques
ALIMI Yves
AMABILE Philippe
AMBROSI Pierre
ANDRE Nicolas
ARGENSON Jean-Noël
ASTOUL Philippe
ATTARIAN Shahram
AUDOUIN Bertrand
AUQUIER Pascal
AVIERINOS Jean-François
AZULAY Jean-Philippe
BAILLY Daniel
BARLESI Fabrice
BARLIER-SETTI Anne
BARTHET Marc
BARTOLI Jean-Michel
BARTOLI Michel
BARTOLIN Robert Surnombre
BARTOLOMEI Fabrice
BASTIDE Cyrille
BENSOUSSAN Laurent
BERBIS Philippe
BERDAH Stéphane
BERLAND Yvon Surnombre
BERNARD Jean-Paul
BEROUD Christophe
BERTUCCI François
BLAISE Didier
BLIN Olivier
BLONDEL Benjamin
BONIN/GUILLAUME Sylvie
BONELLO Laurent
BONNET Jean-Louis
BOTTA/FRIDLUND Danielle
BOUBLI Léon
BOYER Laurent
BREGEON Fabienne
BRETELLE Florence
BROUQUI Philippe
BRUDER Nicolas
BRUE Thierry
BRUNET Philippe
BURTEY Stéphane
CARCOPINO-TUSOLI Xavier
CASANOVA Dominique
CASTINETTI Frédéric
CECCALDI Mathieu
CHABOT Jean-Michel
CHAGNAUD Christophe
CHAMBOST Hervé
CHAMPSAUR Pierre
CHANEZ Pascal
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle
CHARREL Rémi
CHARPIN Denis Surnombre
CHAUMOITRE Kathia
CHIARONI Jacques
CHINOT Olivier
CHOSSEGROS Cyrille
CLAVERIE Jean-Michel Surnombre
COLLART Frédéric
COSTELLO Régis
COURBIERE Blandine
COWEN Didier
CRAVELLO Ludovic
CUISSET Thomas
CURVALE Georges
DA FONSECA David
DAHAN-ALCARAZ Laetitia
DANIEL Laurent
DARMON Patrice
D'ERCOLE Claude
D'JOURNO Xavier
DEHARO Jean-Claude
DELPERO Jean-Robert
DENIS Danièle
DESSEIN Alain Surnombre
DESSI Patrick
DISDIER Patrick
DODDOLI Christophe
DRANCOURT Michel
DUBUS Jean-Christophe
DUFFAUD Florence
DUFOUR Henry
DURAND Jean-Marc
DUSSOL Bertrand
ENJALBERT Alain Surnombre
EUSEBIO Alexandre
FAKHRY Nicolas
FAUGERE Gérard Surnombre
FELICIAN Olvier
FENOLLAR Florence
FIGARELLA/BRANGER Dominique
FLECHER Xavier
FOURNIER Pierre-Edouard
FRANCES Yves Surnombre

FUENTES Stéphane
GABERT Jean
GAINNIER Marc
GARCIA Stéphane
GARIBOLDI Vlad
GAUDART Jean
GAUDY-MARQUESTE Caroline
GENTILE Stéphanie
GERBEAUX Patrick
GEROLAMI/SANTANDREA René
GILBERT/ALESSI Marie-Christine
GIORGI Roch
GIOVANNI Antoine
GIRARD Nadine
GIRAUD/CHABROL Brigitte
GONCALVES Anthony
GORINCOUR Guillaume
GRANEL/REY Brigitte
GRANVAL Philippe
GREILLIER Laurent
GRILLO Jean-Marie Surnombre
GRIMAUD Jean-Charles
GROB Jean-Jacques
GUEDJ Eric
GUIEU Régis
GUIS Sandrine
GUYE Maxime
GUYOT Laurent
GUYS Jean-Michel
HABIB Gilbert
HARDWIGSEN Jean
HARLE Jean-Robert
HOFFART Louis
HOUVENAEGHEL Gilles
JACQUIER Alexis
JOURDE-CHICHE Noémie
JOUVE Jean-Luc
KAPLANSKI Gilles
KARSENTY Gilles
KERBAUL François
KRAHN Martin
LAFFORGUE Pierre
LAGIER Jean-Christophe
LAMBAUDIE Eric
LANCON Christophe
LA SCOLA Bernard
LAUNAY Franck
LAVIEILLE Jean-Pierre
LE CORROLLER Thomas
LE TREUT Yves-Patrice Surnombre
LECHEVALLIER Eric
LEGRE Régis
LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
LEONE Marc
LEONETTI Georges
LEPIDI Hubert
LEVY Nicolas
MACE Loïc
MAGNAN Pierre-Edouard
MARANINCHI Dominique Surnombre
MARTIN Claude Surnombre
MATONTI Frédéric
MEGE Jean-Louis
MERROT Thierry
METZLER/GUILLEMAIN Catherine
MEYER/DUTOUR Anne
MICCALEF/ROLL Joëlle
MICHEL Fabrice
MICHEL Gérard
MICHELET Pierre
MILH Mathieu
MOAL Valérie
MONCLA Anne
MORANGE Pierre-Emmanuel
MOULIN Guy
MOUTARDIER Vincent
MUNDLER Olivier Surnombre
NAUDIN Jean
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
NICOLLAS Richard
OLIVE Daniel

OUAFIK L'Houcine
PAGANELLI Franck
PANUEL Michel
PAPAZIAN Laurent
PAROLA Philippe
PARRATTE Sébastien
PELISSIER-ALICOT Anne-Laure
PELLETIER Jean
PETIT Philippe
PHAM Thao
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique
PIQUET Philippe
PIRRO Nicolas
POINSO François
RACCAH Denis
RAOULT Didier
REGIS Jean
REYNAUD/GAUBERT Martine
REYNAUD Rachel
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth
RIDINGS Bernard Surnombre
ROCHE Pierre-Hugues
ROCH Antoine
ROCHWERGER Richard
ROLL Patrice
ROSSI Dominique
ROSSI Pascal
ROUDIER Jean
SALAS Sébastien
SAMBUC Roland Surnombre
SARLES Jacques
SARLES/PHILIP Nicole
SCAVARDA Didier
SCHLEINITZ Nicolas
SEBAG Frédéric
SEITZ Jean-François
SIELEZNEFF Igor
SIMON Nicolas
STEIN Andréas
TAIEB David
THIRION Xavier
THOMAS Pascal
THUNY Franck
TREBUCHON-DA FONSECA Agnès
TRIGLIA Jean-Michel
TROPIANO Patrick
TSIMARATOS Michel
TURRINI Olivier
VALERO René
VAROQUAUX Arthur Damien
VELLY Lionel
VEY Norbert
VIDAL Vincent
VIENS Patrice
VILLANI Patrick
VITON Jean-Michel
VITTON Véronique
VIEHWEGER Heide Elke
VIVIER Eric
XERRI Luc

PROFESSEUR DES UNIVERSITES

ADALIAN Pascal
AGHABABIAN Valérie
BELIN Pascal
CHABANNON Christian
CHABRIERE Eric
FERON François
LE COZ Pierre
LEVASSEUR Anthony
RANJEVA Jean-Philippe
SOBOL Hagay

PROFESSEUR CERTIFIE

BRANDENBURGER Chantal

PRAG

TANTI-HARDOUIN Nicolas

PROFESSEUR ASSOCIE DE MEDECINE GENERALE *A MI-TEMPS*

ADNOT Sébastien
FILIPPI Simon

PROFESSEUR ASSOCIE *A TEMPS PARTIEL*

BURKHART Gary

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

ACHARD Vincent (disponibilité)
ANGELAKIS Emmanouil
ATLAN Catherine (disponibilité)
BARTHELEMY Pierre
BARTOLI Christophe
BEGE Thierry
BELIARD Sophie
BERBIS Julie
BERGE-LEFRANC Jean-Louis
BEYER-BERJOT Laura
BIRNBAUM David
BONINI Francesca
BOUCRAUT Joseph
BOULAMERY Audrey
BOULLU/CIOCCA Sandrine
BUFFAT Christophe
CAMILLERI Serge
CARRON Romain
CASSAGNE Carole
CHAUDET Hervé
COZE Carole
DADOUN Frédéric (disponibilité)
DALES Jean-Philippe
DAUMAS Aurélie
DEGEORGES/VITTE Joëlle
DEL VOLGO/GORI Marie-José
DELLIAUX Stéphane
DESPLAT/JEGO Sophie
DEVEZE Arnaud Disponibilité
DUBOURG Grégory
DUFOUR Jean-Charles
EBBO Mikaël
FABRE Alexandre
FOLETTI Jean- Marc
FOUILLOUX Virginie
FROMONOT Julien
GABORIT Bénédicte
GASTALDI Marguerite
GELSI/BOYER Véronique
GIUSIANO Bernard
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie
GONZALEZ Jean-Michel
GOURIET Frédérique
GRAILLON Thomas
GRISOLI Dominique
GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné
GUIDON Catherine
HAUTIER/KRAHN Aurélie
HRAIECH Sami
KASPI-PEZZOLI Elise
L'OLLIVIER Coralie
LABIT-BOUVIER Corinne
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina
LAGIER Aude (disponibilité)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude
LEVY/MOZZICONACCI Annie
LOOSVELD Marie
MANCINI Julien
MARY Charles
MASCAUX Céline
MAUES DE PAULA André
MILLION Matthieu
MOTTOLA GHIGO Giovanna
NGUYEN PHONG Karine
NINOVE Laetitia
NOUGAIREDE Antoine
OLLIVIER Matthieu
OUDIN Claire
OVAERT Caroline
PAULMYER/LACROIX Odile
PERRIN Jeanne
RANQUE Stéphane
REY Marc
ROBERT Philippe
SABATIER Renaud
SARI-MINODIER Irène
SARLON-BARTOLI Gabrielle
SAVEANU Alexandru
SECQ Véronique
TOGA Caroline
TOGA Isabelle
TROUSSE Delphine
TUCHTAN-TORRENTS Lucile
VALLI Marc
VELY Frédéric
VION-DURY Jean
ZATTARA/CANNONI Hélène

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

ABU ZAINEH Mohammad
BARBACARU/PERLES T. A.
BERLAND/BENHAIM Caroline
BOUCAULT/GARROUSTE Françoise
BOYER Sylvie
COLSON Sébastien
DEGIOANNI/SALLE Anna
DESNUES Benoît
MARANINCHI Marie
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky
MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte
POGGI Marjorie
RUEL Jérôme
STEINBERG Jean-Guillaume
THOLLON Lionel
THIRION Sylvie
VERNA Emeline

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

GENTILE Gaëtan

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE à MI-TEMPS

BARGIER Jacques
BONNET Pierre-André
CALVET-MONTREDON Céline
GUIDA Pierre
JANCZEWSKI Aurélie

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à MI-TEMPS

REVIS Joana

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE à TEMPS-PLEIN

TOMASINI Pascale

PROFESSEURS DES UNIVERSITES et MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS
PROFESSEURS ASSOCIES, MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES mono-appartenants

ANATOMIE *4201*

CHAMPSAUR Pierre (PU-PH)
LE CORROLLER Thomas (PU-PH)
PIRRO Nicolas (PU-PH)

GUENOUN-MEYSSIGNAC Daphné (MCU-PH)
LAGIER Aude (MCU-PH) disponibilité

THOLLON Lionel (MCF) (60ème section)

ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES *4203*

CHARAFE/JAUFFRET Emmanuelle (PU-PH)
DANIEL Laurent (PU-PH)
FIGARELLA/BRANGER Dominique (PU-PH)
GARCIA Stéphane (PU-PH)
XERRI Luc (PU-PH)

DALES Jean-Philippe (MCU-PH)
GIUSIANO COURCAMBECK Sophie (MCU PH)
LABIT/BOUVIER Corinne (MCU-PH)
MAUES DE PAULA André (MCU-PH)
SECQ Véronique (MCU-PH)

ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE ; MEDECINE URGENCE *4801*

ALBANESE Jacques (PU-PH)
BRUDER Nicolas (PU-PH)
KERBAUL François (PU-PH)
LEONE Marc (PU-PH)
MARTIN Claude (PU-PH) Surnombre
MICHEL Fabrice (PU-PH)
MICHELET Pierre (PU-PH)
VELLY Lionel (PU-PH)

GUIDON Catherine (MCU-PH)

ANGLAIS *11*

BRANDENBURGER Chantal (PRCE)

BURKHART Gary (PAST)

BIOLOGIE ET MEDECINE DU DEVELOPPEMENT ET DE LA REPRODUCTION ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5405*

METZLER/GUILLEMAIN Catherine (PU-PH)

PERRIN Jeanne (MCU-PH)

BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE *4301*

GUEDJ Eric (PU-PH)
GUYE Maxime (PU-PH)
MUNDLER Olivier (PU-PH) Surnombre
TAIEB David (PU-PH)

BELIN Pascal (PR) (69ème section)
RANJEVA Jean-Philippe (PR) (69ème section)

CAMMILLERI Serge (MCU-PH)
VION-DURY Jean (MCU-PH)

BARBACARU/PERLES Téodora Adriana (MCF) (69ème section)

BIOSTATISTIQUES, INFORMATIQUE MEDICALE ET TECHNOLOGIES DE COMMUNICATION *4604*

CLAVERIE Jean-Michel (PU-PH) Surnombre
GAUDART Jean (PU-PH)
GIORGI Roch (PU-PH)

CHAUDET Hervé (MCU-PH)
DUFOUR Jean-Charles (MCU-PH)

ANTHROPOLOGIE *20*

ADALIAN Pascal (PR)

DEGIOANNI/SALLE Anna (MCF)
VERNA Emeline (MCF)

BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE ; HYGIENE HOSPITALIERE *4501*

CHARREL Rémi (PU PH)
DRANCOURT Michel (PU-PH)
FENOLLAR Florence (PU-PH)
FOURNIER Pierre-Edouard (PU-PH)
NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier (PU-PH)
LA SCOLA Bernard (PU-PH)
RAOULT Didier (PU-PH)

ANGELAKIS Emmanouil (MCU-PH)
DUBOURG Grégory (MCU-PH)
GOURIET Frédérique (MCU-PH)
NOUGAIREDE Antoine (MCU-PH)
NINOVE Laetitia (MCU-PH)

CHABRIERE Eric (PR) (64ème section)
LEVASSEUR Anthony (PR) (64ème section)
DESNUES Benoit (MCF) (65ème section)
MERHEJ/CHAUVEAU Vicky (MCF) (87ème section)

BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE *4401*

BARLIER/SETTI Anne (PU-PH)
ENJALBERT Alain (PU-PH) Surnombre
GABERT Jean (PU-PH)
GUIEU Régis (PU-PH)
OUAFIK L'Houcine (PU-PH)

BUFFAT Christophe (MCU-PH)
FROMONOT Julien (MCU-PH)
MOTTOLA GHIGO Giovanna (MCU-PH)
SAVEANU Alexandru (MCU-PH)

BIOLOGIE CELLULAIRE *4403*

ROLL Patrice (PU-PH)

GASTALDI Marguerite (MCU-PH)
KASPI-PEZZOLI Elise (MCU-PH)
LEVY-MOZZICONNACCI Annie (MCU-PH)

CARDIOLOGIE *5102*

AVIERINOS Jean-François (PU-PH)
BONELLO Laurent (PU PH)
BONNET Jean-Louis (PU-PH)
CUISSET Thomas (PU-PH)
DEHARO Jean-Claude (PU-PH)
FRANCESCHI Frédéric (PU-PH)
HABIB Gilbert (PU-PH)
PAGANELLI Franck (PU-PH)
THUNY Franck (PU-PH)

CHIRURGIE DIGESTIVE *5202*

BERDAH Stéphane (PU-PH)
HARDWIGSEN Jean (PU-PH)
LE TREUT Yves-Patrice (PU-PH) Surnombre
SIELEZNEFF Igor (PU-PH)

BEYER-BERJOT Laura (MCU-PH)

CHIRURGIE GENERALE *5302*

GIUSIANO Bernard (MCU-PH)
MANCINI Julien (MCU-PH)

ABU ZAINEH Mohammad (MCF) (5ème section)
BOYER Sylvie (MCF) (5ème section)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE *5002*

ARGENSON Jean-Noël (PU-PH)
BLONDEL Benjamin (PU-PH)
CURVALE Georges (PU-PH)
FLECHER Xavier (PU PH)
PARRATTE Sébastien (PU-PH)
ROCHWERGER Richard (PU-PH)
TROPIANO Patrick (PU-PH)

OLLIVIER Matthieu (MCU-PH)

CANCEROLOGIE ; RADIOTHERAPIE *4702*

BERTUCCI François (PU-PH)
CHINOT Olivier (PU-PH)
COWEN Didier (PU-PH)
DUFFAUD Florence (PU-PH)
GONCALVES Anthony PU-PH)
HOUVENAEGHEL Gilles (PU-PH)
LAMBAUDIE Eric (PU-PH)
MARANINCHI Dominique (PU-PH) Surnombre
SALAS Sébastien (PU-PH)
VIENS Patrice (PU-PH)

SABATIER Renaud (MCU-PH)

CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIOVASCULAIRE *5103*

COLLART Frédéric (PU-PH)
D'JOURNO Xavier (PU-PH)
DODDOLI Christophe (PU-PH)
GARIBOLDI Vlad (PU-PH)
MACE Loïc (PU-PH)
THOMAS Pascal (PU-PH)

FOUILLOUX Virginie (MCU-PH)
GRISOLI Dominique (MCU-PH)
TROUSSE Delphine (MCU-PH)

CHIRURGIE VASCULAIRE ; MEDECINE VASCULAIRE *5104*

ALIMI Yves (PU-PH)
AMABILE Philippe (PU-PH)
BARTOLI Michel (PU-PH)
MAGNAN Pierre-Edouard (PU-PH)
PIQUET Philippe (PU-PH)

SARLON-BARTOLI Gabrielle (MCU PH)

HISTOLOGIE, EMBRYOLOGIE ET CYTOGENETIQUE *4202*

GRILLO Jean-Marie (PU-PH) Surnombre
LEPIDI Hubert (PU-PH)

ACHARD Vincent (MCU-PH) disponibilité
PAULMYER/LACROIX Odile (MCU-PH)

DERMATOLOGIE - VENEREOLOGIE *5003*

BERBIS Philippe (PU-PH)
GAUDY/MARQUESTE Caroline (PU-PH)
GROB Jean-Jacques (PU-PH)
RICHARD/LALLEMAND Marie-Aleth (PU-PH)

DUSI

COLSON Sébastien (MCF)

ENDOCRINOLOGIE ,DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5404*

BRUE Thierry (PU-PH)
CASTINETTI Frédéric (PU-PH)

PIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION *4601*

AUQUIER Pascal (PU-PH)
BOYER Laurent (PU-PH)
CHABOT Jean-Michel (PU-PH)
GENTILE Stéphanie (PU-PH)
SAMBUC Roland (PU-PH) Surnombre
THIRION Xavier (PU-PH)

DELPERO Jean-Robert (PU-PH)
MOUTARDIER Vincent (PU-PH)
SEBAG Frédéric (PU-PH)
TURRINI Olivier (PU-PH)

BEGE Thierry (MCU-PH)
BIRNBAUM David (MCU-PH)

CHIRURGIE INFANTILE *5402*

GUYS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERROT Thierry (PU-PH)
VIEHWEGER Heide Elke (PU-PH)

CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE *5503*

CHOSSEGROS Cyrille (PU-PH)
GUYOT Laurent (PU-PH)

FOLETTI Jean-Marc (MCU-PH)

CHIRURGIE PLASTIQUE,

RECONSTRUCTRICE ET ESTHETIQUE ; BRÛLOLOGIE *5004*

CASANOVA Dominique (PU-PH)
LEGRE Régis (PU-PH)

HAUTIER/KRAHN Aurélie (MCU-PH)

GASTROENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE ; ADDICTOLOGIE *5201*

BARTHET Marc (PU-PH)
BERNARD Jean-Paul (PU-PH)
BOTTA-FRIDLUND Danielle (PU-PH)
DAHAN-ALCARAZ Laetitia (PU-PH)
GEROLAMI-SANTANDREA René (PU-PH)
GRANDVAL Philippe (PU-PH)
GRIMAUD Jean-Charles (PU-PH)
SEITZ Jean-François (PU-PH)
VITTON Véronique (PU-PH)

GONZALEZ Jean-Michel (MCU-PH)

GENETIQUE *4704*

BEROUD Christophe (PU-PH)
KRAHN Martin (PU-PH)
LEVY Nicolas (PU-PH)
MONCLA Anne (PU-PH)
SARLES/PHILIP Nicole (PU-PH)

NGYUEN Karine (MCU-PH)
TOGA Caroline (MCU-PH)
ZATTARA/CANNONI Hélène (MCU-PH)

GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE ; GYNECOLOGIE MEDICALE *5403*

AGOSTINI Aubert (PU-PH)
BOUBLI Léon (PU-PH)
BRETELLE Florence (PU-PH)
CARCOPINO-TUSOLI Xavier (PU-PH)
COURBIERE Blandine (PU-PH)
CRAVELLO Ludovic (PU-PH)
D'ERCOLE Claude (PU-PH)

BERBIS Julie (MCU-PH)
LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude (MCU-PH)

MINVIELLE/DEVICTOR Bénédicte (MCF)(06ème section)
TANTI-HARDOUIN Nicolas (PRAG)

IMMUNOLOGIE *4703*

KAPLANSKI Gilles (PU-PH)
MEGE Jean-Louis (PU-PH)
OLIVE Daniel (PU-PH)
VIVIER Eric (PU-PH)

FERON François (PR) (69ème section)

BOUCRAUT Joseph (MCU-PH)
DEGEORGES/VITTE Joëlle (MCU-PH)
DESPLAT/JEGO Sophie (MCU-PH)
ROBERT Philippe (MCU-PH)
VELY Frédéric (MCU-PH)

BOUCAULT/GARROUSTE Françoise (MCF) 65ème section)

MALADIES INFECTIEUSES ; MALADIES TROPICALES *4503*

BROUQUI Philippe (PU-PH)
LAGIER Jean-Christophe (PU-PH)
PAROLA Philippe (PU-PH)
STEIN Andréas (PU-PH)

MILLION Matthieu (MCU-PH)

MEDECINE INTERNE ; GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT ; MEDECINE GENERALE ; ADDICTOLOGIE *5301*

BONIN/GUILLAUME Sylvie (PU-PH)
DISDIER Patrick (PU-PH)
DURAND Jean-Marc (PU-PH)
FRANCES Yves (PU-PH) Surnombre
GRANEL/REY Brigitte (PU-PH)
HARLE Jean-Robert (PU-PH)
ROSSI Pascal (PU-PH)
SCHLEINITZ Nicolas (PU-PH)

EBBO Mikael (MCU-PH)

GENTILE Gaëtan (MCF Méd. Gén. Temps plein)

ADNOT Sébastien (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)
FILIPPI Simon (PR associé Méd. Gén. à mi-temps)

BARGIER Jacques (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)
BONNET Pierre-André (MCF associé Méd. Gén à mi-temps)
CALVET-MONTREDON Céline (MCF associé Méd. Gén. à temps plein)
GUIDA Pierre (MCF associé Méd. Gén. à mi-temps)
JANCZEWSKI Aurélie (MCF associé Méd. Gén. À mi-temps)

NUTRITION *4404*

DARMON Patrice (PU-PH)
RACCAH Denis (PU-PH)
VALERO René (PU-PH)

ATLAN Catherine (MCU-PH) disponibilité
BELIARD Sophie (MCU-PH)

MARANINCHI Marie (MCF) (66ème section)

ONCOLOGIE 65 (BIOLOGIE CELLULAIRE)

CHABANNON Christian (PR) (66ème section)
SOBOL Hagay (PR) (65ème section)

OPHTALMOLOGIE *5502*

DENIS Danièle (PU-PH)
HOFFART Louis (PU-PH)
MATONTI Frédéric (PU-PH)
RIDINGS Bernard (PU-PH) Surnombre

HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION *4701*

BLAISE Didier (PU-PH)
COSTELLO Régis (PU-PH)
CHIARONI Jacques (PU-PH)
GILBERT/ALESSI Marie-Christine (PU-PH)
MORANGE Pierre-Emmanuel (PU-PH)
VEY Norbert (PU-PH)

GELSI/BOYER Véronique (MCU-PH)
LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina (MCU-PH)
LOOSVELD Marie (MCU-PH)

POGGI Marjorie (MCF) (64ème section)

MEDECINE LEGALE ET DROIT DE LA SANTE *4603*

LEONETTI Georges (PU-PH)
PELISSIER/ALICOT Anne-Laure (PU-PH)
PIERCECCHI/MARTI Marie-Dominique (PU-PH)

BARTOLI Christophe (MCU-PH)
TUCHTAN-TORRENTS Lucile (MCU-PH)

BERLAND/BENHAIM Caroline (MCF) (1ère section)

MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION *4905*

BENSOUSSAN Laurent (PU-PH)
VITON Jean-Michel (PU-PH)

MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL *4602*

LEHUCHER/MICHEL Marie-Pascale (PU-PH)

BERGE-LEFRANC Jean-Louis (MCU-PH)
SARI/MINODIER Irène (MCU-PH)

NEPHROLOGIE *5203*

BERLAND Yvon (PU-PH) Surnombre
BRUNET Philippe (PU-PH)
BURTEY Stépahne (PU-PH)
DUSSOL Bertrand (PU-PH)
JOURDE CHICHE Noémie (PU PH)
MOAL Valérie (PU-PH)

NEUROCHIRURGIE *4902*

DUFOUR Henry (PU-PH)
FUENTES Stéphane (PU-PH)
REGIS Jean (PU-PH)
ROCHE Pierre-Hugues (PU-PH)
SCAVARDA Didier (PU-PH)

CARRON Romain (MCU PH)
GRAILLON Thomas (MCU PH)

NEUROLOGIE *4901*

ATTARIAN Sharham (PU PH)
AUDOIN Bertrand (PU-PH)
AZULAY Jean-Philippe (PU-PH)
CECCALDI Mathieu (PU-PH)
EUSEBIO Alexandre (PU-PH)
FELICIAN Olivier (PU-PH)
PELLETIER Jean (PU-PH)

PEDOPSYCHIATRIE; ADDICTOLOGIE *4904*

DA FONSECA David (PU-PH)
POINSO François (PU-PH)

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE *5501*

DESSI Patrick (PU-PH)
FAKHRY Nicolas (PU-PH)
GIOVANNI Antoine (PU-PH)
LAVIEILLE Jean-Pierre (PU-PH)
NICOLLAS Richard (PU-PH)
TRIGLIA Jean-Michel (PU-PH)

DEVEZE Arnaud (MCU-PH) Disponibilité

REVIS Joana (MAST) (Orthophonie) (7ème Section)

PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE *4502*

DESSEIN Alain (PU-PH) Surnombre

CASSAGNE Carole (MCU-PH)
L'OLLIVIER Coralie (MCU-PH)
MARY Charles (MCU-PH)
RANQUE Stéphane (MCU-PH)
TOGA Isabelle (MCU-PH)

PEDIATRIE *5401*

ANDRE Nicolas (PU-PH)
CHAMBOST Hervé (PU-PH)
DUBUS Jean-Christophe (PU-PH)
GIRAUD/CHABROL Brigitte (PU-PH)
MICHEL Gérard (PU-PH)
MILH Mathieu (PU-PH)
REYNAUD Rachel (PU-PH)
SARLES Jacques (PU-PH)
TSIMARATOS Michel (PU-PH)

COZE Carole (MCU-PH)
FABRE Alexandre (MCU-PH)
OUDIN Claire (MCU-PH)
OVAERT Caroline (MCU-PH)

PSYCHIATRIE D'ADULTES ; ADDICTOLOGIE *4903*

BAILLY Daniel (PU-PH)
LANCON Christophe (PU-PH)
NAUDIN Jean (PU-PH)

'CHOLOGIE - PSYCHOLOGIE CLINIQUE, PCYCHOLOGIE SOCIALE 16

AGHABABIAN Valérie (PR)

RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE *4302*

BARTOLI Jean-Michel (PU-PH)
CHAGNAUD Christophe (PU-PH)
CHAUMOITRE Kathia (PU-PH)
GIRARD Nadine (PU-PH)
GORINCOUR Guillaume (PU-PH)
JACQUIER Alexis (PU-PH)
MOULIN Guy (PU-PH)
PANUEL Michel (PU-PH)
PETIT Philippe (PU-PH)
VAROQUAUX Arthur Damien (PU-PH)
VIDAL Vincent (PU-PH)

REANIMATION MEDICALE ; MEDECINE URGENCE *4802*

GAINNIER Marc (PU-PH)
GERBEAUX Patrick (PU-PH)
PAPAZIAN Laurent (PU-PH)
ROCH Antoine (PU-PH)

HRAIECH Sami (MCU-PH)

RHUMATOLOGIE *5001*

GUIS Sandrine (PU-PH)
LAFFORGUE Pierre (PU-PH)
PHAM Thao (PU-PH)
ROUDIER Jean (PU-PH)

PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE - PHARMACOLOGIE CLINIQUE; ADDICTOLOGIE *4803*

BLIN Olivier (PU-PH)
FAUGERE Gérard (PU-PH) Surnombre
MICALLEF/ROLL Joëlle (PU-PH)
SIMON Nicolas (PU-PH)

BOULAMERY Audrey (MCU-PH)
VALLI Marc (MCU-PH)

PHILOSPHIE *17*

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE *4402*

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGEON Fabienne (PU-PH)
MEYER/DUTOUR Anne (PU-PH)
TREBUCHON/DA FONSECA Agnès (PU-PH)

BARTHELEMY Pierre (MCU-PH)
BONINI Francesca (MCU-PH)
BOULLU/CIOCCA Sandrine (MCU-PH)
DADOUN Frédéric (MCU-PH) (disponibilité)
DEL VOLGO/GORI Marie-José (MCU-PH)
DELLIAUX Stéphane (MCU-PH)
GABORIT Bénédicte (MCU-PH)
REY Marc (MCU-PH)

LIMERAT/BOUDOURESQUE Françoise (MCF) (40ème section) Retraite 1/5/2018
RUEL Jérôme (MCF) (69ème section)
STEINBERG Jean-Guillaume (MCF) (66ème section)
THIRION Sylvie (MCF) (66ème section)

PNEUMOLOGIE; ADDICTOLOGIE *5101*

ASTOUL Philippe (PU-PH)
BARLESI Fabrice (PU-PH)
CHANEZ Pascal (PU-PH)
CHARPIN Denis (PU-PH) Surnombre
GREILLIER Laurent (PU PH)
REYNAUD/GAUBERT Martine (PU-PH)

MASCAUX Céline (MCU-PH)

TOMASINI Pascale (Maitre de conférences associé des universités)

THERAPEUTIQUE; MEDECINE D'URGENCE; ADDICTOLOGIE *4804*

AMBROSI Pierre (PU-PH)
BARTOLIN Robert (PU-PH) Surnombre
VILLANI Patrick (PU-PH)

DAUMAS Aurélie (MCU-PH)

UROLOGIE *5204*

BASTIDE Cyrille (PU-PH)
KARSENTY Gilles (PU-PH)
LECHEVALLIER Eric (PU-PH)
ROSSI Dominique (PU-PH)

REMERCIEMENTS

À mes juges,

Madame le Président du jury,

Pr Anne-Laure PELISSIER-ALICOT
PU-PH Médecin biologiste
Service de Médecine Légale au CHU Timone Adultes

Je vous remercie de m'avoir fait l'honneur de présider cette thèse,
Veuillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

Messieurs les Assesseurs,

Pr Nicolas SIMON
PU-PH Médecin pharmacologue et addictologue
Département de Pharmaco-toxicologie clinique, Faculté de Médecine de Marseille
Président de l'Association nationale de Prévention d'Alcoologie et Addictologie (ANPAA)
Responsable du centre antipoison et de toxicovigilance de l'hôpital Sainte-Marguerite
Chercheur à l'Inserm en réduction des risques

Vous me faîtes l'honneur d'apporter votre regard critique sur ce travail.
Soyez assuré de mes sincères remerciements et de ma reconnaissance.

Dr Gaétan GENTILE
MCU-PA
Médecin coordinateur du D.E.S. de Médecine Générale
Médecin généraliste installé à Puyricard

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

Mon Directeur de thèse,

Dr Jean-Pierre MUGARD
Médecin addictologue membre de l'ELSA de l'hôpital Henri Duffaut à Avignon
Président du RESAD

Tu as accepté si spontanément de diriger ce travail de thèse. Tu m'as accompagnée tout au long de ce travail. Merci pour ta disponibilité, ta relecture et tes précieux conseils.

À tous les médecins généralistes qui ont participé activement à ce travail de thèse, je les remercie sincèrement pour leur disponibilité, leur investissement et leur bonne humeur lors des entretiens.

Merci à toutes les personnes qui ont contribué de loin comme de près à l'élaboration de ce travail, notamment Aurore Fenoul et Aurore Autissier de l'étape 84, merci pour ce moment d'échange qui m'a aidée à avancer.

À tous les médecins qui ont contribué à ma formation et plus particulièrement,

Au Dr Michel Deguara, les six mois dans ton cabinet ont été un régal, merci pour ton enseignement sur la confiance en soi et le plaisir au travail. Je n'oublierai pas ton crédo du bonheur, il ne me manque plus que le bon matelas ;)

Aux Dr Michel Chay et Dr Paul Cochet, merci à vous deux pour votre confiance, votre disponibilité et votre convivialité.

Aux différents services qui m'ont accueillie durant mon internat,

Aux services de Gériatrie des centres hospitaliers de Manosque et d'Avignon,
Aux services des Urgences adultes de l'hôpital de Cavaillon et d'Avignon,
Aux services des Urgences pédiatriques et de Gynécologie de l'hôpital Nord de Marseille.

Merci aux médecins, aux équipes paramédicales, ainsi qu'aux patients auprès desquels je me suis enrichie tant au niveau des compétences professionnelles qu'au niveau humain.

Merci à ma famille,

À mes parents, je me souviens du jour où vous m'avez persuadée de m'inscrire à la Faculté de Médecine, merci profondément de m'avoir pleinement soutenue dans ce choix.
Je vous aime.

À mes sistas, Louise et Clémence, que j'aime tant et dont je suis si fière, unies pour toujours.

À Palou et Malou, qui dès mon plus jeune âge m'ont imaginée en blouse.
Je sais que vous seriez fiers de moi aujourd'hui.

À Nannie, merci pour tout ton soutien.

À Pierre-Yves, pour son flot de bulles d'encouragements.

À Benoît, mon Amour, merci d'avoir toujours cru en moi. C'est la médecine qui nous a réunis au tout début. L'accomplissement de ce travail, dix ans après notre rencontre, est également le signe de nos retrouvailles. J'ai hâte d'écrire la suite de notre histoire.

À Christine et Gilles, merci pour votre constante bienveillance.

Merci à mes amis !
Parce que c'est en bonne partie grâce à vous que ce jour est arrivé,

À Lucie, mon binôme depuis le début de l'aventure, et Natacha, les filles je suis si fière de nous, notre amitié est gravée dans mon cœur.

À tous mes amis que je ne cite pas de peur d'en oublier mais qui sauront se reconnaitre, merci d'être dans ma vie.

À Jérôme et Taoufik, que je porte dans mon cœur.

« Mieux vaut prévenir que guérir. Le sage n'attend pas que les hommes soient malades pour les soigner, il les guide quand ils sont en bonne santé »

Extrait du plus ancien ouvrage de médecine chinoise traditionnelle : le Huangdi Nei Jing

SOMMAIRE

TABLEAUX ET FIGURES……..…4

LISTE DES ABRÉVIATIONS……5

INTRODUCTION……..6

REVUE DE LA LITTÉRATURE……7

1 - Généralités sur le cannabis……..…...7

2 - Données épidémiologiques……..…...8

3 - Les effets du cannabis……..…..9

4 - L'enjeu……..11

5 - Parler du cannabis en consultation : freins et motivations……..……....13

6 - Les outils de RPIB……...14

OBJECTIF DE L'ÉTUDE……..…16

MATÉRIELS ET MÉTHODES……..……..…17

1 - Population de l'étude……17

2 - Schéma de l'étude……...17

3 - Recueil des données……...19

4 - Analyse des données……..19

RÉSULTATS……..…20

1 - Analyse descriptive de l'échantillon……..20

1.1 L'échantillon de médecins……..…20

1.2 Leur patientèle……...24

2 - Analyse longitudinale……..25

I - Les déterminants d'appropriation des outils de RPIB

I.1 - La perception de ces médecins…….……..26

I.1.1 Leur perception du rôle du médecin généraliste…….26

I.1.2 Leur perception du repérage……..26

I.2 - Les motivations de ces médecins ……..27

I.2.1 Leurs motivations pour se former en addictologie……..27

I.2.2 Leurs motivations pour adhérer au RESAD……27

I.3 - Les outils en consultation……...28

I.3.1 Les outils de repérage……..28

a) Les outils et techniques utilisés pour le repérage……..28

b) Apports de la formation en addictologie et de l'adhésion au RESAD……..29

I.3.2 Les outils de prise en charge……....30

a) Apports de la formation et du réseau……..30

b) Dans quelles situations adresser le patient ? À qui ?.....30

II. Lever les freins à la pratique du RPIB

II.1 - Les freins rencontrés en pratique……31

II.1.1 Les freins au repérage……..31

II.1.2 Les freins à la prise en charge en réseau……..32

II.2 - Les solutions mises en œuvre……...33

II.2.1 La gestion du temps……..33

II.2.2 La présence parentale……..34

II.2.3 Le rapport à l'adolescent……34

DISCUSSION……35

1 - Forces et limites de l'étude……..…35

1.1 Les points forts……35

1.2 Les points faibles……36

2 - Discussion des principaux résultats……38

2.1 L'échantillon……..38

2.2 Les déterminants d'appropriation des outils de RPIB……..39

2.3 L'intérêt de faire partie d'un réseau……41

2.4 Les obstacles persistants……..42

2.5 Les solutions pour lever les freins décrits au RPIB……..……44

CONCLUSION……..…47

ANNEXES……..49

BIBLIOGRAPHIE……79

TABLEAUX ET FIGURES

Tableau N°1 : Résumé des réponses à l'auto-questionnaire descriptif de l'échantillon

Tableau N°2 : Description de la patientèle des médecins de l'échantillon

Tableau N°3 : Résumé des freins au repérage et à la prise en charge décrits par les généralistes interrogés

Figure N°1 : Répartition des sexes dans l'échantillon des médecins interrogés

Figure N°2 : Nombre d'années d'installation en cabinet des médecins interrogés

Figure N°3 : Milieu d'installation des médecins interrogés

Figure N°4 : Mode d'installation des médecins interrogés

Figure N°5 : Nombre moyen de consultations par jour des médecins de l'échantillon

Figure N°6 : Corrélation entre l'année de formation en addictologie et l'année d'adhésion au RESAD des généralistes interrogés

Figure N°7 : Taux d'adolescents parmi la patientèle des médecins interrogés

Figure N°8 : Taux d'activité en addictologie des médecins de l'échantillon

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ADOSPA : Adolescents et substances psychoactives
APA : Association Américaine de Psychiatrie
AVAPT : Association vauclusienne d'accueil et de prévention toxicomanie
AVC : Accident vasculaire cérébral
CAST : Cannabis abuse screening test
CBD : Cannabidiol
CIM-10 : Classification internationale des maladies, 10e révision
CJC : Consultation jeune consommateur
CMP : Centre médico-psychologique
CMPI : Centre médico-psychologique infantile
CSAPA : Centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie
Cs : Consultation
DEP-ADO : Dépendance adolescent
DESC : Diplôme d'études spécialisées complémentaires
DIU : Diplôme inter-universitaire
DPC : Développement professionnel continu
DSM-V : Diagnostic and statistical manual 5
DU : Diplôme universitaire
ESCAPAD : Enquête sur la santé et les comportements lors de l'appel de préparation à la défense
ELSA : Equipe de liaison et de soins en addictologie
FA1 : Formation approfondie de niveau 1
FMC : Formation médicale continue
HAS : Haute Autorité de Santé
Inserm : Institut national de la santé et de la recherche médicale
MDFT : Multidimensional family therapy
MG : Médecin généraliste
OD : Overdose
OFDT : Observatoire français des drogues et des toxicomanies
OMS : Organisation Mondiale de la Santé
RESAD : Réseau santé addictions
RPIB : Repérage précoce-intervention brève
SUDOC : Système universitaire de documentation
TCC : Thérapie cognitivo-comportementale
THC : Tétrahydrocannabinol
TSO : Traitement de substitution aux opiacés
VIH : Virus de l'immunodéficience humaine

INTRODUCTION

Au cours de mon internat, j'ai eu l'occasion de travailler dans différents cabinets de médecine générale. Lors de ma maîtrise de stage, j'ai été confrontée à une patientèle qui comprenait une part non négligeable de patients sous traitement substitutif aux opiacés, une patientèle particulière à laquelle je n'étais pas habituée, et qui m'a questionnée, parfois mise en situation d'inconfort. Lors de mes stages en libéral suivants, j'ai remarqué que je rencontrais beaucoup moins ces patients, ou du moins, que le sujet des addictions était peu fréquemment abordé. C'est de là qu'a germé l'idée de ce travail. Les addictions toutes confondues touchent toute la population, quels que soient l'âge, le sexe, le milieu social ou le lieu de vie. Pourquoi certains médecins s'impliquent-ils particulièrement dans leur prise en charge, et d'autres moins ?

Ce travail s'est centré sur le cannabis, thème qui m'a paru intéressant, car il s'agit d'une substance très accessible et son usage est particulièrement répandu en France et dans le monde. Bien que le sujet du cannabis soit moins tabou que celui de l'héroïne, j'avais l'impression que la question de son usage était rarement posée aux patients alors qu'il peut avoir un impact sur leur bien-être physique, mental et social, c'est-à-dire sur ce qui constitue leur santé.

La recherche bibliographique m'a permis de cerner les connaissances actuelles et les zones d'ombre à éclaircir sur ce sujet en vue de guider le développement de mon étude.

REVUE DE LA LITTÉRATURE

1 - Généralités sur le cannabis

Le cannabis est une plante dont la variété la plus répandue est le Cannabis sativa. Le Cannabis sativa sativa est cultivé pour l'usage textile de ses fibres tandis que le Cannabis sativa indica (ou chanvre indien) est convoité pour son effet psychotrope. C'est pourquoi en France, le cannabis et sa résine sont inscrits sur la liste des substances classées comme stupéfiant illicite.[1]

La surface de la plante est pourvue de trichomes qui biosynthétisent de la résine riche en cannabinoïdes, dont le Δ9-tétrahydrocannabinol (THC), à l'origine des effets psychoactifs.

Le cannabis est consommé pour diverses raisons : récréative, dopante ou auto-thérapeutique (3) et peut être consommé sous différentes formes : l'herbe (feuilles, tiges et sommités fleuries séchées), la résine (haschich : résine pressée en barrettes) et l'huile (extraite des deux précédents). Généralement, l'herbe et le haschisch se fument sous forme de "joint" sous la forme d'une cigarette roulée mélangés à du tabac ; ils peuvent également être inhalés à l'aide d'une pipe à eau appelée « bang » qui provoque un effet plus rapide et intense. L'huile peut être utilisée pour enduire du papier à rouler les cigarettes ou être fumée avec une pipe. Le cannabis peut également être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (« space food ») ou bu en infusion. (4) (5) (6).

Les concentrations en THC des produits circulant sur le marché français sont de plus en plus élevées, actuellement aux alentours de 11% pour l'herbe et 23% pour le hashish. (7) Par ailleurs, il existe des cannabinoïdes de synthèse élaborés en laboratoire qui sont d'autant plus concentrés en THC et facilement accessibles via internet.

---

[1] Le décret 2013-473 a modifié en juin 2013 l'article du code de la santé publique qui interdisait toutes les opérations portant sur le cannabis. Ce décret permet maintenant l'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques mais à la seule condition qu'il soit contenu dans une spécialité disposant d'une Autorisation de Mise sur le Marché (AMM). La modification de ce texte a permis en France le dépôt auprès de l'ANSM de la demande d'AMM de Sativex (juillet 2013). (1)

La loi autorise à un industriel l'achat et la détention de chanvre contenant moins de 0,2 %, pour ensuite transformer le produit. La matière première peut donc contenir 0,2 % de THC, mais ne peut être vendue telle quelle. (2)

2 - Données épidémiologiques

Le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée dans le monde. On estime que 2,8 à 4,5% de la population mondiale a consommé au moins une fois du cannabis. (8) La France est l'un des pays d'Europe où la consommation de cannabis est la plus élevée, avec plus de 17 millions de personnes l'ayant déjà expérimenté dont 1.4 million de consommateurs réguliers (au moins dix consommations dans les trente derniers jours) et 700 000 usagers quotidiens. (4)

La consommation actuelle de cannabis en France concerne surtout les plus jeunes. En 2017, l'âge moyen de l'expérimentation de cannabis chez les jeunes Français de 17 ans était de 15,3 ans. Près de quatre adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (39,1 %). Les hommes sont plus consommateurs que les femmes et cet écart s'accentue avec l'élévation du niveau d'usage. (7) Ainsi, à 17 ans, 7,4 % des adolescents seraient susceptibles de présenter un risque élevé d'usage problématique de cannabis. (9)

Les facteurs de risque et de vulnérabilité de l'usage problématique du cannabis identifiés distinguent :

- <u>Les facteurs liés au produit et à sa consommation</u> :
  -le début précoce de la consommation,
  -l'association systématique de cannabis à d'autres produits,
  -l'augmentation de la fréquence de la consommation,
  -l'usage à visée auto-thérapeutique.

- <u>Les facteurs de vulnérabilité individuels</u> :
  -la présence de difficultés relationnelles et familiales,
  -la présence de troubles psychiques,
  -des antécédents de conduites à risque
  (tentative de suicide, troubles du comportement alimentaire, troubles psychotiques).

- <u>Les facteurs environnementaux et sociaux</u> :
  -la survenue d'événements de vie traumatiques,
  -une désocialisation,
  -un échec scolaire ou des difficultés professionnelles,
  -des actes de délinquance. (10)

3 -Les effets secondaires de l'usage de cannabis

Les effets secondaires de l'usage de cannabis peuvent être liés :
-aux principes actifs du cannabis (dont le THC),
-aux substances résultant de sa combustion (les goudrons),
-aux produits ajoutés au cannabis de manière intentionnelle (les produits de coupe ajoutés pour augmenter le poids du produit tels que du pneu, de henné, des microbilles de verre, du plomb, etc., ou bien d'autres stupéfiants additionnés pour majorer la dépendance),
-aux produits ajoutés au cannabis de manière involontaire (des contaminants). (4)

Aucun cas de décès par overdose après intoxication aiguë isolée n'a jamais été décrit, en accord avec la faible expression des récepteurs cannabinoïdes au niveau des centres cérébraux de contrôle des fonctions respiratoires et cardiovasculaires. (11) Cependant la consommation de cannabis expose à des risques. Très lipophile, le THC se distribue dans tous les tissus riches en lipides. On en retrouve ainsi en grande quantité dans le cerveau. (5)

Les effets psychiques de l'intoxication au cannabis sont variables d'un sujet à l'autre et parfois d'une prise à l'autre chez un même individu. Ils sont directement liés à la personnalité du sujet, au contexte, au mode de consommation, à la quantité de THC absorbée et à la qualité du produit. (12) Fumé, les effets du cannabis apparaissent au bout d'une dizaine de minutes et disparaissent en quelques heures. (4)

Lors d'une consommation isolée, on peut observer :
-des signes d'imprégnation cannabique (hyperémie conjonctivale, xérostomie),
-des signes d'ivresse cannabique (euphorie, bien-être, détente, apathie, somnolence, perturbations de la mémoire immédiate et de l'attention, distorsions du temps et de l'espace) associés à un risque accru d'accident de la circulation (les conducteurs sous l'influence du cannabis ont 1,8 fois plus de risque d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs négatifs et ce risque est multiplié par 14 en cas de consommation associée d'alcool) (13),
-des signes d'inflammation bronchique (rhinopharyngite, toux, exacerbation d'asthme),

-des symptômes psychiques (hallucinations, « bad trip » : crise d'angoisse, idées paranoïaques ou délirantes, bouffée délirante aiguë). (10)

Une consommation régulière peut entraîner des complications durables.

- Des complications somatiques :

-une majoration du risque de cancer pulmonaire, des voies aériennes supérieures, de la vessie, lié à la combustion du cannabis,
-une élévation du risque cardiovasculaire par cardiopathie ischémique, AVC, myocardite, tachycardie, (14)
-des maladies respiratoires chroniques (bronchite, laryngite),
-des troubles cognitifs, notamment des troubles mnésiques à long terme, surtout si la consommation régulière débute à un âge précoce, (15) (6)
-une diminution de la libido et de la fertilité masculine,
-en cas de grossesse, un risque accru de naissance prématurée et de retard de croissance intra-utérin, en lien avec une co-intoxication fréquente au tabac, (16)
-plus rarement un syndrome d'hyperémèse cannabique. (17) (18)

- Des complications psycho-sociales :

-un syndrome amotivationnel,
-des troubles du sommeil,
-une augmentation du risque de révélation ou d'aggravation d'une pathologie psychiatrique, notamment de troubles psychotiques comme la schizophrénie (19),
-une marginalisation sociale, des problèmes relationnels, scolaires et professionnels,
-un risque accru de polyconsommation,
-une dépendance psychique,
-des problèmes judiciaires. (4) (20)

L’usage du cannabis peut donc avoir des effets secondaires néfastes.
Le cannabis a longtemps été banalisé, désigné comme une « drogue douce ». Plusieurs spécialistes de l’addiction misent sur le développement de la notion d’usage dur et d’usage doux qui met l’accent sur les conduites plutôt que les substances. On peut alors parler de « l’usage dur des drogues douces ». (3)

Deux classifications définissent les différents degrés d’usage.
La classification CIM-10, publiée par l’OMS (Organisation Mondiale de la Santé), distingue l’usage nocif et la dépendance à une substance psychoactive. (annexe N°1)
La classification DSM-V, publiée par l’APA (Association Américaine de Psychiatrie), parle plutôt de trouble lié à la consommation d’une substance psychoactive, gradué en 3 stades (léger, modéré, sévère) selon le nombre de critères présents . (annexe N°2)
L’usage problématique correspond à un usage susceptible d’induire des dommages sanitaires et sociaux importants, pour soi ou pour autrui. (10)

4 -L’enjeu

L’adolescence est une période de maturation physiologique physique, psychique et sociale, et constitue une phase de prises de risque et de défi durant laquelle le jeune recherche de nouvelles expériences.
Or, du fait du développement cérébral concomitant à cette période de la vie, c’est à l’adolescence que les effets du cannabis sont les plus dévastateurs. Une zone du cerveau, le cortex préfrontal, qui permet la prise de décision, le jugement, la planification et la résolution de problèmes est plus particulièrement concernée par cette maturation à l’adolescence (qui se poursuit jusqu’à environ 25 ans) et est d’autant plus sensible aux effets des drogues qu’elle n’est pas encore développée. L’expérimentation des drogues intervient précisément au moment où le cerveau, à cause de son immaturité, est le plus vulnérable à leurs effets toxiques. (21)

La majorité des adolescents ayant essayé le cannabis reste des consommateurs occasionnels. Seule une faible partie d’entre eux est en situation d’usage problématique.

Le repérage des usages problématiques parmi les usagers occasionnels et les non-consommateurs est nécessaire pour centrer l'attention sur les adolescents qui risquent de basculer vers un usage compromettant leurs chances pour l'avenir. (5)

Par définition, le « repérage » s'adresse aux sujets tout venants et consiste à distinguer les situations à faible risque, à risque et les situations de dépendance.
« L'intervention brève », qui regroupe différentes actions de courte durée, consiste à commenter au patient les résultats du test de repérage, à l'informer des risques liés à sa consommation, et à lui montrer l'intérêt de la modification de la consommation et les méthodes pour y parvenir. (22)
Ces deux notions se rassemblent sous le terme de « repérage précoce-intervention brève » (RPIB).

Il a été démontré que l'intervention brève a un effet global significatif sur la diminution de la consommation de cannabis, du moins à court terme. (13)

Compte tenu des conséquences sanitaires et sociales que peut induire cette consommation, le RPIB des usages problématiques au sein de la population jeune constitue un enjeu de santé publique reconnu par l'OMS. (10)

Bien que la demande et l'offre de prise en charge soient en essor depuis quelques années, la proportion de consommateurs de cannabis demandeurs de traitement reste faible, y compris parmi ceux qui sont jugés dépendants. (10)

Huit jeunes sur dix âgés de 15 à 30 ans ont consulté un médecin généraliste au moins une fois dans l'année précédente, ce qui fait du généraliste un acteur de prévention de première ligne. Pourtant, d'après une étude publiée en 2011 sur le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France, seuls 8 % des médecins généralistes interrogent leur patient sur leur consommation de cannabis. (23)

5 - Parler du cannabis en consultation : freins et motivations

Plusieurs études ont mis en évidence les freins des jeunes consommateurs d'une part, et des médecins généralistes d'autre part, à aborder le sujet du cannabis en consultation au cabinet.

Les principaux freins évoqués par les adolescents pour parler de leur consommation à leur médecin sont : le déni, la honte, la crainte du jugement ou de moralisation, la peur de décevoir le médecin, du non-respect du secret médical vis-à-vis des parents, parfois une carence relationnelle ainsi que la conviction de l'absence de compétence du médecin en termes de connaissance du produit et de prise en charge adaptée. Ils émettent des critiques sur le manque de temps du médecin altérant la qualité de l'écoute, et une attitude parfois inadaptée. (15) (12) (13)

Les médecins généralistes rapportent également diverses difficultés pour aborder ce sujet : Du fait d'une durée de consultation limitée, du manque de formation et d'expérience, et de la méconnaissance des moyens de prise en charge, ils peuvent se sentir démunis. On relève comme autres freins le caractère intrusif de la question, considérer que c'est un sujet du domaine de la vie privée des consommateurs, le fait de connaître le patient depuis longtemps, la présence des parents, le manque d'intérêt pour le sujet, l'adolescent qui consulte rarement, la réticence de l'adolescent, la banalisation du cannabis par l'adolescent et l'aspect illégal du cannabis. (13) (24), (25) (26) (8)

Toutefois, des études ont fait ressortir les motivations des adolescents pour en parler à leur généraliste, comme le sentiment de prendre un risque à consommer du cannabis, ou la relation de confiance avec le médecin et le secret professionnel. Le médecin généraliste est perçu comme une autorité bienveillante et le connaître depuis longtemps est un facilitateur, il est un interlocuteur privilégié pour parler de leur consommation. (12) (13)
Malgré de nombreux obstacles, les patients sont prêts à discuter de leur consommation de cannabis avec leur médecin. Pour cela, le médecin ne doit pas hésiter à poser la question. (12)

En outre, les adolescents ainsi que les médecins interrogés sont une majorité à penser que la consultation de médecine générale est un moment opportun pour discuter de la consommation de cannabis. (26)

6 -Les outils de RPIB

Il existe des outils au repérage validés tels que:

-**L'entretien clinique**,

-**L'adoption d'une posture clinique adaptée**,

-**Le repérage systématique** dans la pratique de routine,

-**Le repérage ciblé** sur certains groupes à risque, devant certains symptômes,

-**Le dosage en milieu biologique** (annexe N°3),

-**Les questionnaires standardisés** de repérage d'un usage problématique de cannabis. (27)

Il en existe plusieurs, dont le questionnaire CAST (annexe N°4), actuellement l'instrument en langue française qui a été le mieux validé auprès des adolescents.
Aucun outil « universel » de repérage n'a cependant été validé. (10)

La Haute Autorité de Santé (HAS) préconise le repérage précoce des consommations d'alcool, du tabac et du cannabis, les trois substances psychoactives les plus consommées en France, au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun ou en cas de risque situationnel, suivi d'une intervention brève et d'un accompagnement. (28)

Après le repérage, il s'agira d'aider et d'accompagner le patient, en puisant dans la palette des stratégies de prise en charge afin de diminuer les problèmes médico-psycho-sociaux liés à l'usage de cannabis et réduire les risques liés à la consommation, ou orienter le patient vers un centre spécialisé.
L'évaluation du degré de motivation du patient au changement permet de choisir une stratégie de prise en charge adaptée. Pour cela, le soignant peut s'aider de la connaissance du cycle de Prochaska et Di Clemente pour situer le patient sur sa trajectoire. (annexe N°5)

Il existe des outils de prise en charge validés tels que :

-L'intervention brève qui va du **conseil simple** peu structuré et de courte durée à des techniques plus protocolisées telles que **l'entretien motivationnel** qui consiste à amorcer chez le consommateur une réflexion personnelle sur son ambivalence au changement au travers du questionnement des avantages et des inconvénients qu'il trouve à poursuivre sa consommation,

-La thérapie cognitivo-comportementale qui repose sur les interactions entre pensées, émotions et comportements,

-La thérapie familiale brève ou multidisciplinaire (MFDT) qui se base sur l'importance du fonctionnement du couple parental dans la conduite addictive de l'adolescent et notamment de la façon dont ce couple parvient ou non à s'entendre sur une approche éducative commune pour l'adolescent,

-La thérapie de groupe qui se sert de l'influence des pairs pour motiver l'adolescent. (10)

Aucun traitement médicamenteux n'a encore démontré son efficacité pour le traitement du sevrage, l'appétence ou la substitution du cannabis. Les recherches se poursuivent. Cependant, certains traitements symptomatiques, essentiellement des antidépresseurs, anxiolytiques ou thymorégulateurs, peuvent fournir une aide utile selon l'état psychopathologique du patient. L'annexe N°6 présente les critères de syndrome de sevrage selon le DSM-V.

OBJECTIF DE L'ÉTUDE

Cette étude qualitative avait pour ambition principale de compléter les données actuelles par l'analyse du vécu de médecins généralistes sensibilisés à l'addictologie et membres d'un réseau de santé en addictologie afin de comprendre les déterminants d'appropriation des outils de repérage précoce-intervention brève (RPIB) de l'usage de cannabis chez l'adolescent. Autrement-dit, la question que l'on s'est posée, était la suivante : comment passe-t-on d'une information disponible (il existe des outils de RPIB validés) à l'appropriation d'une connaissance et sa mise en pratique (la réalisation du RPIB en consultation) ?

Notre objectif secondaire était d'apporter un éclairage sur ce qui permettrait de lever les freins décrits à la pratique du RPIB de l'usage de cannabis chez l'adolescent en consultation.

MATÉRIELS ET MÉTHODES

1-Population de l'étude

Les critères d'inclusion dans l'étude étaient : être médecin généraliste installé en libéral, être adhérent au Réseau Santé Addictions Vaucluse-Camargue (RESAD)[2], avoir validé une formation minimale en addictologie, et être volontaire pour participer à l'étude.
Tous les médecins généralistes membres du RESAD formés en addictologie ont reçu un message électronique exposant brièvement le thème de la thèse et leur proposant de participer à un focus group.
L'échantillon a été caractérisé à l'aide d'un auto-questionnaire descriptif anonyme soumis à chacun en fin d'interview. (annexe N°7)

2 - Schéma de l'étude

Type d'étude

La recherche qualitative a semblé être la méthode la plus appropriée pour répondre à l'objectif de la recherche. En effet, ce type de recherche permet d'explorer les émotions, les sentiments des interrogés, ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. Elle contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord plus élargi de la compréhension de la santé et des déterminants des soins. (29)

[2] L'adhésion au RESAD est gratuite. Chaque adhérent cotise 5€/an à l'association RETOX, forme juridique qui sous-tend le RESAD.

Type d'entretien

Les entretiens étaient semi-structurés, c'est-à-dire menés à partir d'un questionnaire composé de questions ouvertes. Cette méthode permet de provoquer un discours libre tout en étant encadré par un guide d'entretien.

Notre étude a combiné deux types d'entretien :

- Le focus group

Cette technique d'entretien collectif repose sur la dynamique de groupe, elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Chaque participant défend ses priorités, ses préférences, ses valeurs et son vécu. Les échanges favorisent l'émergence de connaissances, d'opinions et d'expériences comme une réaction en chaîne grâce à la réunion de personnalités diverses favorisant l'expression et la discussion d'opinions controversées. L'expression sans tabou de certains peut lever les inhibitions des autres. L'expérience commune partagée peut entraîner des solidarités. Elle sert aussi à tester ou à faire émerger de nouvelles idées inattendues pour le chercheur. (30,31)

- L'entretien individuel

Ce type d'interview a pour avantage que les participants n'aient pas à se déplacer, et permet d'aborder des questions sensibles.

Guide d'entretien

Le guide d'entretien, dont la version finale utilisée est présentée en annexe N°8, a été élaboré à partir des recherches bibliographiques et de l'objectif de l'étude. Tous les entretiens ont été réalisés à partir du même guide d'entretien. Lors des entretiens, les questions pouvaient être clarifiées et les réponses précisées.

Méthodologie des entretiens

Lors de l'entretien en focus group, le Dr Jean-Pierre Mugard, mon directeur de thèse, était modérateur, et j'étais l'observateur. La répartition de nos rôles s'est faite ainsi car Dr Mugard avait davantage d'expérience dans l'animation d'entretien collectif, et cela me permettait d'assurer l'enregistrement.

Après debriefing de ce premier entretien, nous avons décidé de compléter les données recueillies par des entretiens individuels. Les entretiens individuels ont été réalisés par un enquêteur unique, moi-même, en face à face, aux cabinets respectifs de chacun des médecins.

3 - Recueil des données

Le recueil des données s'est matérialisé par l'enregistrement des entretiens avec un dictaphone PHILIPS VOICE TRACER DVT2000 après information et consentement des médecins et garantie du respect et de l'anonymat des propos et des opinions.
Chaque entretien a été intégralement retranscrit par moi-même sur WORD 2016 selon le principe du mot à mot durant les jours suivant les interviews sous forme de verbatim, en vue de l'analyse.

4 - Analyse des données

Le plan de l'analyse longitudinale s'est bâti à partir du guide d'entretien.
La codification a été réalisée à partir des verbatim. Chaque partie de l'entretien a été placée dans une catégorie en fonction de l'idée qu'elle véhicule.
Afin d'affiner l'analyse, le codage a bénéficié d'une double lecture. En recherche qualitative, ce concept appelé « triangulation » permet de vérifier et de compléter les données de recherche sous des angles divers. Dr Mugard a relu les entretiens avec le tableau de codage que j'ai travaillé et a pu m'apporter son avis.

RÉSULTATS

1 - Analyse descriptive de l'échantillon

1.1 L'échantillon de médecins

Parmi les 14 médecins sollicités, on a compté 2 refus, 4 absences de réponse malgré une relance par mail et téléphone, et 8 volontaires dont 5 disponibles pour le focus group et 3 volontaires trop éloignés géographiquement pour y participer.

Un doodle a été créé afin de convenir d'une date pratique.

Le focus group de cinq médecins s'est déroulé le 18 avril 2018 dans les locaux du RESAD à Avignon et a duré 2h20. Par la suite, les 3 médecins volontaires n'ayant pu s'y rendre ont été interviewés individuellement entre le 24 et le 27 avril 2018 à leurs cabinets respectifs.

Les trois entretiens individuels ont duré entre 9 et 16 minutes.

La date et la durée de chaque entretien sont détaillées en annexe N°9.

Les caractéristiques de l'échantillon sont regroupées dans le tableau N°1.

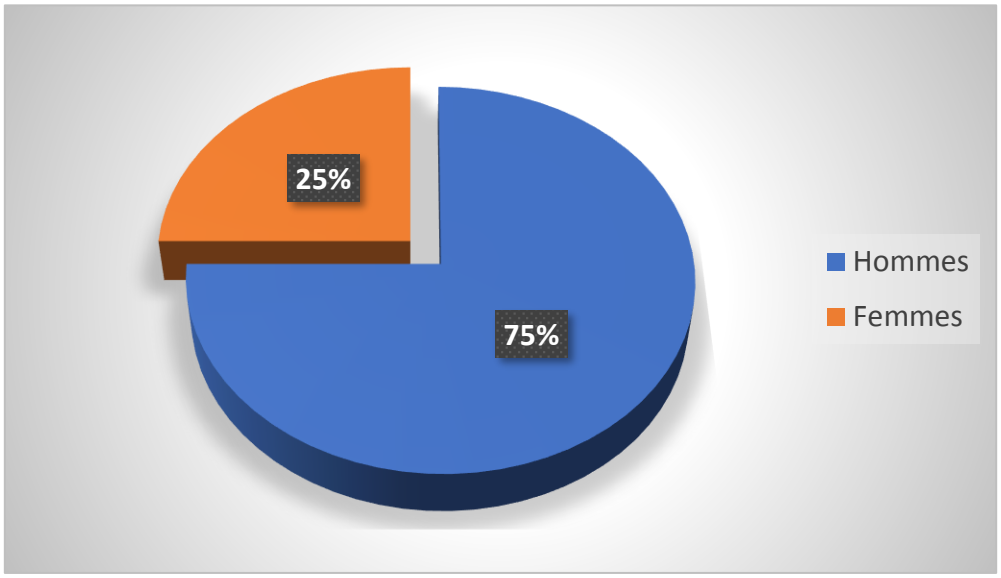
Afin d'assurer leur anonymat, chaque médecin s'est vu attribuer un numéro. Celui-ci apparait précédé de la mention « MG ».

Tableau N°1 : Résumé des réponses de l'auto-questionnaire descriptif de l'échantillon

MG	Sexe	Nombre d'années installation	Milieu d'installation	Mode d'installation	Nombre de Cs/j	Formation en addictologie	Années depuis la formation	Années depuis l'adhésion
MG1	H	32	Urbain	Groupe	20	FA1	25	20
MG2	H	30	Urbain	Groupe	15	FA1/DPC adolescents	22	22
MG3	H	28	Urbain	Seul	25	FA1/DPC/ auto-formation	26	26
MG4	H	40	Urbain	Groupe	20	FA1/DPC VIH	25	25
MG5	F	10	Urbain	Groupe	25	FA1	10	10
MG6	H	29	Semi-rural	Groupe	40	FA1	23	23
MG7	H	33	Semi-rural	Seul	35	FA1/DPC TCC	20	15
MG8	F	7	Semi-rural	Groupe	20	FA1	6	6

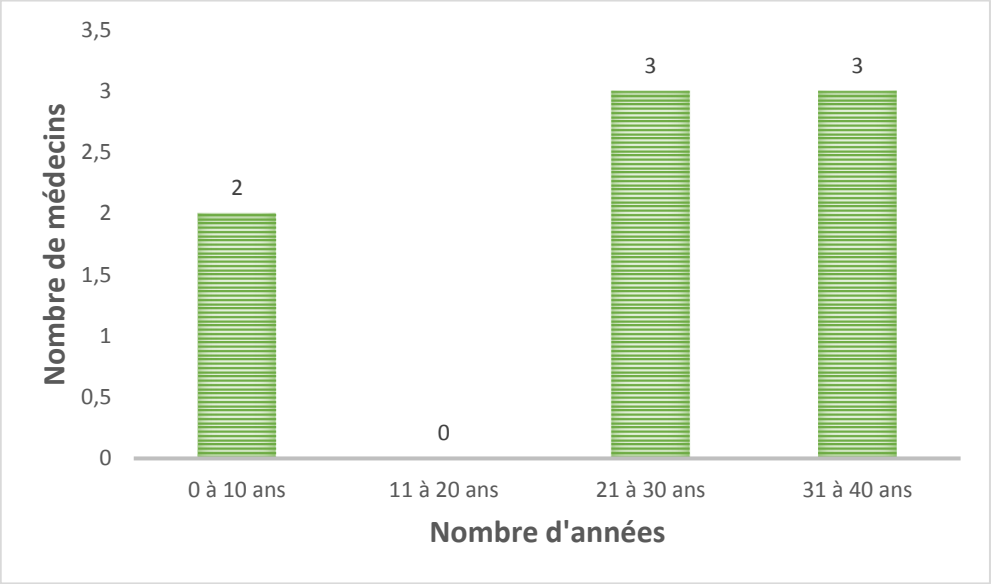
Au total, l'échantillon de médecins généralistes se composait de six hommes (75%) et deux femmes (25%).

Figure N°1 : Répartition des sexes dans l'échantillon des médecins interrogés



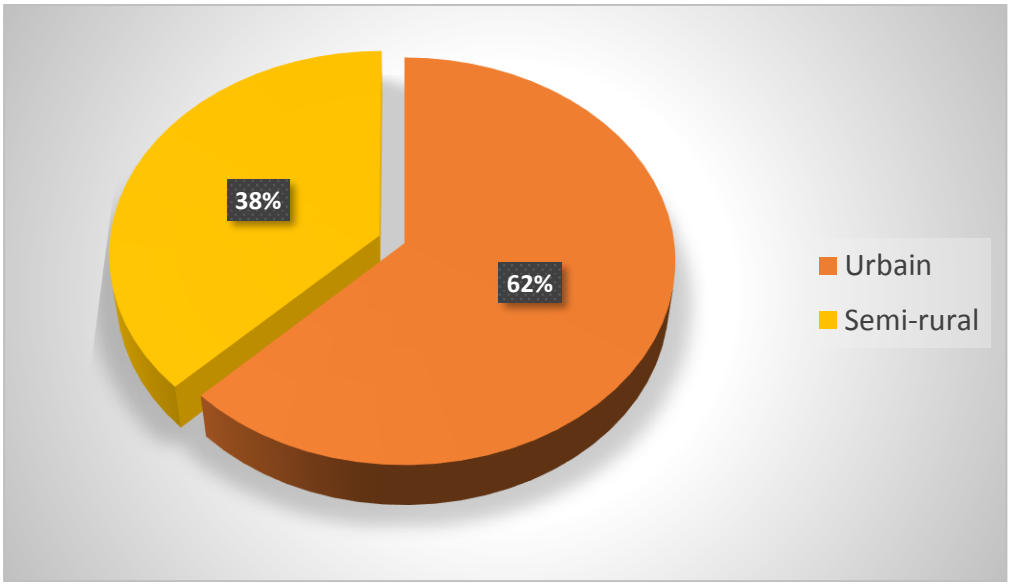
Ils étaient installés depuis 7 à 40 ans en libéral, en moyenne depuis 26 ans.

Figure N°2 : Nombre d'années d'installation en cabinet des médecins interrogés



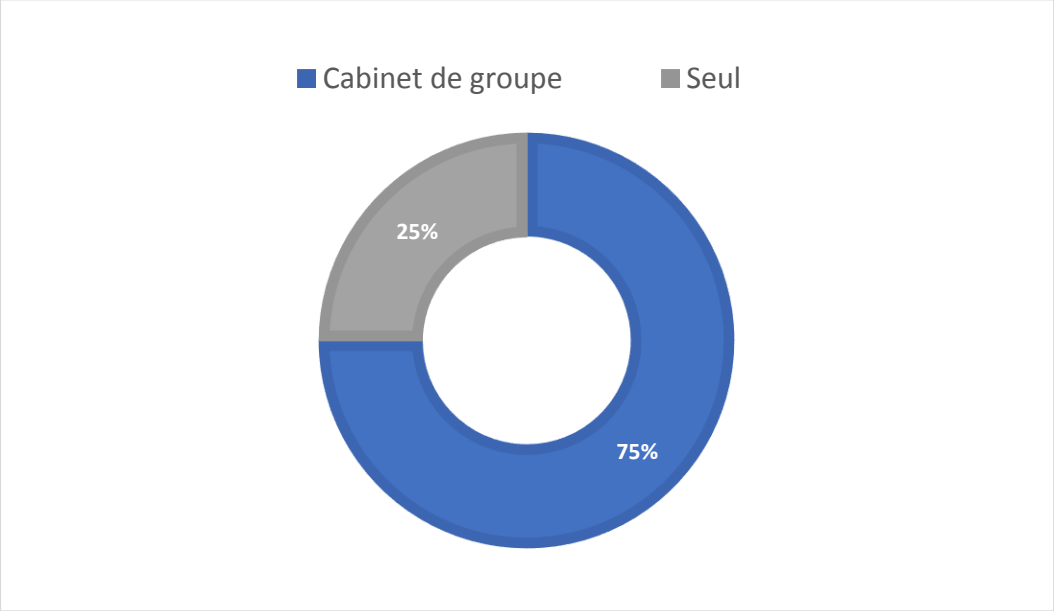
Cinq médecins exerçaient en secteur urbain et trois en semi-rural.

Figure N°3 : Milieu d'installation des médecins interrogés



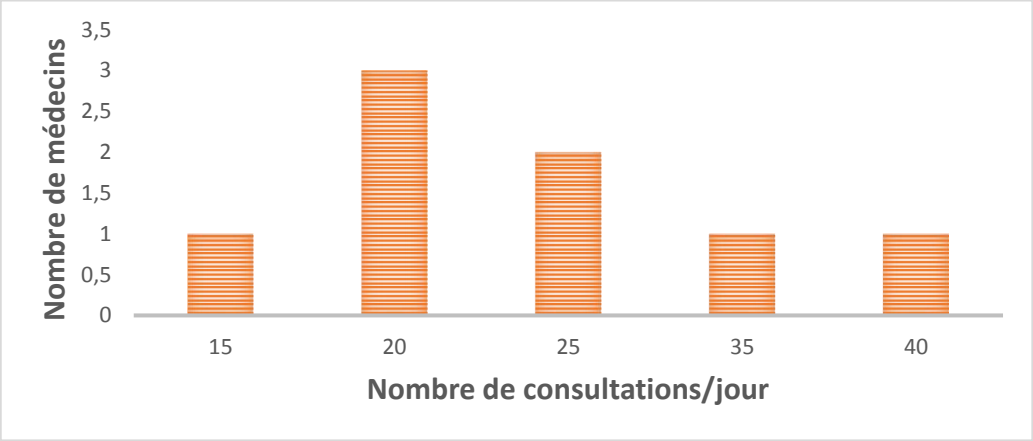
Six médecins exerçaient en cabinet de groupe (75%) et deux étaient installés seuls (25%).

Figure N°4 : Mode d'installation des médecins interrogés



Leur activité globale variait en moyenne entre 15 et 40 consultations journalières, soit en moyenne 21 consultations par jour.

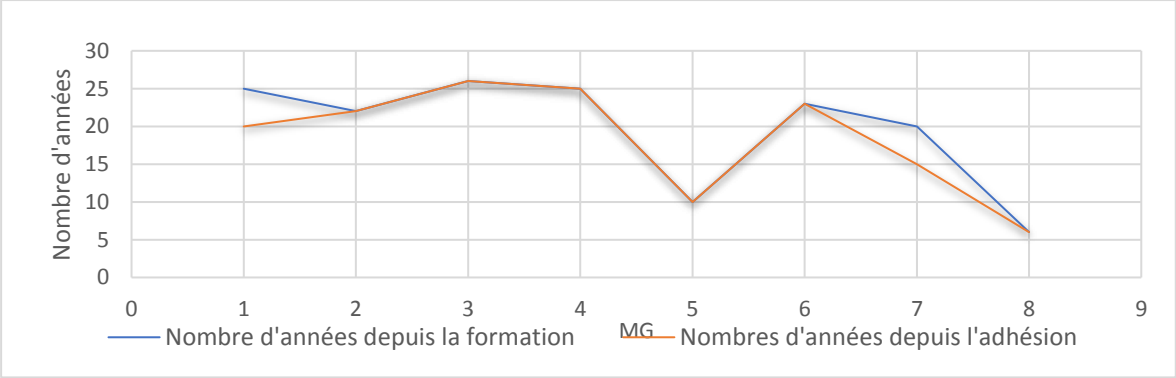
Figure N°5 : Nombre de consultations par jour des médecins de l'échantillon



Tous les médecins avaient suivi la formation approfondie en addictologie de niveau 1 (FA1) [3] proposée par le RESAD, quatre d'entre eux ont précisé avoir également participé à des formations complémentaires de développement professionnel continu (DPC).

L'année de leur formation correspondait pour la plupart d'entre eux à l'année d'adhésion au RESAD. MG1 et MG7 ont adhéré au réseau cinq ans après leur formation.

Figure N°6 : Corrélation entre l'année de formation en addictologie et l'année d'adhésion au RESAD des généralistes interrogé



[3] Le RESAD propose des formations dont certaines sont payantes. L'adhésion n'est pas obligatoire pour y participer. La FA1 est une formation payante de 43 heures d'enseignement réparties sur 6 jours.

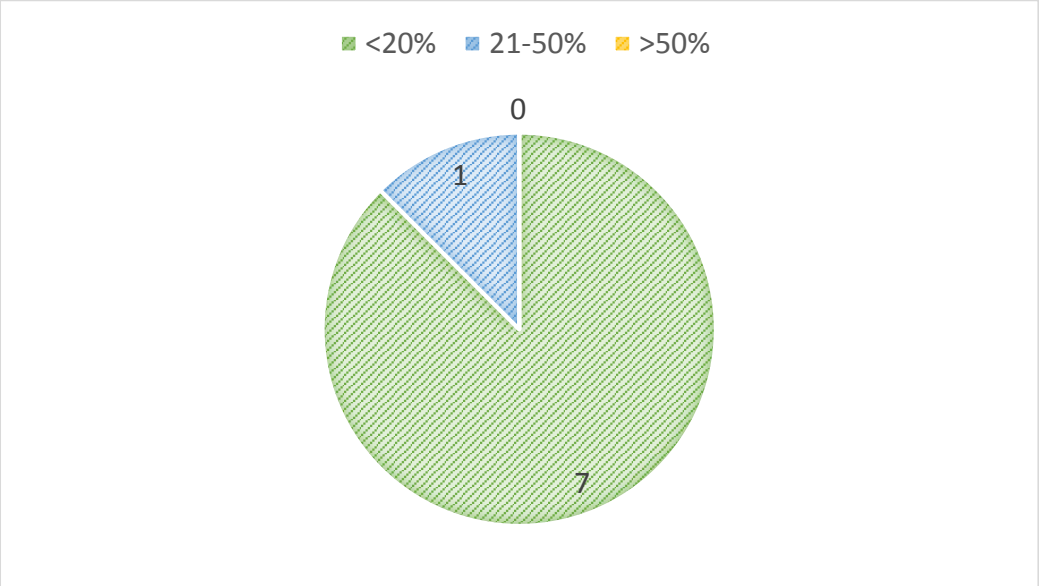
1.2 Leur patientèle

Tableau N°2 : Description de la patientèle des médecins de l'échantillon

PATIENTÈLE :	% 11-25 ans	Adolescents non accompagnés	% Activité en addictologie
MG1	<20%	21-50%	>30%
MG2	<20%	<20%	<10%
MG3	<20%	21-50%	>30%
MG4	21-50%	<20%	10-29%
MG5	<20%	<20% (11-16 ans) >50% (17-25 ans)	<10%
MG6	<20%	>50%	<10%
MG7	<20%	<20%	10-29%
MG8	<20%	>50%	10-29%

Tous les médecins ont déclaré que moins de 20% de leur patientèle avait entre 11 et 25 ans, à l'exception de MG4 pour qui elle était davantage de l'ordre de 21 à 50%.

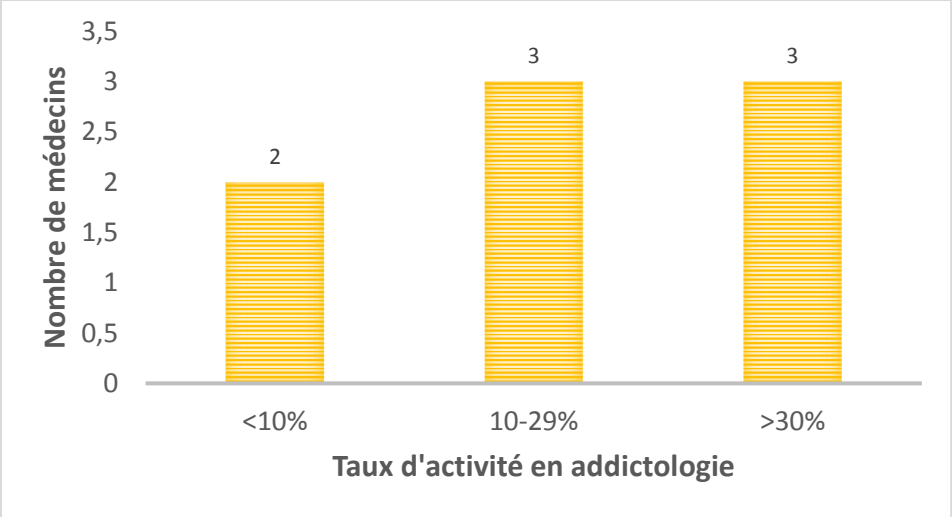
Figure N°7 : Taux d'adolescents parmi la patientèle des médecins interrogés



Parmi ces adolescents, moins de 20% viennent non-accompagnés à la consultation d'après trois médecins, 21 à 50% selon deux médecins, et dans plus de 50% des cas pour deux médecins. MG5 a précisé que cela dépendait de l'âge : dans moins de 20% des cas, les 11-16 ans ne sont pas accompagnés tandis que les 17-25 ans se présentent seuls à la consultation dans plus de 50% des cas.

L'addictologie représentait plus de 30% de l'activité globale pour deux des médecins, elle était équivalente à 10-29% de leur activité pour trois médecins, quant à trois d'entre eux, à moins de 10%.

Figure N°8 : Taux d'activité en addictologie des médecins de l'échantillon



2 - Analyse longitudinale

L'analyse des entretiens a permis un découpage des verbatim en unités thématiques afin de développer le codage axial.

Le plan de l'analyse longitudinale a été établi à partir du guide d'entretien et correspond aux unités thématiques.

Les grilles de codage apparaissent en fonction des unités thématiques et présentent les verbatim correspondant au codage. (annexe N°10)

I. Les déterminants d'appropriation des outils de RPIB et l'intérêt de faire partie d'un réseau

I.1 - La perception de ces médecins

I.1.1 Leur perception du rôle du médecin généraliste (annexe N°10.1)

Lorsqu'on leur demande comment ils perçoivent leur rôle de médecin généraliste envers l'adolescent usager de cannabis,

- Pour deux médecins, il s'agit d'**instaurer une alliance thérapeutique**, en gagnant la confiance et en garantissant le secret médical selon MG2, et en ayant une attitude d'ouverture selon MG1.
- MG5 évoque le **rôle de « dépistage » au sens repérage** du médecin généraliste.
- MG1, MG3, MG5 et MG6 insistent sur leur **rôle de prévention par l'information**.
- MG7 et MG8 parlent du **rôle diagnostique** par le repérage du mal-être de l'adolescent.
- MG3 évoque le **rôle d'orientation**.

I.1.2 Leur perception du repérage (annexe N°10.2)

Ce sont à la fois **l'écoute, l'observation** et **l'interrogatoire** qui aident au repérage.

- Pour la plupart d'entre eux, il s'agit d'**être à l'écoute** de problématiques ou de symptômes pouvant être en lien avec une consommation régulière (MG1, MG3, MG4, MG5, MG6, MG8), et de l'inquiétude parentale (MG1, MG3).
- MG6 et MG7 font référence à **l'observation clinique** de symptômes évocateurs d'intoxication cannabique.
- Le repérage peut se faire par **l'interrogatoire**, soit **systématisé** dans le contexte de l'ouverture du dossier médical (MG3, MG5), soit en questionnant l'adolescent sur les **représentations** qu'il a du cannabis (MG1, MG2).

I.2 Les motivations de ces médecins

I.2.1 Leurs motivations pour se former en addictologie (annexe N°10.3)

- Les motivations à se former extrinsèques au médecin :
  L'épidémie du VIH (MG1, MG3, MG4, MG6, MG7) et les **premières prescriptions de traitements substitutifs aux opiacés (TSO)** (MG4) sont des raisons fréquemment évoquées par les interviewés.

- Les motivations à se former intrinsèques au médecin :
  -Le fait d'**être confronté aux patients**, soit parce qu'ils présentent **un besoin et une demande de soins** (MG3, MG4, MG6, MG7), soit du fait d'une **reprise de patientèle** (MG5, MG8), ou bien si le **lieu d'installation** du cabinet est proche (MG1) ou au contraire éloigné (MG6) d'une structure de soins en addictologie, incite à se former.
  -MG1, MG2 et MG4 ont été motivés à se former sous **l'influence de pairs**.
  -Plusieurs jugeaient **leur formation initiale insuffisante** (MG4, MG5, MG6, MG7).
  -Par **curiosité** pour MG2.
  -**Devenir formateur** en la matière a motivé MG1 et MG3.

- Une raison de se former commune au patient et au médecin : un **bon contact relationnel** avec cette patientèle (MG4, MG7).

I.2.2 Leurs motivations pour adhérer au RESAD (annexe N°10.4)

Les médecins ont souhaité adhérer au réseau essentiellement pour **améliorer la prise en charge** de patients addicts grâce à la **diffusion et au partage d'un savoir commun** en addictologie (MG1), aux **rencontres** avec divers acteurs de soins (MG1, MG2, MG5, MG6, MG7), à la **multidisciplinarité** de la prise en charge (MG1, MG3, MG5, MG6), et grâce à la possibilité **d'élargir l'accès aux soins** par le biais d'actes dérogatoires (MG5).
D'autre part, **par intérêt personnel pour la pratique** ; le réseau est un **outil jugé indispensable** pour la pratique (MG2, MG3, MG4, MG7) car il apporte **une expertise** (MG2), une forme de

protection, de **sécurité** (MG2), un **soutien** (MG2, MG3, MG7, MG8), il permet de **discuter de ses erreurs avec des confrères** et de **se remettre en question** (MG2).

On retrouve l'attirance du réseau par **l'influence des pairs** (MG2, MG5) et le **souhait de se former** (MG2, MG5, MG7, MG8) en tant que facteurs de motivation à se former en addictologie.

Enfin, deux médecins affirment que l'adhésion à ce réseau représentait un acte de **militantisme** pour la **reconnaissance de la médecine générale** (MG3) et contre la **stigmatisation de la communauté toxicomane** notamment lors de l'épidémie du VIH (MG4).

I.3 Les outils en consultation

I.3.1 Les outils de repérage (annexe N°10.5)

a) Les outils et techniques utilisés pour le repérage de consommation de cannabis

Plusieurs moyens permettent au médecin d'aborder le sujet du cannabis.

- Tout d'abord, ils ont **l'outil relationnel**. Il s'agit pour MG2 de ressentir un **feeling,** et d'être dans une **attitude d'alliance thérapeutique** (MG2, MG6).

- Les médecins citent **différentes techniques d'entretien** pour aborder le sujet de la consommation de cannabis comme poser des **questions ouvertes** et avoir une **écoute active** (MG1, MG2, MG4, MG5, MG7), procéder à un **interrogatoire systématisé** (MG1, MG2, MG3, MG5) ou **interroger les représentations** du patient (MG1, MG2), et faire un **entretien « en trois temps »** en consacrant un temps de consultation avec l'adolescent sans les parents (MG2, MG3).

- Plusieurs motifs ou sujets de la consultation représentent de potentielles **portes d'entrée** pour aborder le sujet de la consommation de cannabis : une **symptomatologie** pouvant être en lien avec un usage régulier de cannabis (MG1, MG3, MG4, MG5), la survenue d'un **événement de vie** (MG1, MG8), une consommation de

tabac (MG1, MG4), une demande de **certificat de non contre-indication à la pratique sportive** (MG4, MG5), une **demande parentale** (MG2, MG3, MG4, MG5, MG6, MG8) ou une **injonction de justice** (MG4, MG8).

- MG2 est maître de stage et considère que la **présence d'un jeune interne** en consultation peut faciliter la parole de l'adolescent à ce sujet.
- Il arrive que MG6 ait recours à un **test urinaire** de dépistage du THC.
- MG1 propose parfois la réalisation d'un **relevé de consommation** dans le cadre du repérage.

b) Apports de la formation en addictologie et de l'adhésion au RESAD (annexe N°10.6)

- La formation en addictologie leur a forgé **un nouveau regard sur le patient consommateur de cannabis** en instaurant la notion de **maladie sous-jacente à la consommation** (MG1, MG7), en apportant un **esprit d'ouverture** (MG1, MG3) ; elle leur a permis de **relativiser**, de **sortir des préjugés** (MG1, MG3) et de **ne pas juger l'usager** (MG3).

- Être formé en addictologie munit le praticien d'**outils pour la consultation.**
  La formation a un impact sur son **attitude** face au patient ; il se sent plus **ouvert** (MG1), plus **à l'aise** (MG2, MG5, MG6) et arrive à **dédramatiser** (MG2).
  MG1 souligne que c'est grâce à la formation qu'il arrive à **décrypter des signaux d'alerte** pouvant être liés à un usage problématique.
  La formation les équipe de **connaissances et d'arguments scientifiques** utiles pour la consultation (MG2, MG3, MG5).

- Enfin, le médecin a en tête des **objectifs d'intervention** comme faire de la **prévention secondaire par la réduction des risques** (MG1, MG5), **transmettre de l'information** (MG3, MG5) et **avoir un discours adapté aux connaissances médicales actualisées** (MG4).

I.3.2 Les outils de prise en charge

a) Apports de la formation et du réseau (annexe N°10.7)

La formation et l'adhésion au réseau permettent d'**améliorer la prise en charge du patient**. On retrouve d'ailleurs certains points des motivations qui ont poussé les médecins à s'initier dans cette voie comme le **travail avec une équipe pluridisciplinaire**, avec des **partenaires de confiance** garantissant une **qualité de prestation satisfaisante**, et la possibilité de **prise en charge d'actes dérogatoires**. [4]

Être formé et adhérent au réseau leur permet de **choisir leur degré d'implication dans la prise en charge**, soit **s'investir personnellement**, quitte à être étiqueté « spécialiste » par les confrères généralistes (MG4, MG5), et proposer de **faire de l'intervention brève** sous différentes formes : par **l'évaluation de la motivation de l'adolescent** (MG7), par **relevé de consommation** (MG1), **entretien motivationnel** (MG1) ou **TCC** (MG4, MG7) ; soit en préférant **déléguer la prise en charge** en orientant le patient aux partenaires du réseau (MG3, MG6, MG7).

MG8 n'a pas argumenté cette question car c'est au moment de son changement de pratique d'hospitalière à libérale qu'elle s'est formée en addictologie.

b) Dans quelles situations adresser le patient ? À qui ? (annexe N°10.8)

Les médecins ont tendance à adresser le patient **si l'adolescent** (MG4) **ou les parents** (MG4, MG5, MG8) **en font la demande**, également lorsqu'ils repèrent un **usage problématique** (MG3), ou bien lorsqu'ils **se sentent en difficulté** devant le cas que présente l'adolescent (MG4, MG6). Par exemple devant un **terrain à risque**, si l'adolescent présente plusieurs **facteurs de risque de complication** (MG6)**,** s'il s'agit d'un **jeune adolescent** (MG8), s'il existe un **problème psychiatrique** (MG2, MG4, MG5, MG7)**, familial ou social associé** (MG4, MG5, MG7, MG8).

[4] Le RESAD reçoit des fonds de la part de l'ARS et de mécènes (Fondation de France) qui peuvent être alloués à la prise en charge de 6 consultations de psychothérapie par an par patient.

En fonction du tableau que présente le patient, le médecin peut décider de l'adresser à une **psychiatre** ou à un **psychologue** (MG1, MG2, MG3, MG4, MG5, MG8), au **CMP (ou CMPI)** (MG8)**,** en **thérapie familiale**, en **CJC dans un CSAPA** (MG1, MG3, MG4, MG5, MG7), à la **maison des adolescents** (MG1, MG4, MG5) ou à l'**hôpital** s'il s'agit d'une cure de sevrage (MG7). MG6 adresse à des partenaires du RESAD sans avoir spécifié qui.

II. Lever les freins à la pratique du RPIB

II.1 Les freins rencontrés en pratique

II.1.1 Les freins au repérage (annexe N°10.9)

Parmi les freins au repérage extrinsèques au médecin, on distingue des freins :

- Liés à l'adolescence :

  -**L'âge de l'adolescence** ; selon MG1, le sujet du cannabis est plus difficile à aborder avec un jeune adolescent qu'un jeune adulte car il a moins le réflexe de leur poser la question de l'usage de cannabis, alors que c'est l'inverse pour MG3 ; il abordera plus facilement le sujet avec les jeunes adolescents car jeunes ils sont plus souvent accompagnés de leurs parents qui en parlent à leur place. MG6 trouve que la différence d'âge accentue le rapport d'autorité.

  -**La présence parentale** à la consultation constitue un frein pour MG3, MG5, MG6, MG7.

  -**Le rapport à l'adolescent** peut freiner le repérage du fait d'une **alliance thérapeutique trop faible ou au contraire trop forte** (MG1, MG4, MG6), ou du fait de **ne pas se sentir à l'aise avec l'adolescent** (MG2, MG4, MG6, MG8).

  -Un médecin (MG2) évoque le problème du **rapport de séduction** lorsque l'adolescent et le médecin sont de sexe opposé.

- Liés au produit cannabis : MG4 évoque l'image négative du cannabis qui peut engendrer une honte d'en parler.

- Liés aux outils de repérage validés : **aucun médecin n'utilise les questionnaires spécifiques de repérage** car ils sont jugés inadaptés à la pratique de la médecine générale telle qu'elle s'exerce en France actuellement (MG1, MG3, MG7), il n'y a pas de moment opportun pour en réaliser (MG3).

Parmi les freins intrinsèques au médecin, on identifie des freins :

- Liés à son expérience :
  -**Connaitre ses propres limites professionnelles** (MG2)
  -**Avoir peu d'adolescents dans sa patientèle** (MG2, MG8)
  -**Le manque de temps** (MG1, MG2, MG4, MG7)
  -**La peur d'identifier un problème dont on ne maîtrise pas la prise en charge** (MG1, MG3, MG4, MG5)
  -**Les questionnaires de repérage ne sont pas valorisés par les médecins** qui les jugent trop compliqués, trop longs (MG4), trop lourds, et sont perçus comme inefficaces (MG2, MG7).

II.1.2 Les freins à la prise en charge en réseau (annexe N°10.10)

Parmi les freins à la prise en charge en réseau intrinsèques au médecin, on observe ceux :

- Liés à l'expérience du médecin :
  Par exemple, un **souvenir d'une prise en charge antérieure traumatisante** peut avoir un impact sur la prise en charge actuelle (MG1, MG2), ou bien des **expériences d'échec de prise en charge en réseau**, si le médecin sent que **les attentes de l'adolescent en matière de prise en charge ne sont pas satisfaites** (MG1).
  Par ailleurs, MG2 fait allusion à la **difficulté à rester investi** dans le réseau de façon prolongée, faute de disponibilité.

Parmi les freins à la prise en charge en réseau extrinsèques au médecin, on distingue ceux :

- Liés à l'adolescent qui ne démontre **pas de motivation ou de demande spontanée** de prise en charge (MG3, MG4, MG6).

- Liés au cannabis car il n'existe pas à ce jour de **traitement substitutif spécifique au cannabis** (MG3).
- Liés au réseau, si **l'offre de soins** aux alentours du cabinet est pauvre ou de qualité insatisfaisante (MG7) ; certains médecins dénoncent la **difficulté de travailler avec les CMP** lorsqu'il s'agit d'addictologie (MG6, MG7).

MG8 n'a pas identifié de frein à la prise en charge.

II.2 Les solutions mises en œuvre

II.2.1 La gestion du temps (annexe N°10.11)

En questionnant les médecins sur la gestion du temps, on s'aperçoit que le manque de temps est finalement un **frein relatif**, d'une part parce qu'il **n'est pas spécifique à l'addictologie** (MG1, MG2, MG3) ; il est ressenti de façon variable selon l'expérience du médecin, et d'autre part parce qu'il dépend de la **variabilité de la disponibilité intellectuelle** du médecin lors de la consultation sujette à la subjectivité du médecin (MG1, MG4, MG7). En effet, le médecin peut se sentir plus ou moins disponible en fonction du nombre de patients qui attendent en salle d'attente, de la consultation précédente, du lien qui s'établit avec le patient, et puis on note une part d'irrationnel.
Pour pallier le manque de temps ressenti leur solution est de **s'adapter** à la situation par divers moyens :

- **Prendre le temps nécessaire quitte à prolonger la consultation** (MG1, MG2, MG5, MG6, MG7, MG8),
- **Prévoir une consultation longue en cas de premier contact** (MG2),
- **Séquencer** la consultation (MG1),
- **Reconvoquer** le patient (MG2 MG5 MG7),
- **Orienter** vers une structure spécialisée (MG3 MG7).

II.2.2 La présence des parents (annexe N°10.12)

Deux médecins s'arrangent de la présence des parents en réalisant un **entretien en trois temps** (MG2, MG3). Dès le début de la consultation il est convenu avec les parents et l'adolescent d'un temps avec l'adolescent seul suivi d'un débriefing en fin de consultation en accord avec l'adolescent.

II.2.3 Le rapport à l'adolescent (annexe N°10.13)

Adopter une attitude d'ouverture (MG1), **instaurer un climat de confiance** (MG6), **rappeler la notion de secret médical** (MG2), cela favorise l'alliance thérapeutique nécessaire au repérage et à la prise en charge. Si l'alliance thérapeutique est trop forte, MG2 rappelle à son patient son **droit de changer de médecin traitant**.

DISCUSSION

1. Forces et limites de l'étude

1.1 Les points forts

Le sujet de l'étude

Plusieurs études ont exploré les freins au repérage et à l'intervention brève du côté des adolescents consommateurs et des médecins mais le travail de recherche bibliographique n'a identifié aucune étude qualitative portant sur les outils utilisés en pratique par les médecins généralistes pour parler du cannabis avec leurs jeunes patients. Cette étude alimente les données de la littérature en étudiant le « pourquoi » et le « comment » de leurs motivations à s'impliquer dans ce domaine.

Le type de l'étude

En 2014, l'expertise collective de l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) portant sur les conduites addictives réalise ce constat : il existe peu d'études qui « s'intéressent aux intentions des individus, à leurs motivations, à leurs raisons d'agir » et pourtant « les motivations, les attentes et les représentations sont des déterminants clés des pratiques, d'où la nécessité d'inclure ces variables dans les études ». (32) Cette étude a permis l'expression libre des praticiens. La recherche qualitative contribue à une meilleure compréhension du fonctionnement des sujets et des interactions entre eux. (29)

Le type d'interview

L'étude s'est bâtie sur deux techniques d'entretien différentes, le focus group et les interviews individuelles, ce qui a permis de cumuler les avantages et de pallier les inconvénients propres à chaque méthode. Le focus group a permis d'enrichir les points de vue par la dynamique de groupe, d'éviter le biais de désirabilité sociale, et les interviews individuelles ont permis d'inclure davantage de médecins, notamment ceux installés en zone semi-rurale.

Afin d'éviter le biais dû à l'effet de soumission au groupe (un individu interrogé dans un groupe peut être influencé par les réponses préalables des autres membres, même si celles-ci ne lui conviennent pas), un mot d'introduction au focus group précisait que les avis pouvaient être divergents ou convergents, que cela apportait de la richesse à la conversation (annexe N°11). Lors du debriefing de la séance du focus group entre le modérateur et l'observateur nous avons estimé que le temps de parole des participants avait été équitable, et que chacun s'était pleinement exprimé.

Les médecins du focus group ont manifesté une satisfaction unanime à la suite de la soirée. En effet ce type d'interview permet aux participants de s'enrichir du vécu de la pratique des confrères.

L'analyse en double lecture

La codification des verbatim a bénéficié d'une double lecture, ce qui a permis de croiser plusieurs points de vue et d'objectiver l'analyse des résultats, afin d'éviter le biais d'interprétation et de renforcer la validité interne de l'étude.

1.2 Les points faibles

Les biais liés à l'échantillon

Le lieu de recrutement

L'échantillonnage a été limité en termes de périmètre géographique. En effet les médecins de l'étude étaient installés dans le Vaucluse ou le Gard, et ce pour des raisons logistiques.

La taille de l'échantillon

Dans une étude qualitative, le nombre de personnes inclues est défini par la saturation des données : le fait que le dernier entretien ne fasse plus apparaître de nouvelles données permet de supposer que la compréhension du sujet est complète.

Or, la taille de notre échantillon a plutôt été déterminée par le nombre de volontaires pour participer. Le nombre de 8 participants peut sembler faible au prime abord, mais au regard des critères d'inclusion, il s'agit de 8 médecins sur les 14 formés en addictologie et membres du RESAD, soit plus de 50% des médecins sollicités, ce qui était satisfaisant pour l'analyse.

Les caractéristiques épidémiologiques de l'échantillon

Une grande proportion des médecins étaient installés depuis une trentaine d'années, c'est-à-dire à l'époque de l'épidémie du VIH notamment, et quatre médecins (50%) font partie des pionniers du RESAD. Interroger des profils plus variés aurait peut-être fait émerger d'autres idées. Néanmoins la moyenne d'âge de notre échantillon est représentative de la population des médecins du Vaucluse et du Gard dont la moyenne d'âge est respectivement de 59.2 et 59 ans, soit une majorité de médecins de cette génération. (33)

Seuls les médecins les plus motivés ont répondu positivement à l'invitation à participer à cette étude, induisant donc un biais de sélection.

L'échantillon présente une proportion minoritaire de femmes (25%), ce qui n'est pas représentatif de la moyenne départementale de 44.2% de femmes médecins (formées ou non en addictologie) installées dans le Vaucluse et 43.5% dans le Gard (33).

Le RESAD compte 37 hommes et 38 femmes (médecins et sage-femme confondus), dont font parties 5 femmes et 9 hommes médecins généralistes officiellement formés en addictologie. C'est pourquoi notre échantillon se composait d'une majorité d'hommes. Cependant, la littérature a tendance à montrer que les femmes médecins semblent particulièrement sensibles aux aspects psychosociaux, préventifs et éducatifs. (34)

Les biais liés au sujet de l'étude

La définition de l'adolescence

Les médecins étaient interrogés à propos de leur patientèle âgée de 11 à 25 ans, ce qui représente une large fourchette, souvent partagée en deux par les médecins lors des interviews, en 11-16 ans (les jeunes adolescents) et 17-25 ans (les jeunes adultes), car le déroulement de la consultation est différent pour chaque tranche d'âge, les plus jeunes adolescents étant plus fréquemment accompagnés de leurs proches. Peut-être aurait-il fallu resserrer cette fourchette.

Pourquoi cet âge cible alors que l'OMS définit l'adolescence entre l'âge de 10 et 19 ans ? La définition de l'adolescence n'est pas univoque. Nous avons choisi cette plus large tranche d'âge car elle correspond à la population à laquelle sont ouvertes les CJC. En outre, le développement cérébral se produit jusqu'à 25 ans (21), et les études mettent en évidence qu'au-delà de 25 ans le taux de consommation a tendance à baisser. (10)

Les biais liés à la méthodologie des entretiens

La durée des entretiens

Il existe une inégalité des entretiens par leur durée et leur contenu plus ou moins riche (annexe N°8). La durée de l'entretien par focus group avait été fixée à 2h30 maximum afin de laisser à chacun le temps de s'exprimer tout en encadrant la durée de l'interview pour qu'elle ne se prolonge pas trop tard. Il a duré 2h20 soit en moyenne 28 minutes par médecin. La durée des entretiens individuels n'était pas prédéterminée, de fait ces entretiens ont duré moins longtemps, ce qui met en évidence l'avantage de la discussion en focus group qui favorise des réponses plus développées.

La construction du guide d'entretien

Concernant la levée des freins rencontrés, seule la gestion du temps était explicitement questionnée ; il n'a pas été demandé comment les autres freins étaient gérés. Le guide d'entretien a été construit avant d'établir le plan d'analyse en unités thématiques. Hormis la problématique du temps, fréquemment décrite dans différente études, il aurait été intéressant d'ajouter une question ouverte explorant de possibles techniques de parade aux freins rencontrés. Néanmoins, les médecins ont spontanément évoqué des solutions telles que l'entretien en trois temps avec les parents ou l'alliance thérapeutique. De plus, établir un plan d'analyse avant la réalisation des entretiens aurait pu orienter les questions et induire un biais de confirmation d'hypothèse.

2. Discussion des principaux résultats

2.1 L'échantillon

La plupart des médecins interrogés était installée en cabinet de groupe, ce qui peut refléter leur tendance à travailler à plusieurs.

L'année de leur formation correspondait pour la plupart à leur année d'adhésion au RESAD, ce qui peut signifier que la formation motive à adhérer au RESAD ou bien qu'il s'agît de deux éléments complémentaires pour la pratique. Précisons que le RESAD a été officiellement créé en 2001, mais certains médecins ont déclaré avoir adhéré antérieurement, peut-être parce

qu'il existait déjà des filières correspondant à une ébauche du futur réseau.

Ils réalisaient en moyenne 21 consultations par jour, ce qui est conforme à la moyenne nationale de 22 consultations quotidiennes qu'indique le Conseil de l'Ordre des médecins. (35)

Les médecins généralistes interrogés n'étaient pas particulièrement experts de l'addictologie et de l'adolescent, ce qui peut indiquer que le RPIB chez l'adolescent usager de cannabis est applicable à la pratique de tout médecin généraliste. En effet, pour une majorité des médecins, l'addictologie représentait moins de 30% de leur activité et la plupart n'ont reçu que la formation approfondie de base. De même, les adolescents ne représentaient pas une grande proportion de leur patientèle, et cette proportion recoupe le fait que les adolescents consultent peu : le médecin généraliste voit environ un adolescent par jour, 75 % des adolescents voient un médecin dans l'année, les adolescents consultent 2,1 fois par an en moyenne pour les garçons et 2,5 pour les filles (36).

2.2 Les déterminants d'appropriation des outils de RPIB

Le rôle du médecin généraliste

Les médecins généralistes interrogés ont bien intégré leur rôle d'intervenant de soins de premier recours vis-à-vis du cannabis, notamment en termes de prévention, d'information, de repérage, de diagnostic et d'orientation. Or, d'après la revue de la littérature internationale sur l'usage problématique du cannabis d'Ivana Obradovic, « une partie non négligeable des médecins généralistes considère que leur rôle de prévention de l'usage de cannabis ne va pas de soi : seuls 11 % estiment que ce type de repérage fait partie de leur rôle. Cette carence dans le repérage semble tenir à trois facteurs principaux : le sentiment des médecins généralistes d'être insuffisamment formés aux questions liées au cannabis ; leurs doutes quant à l'acceptabilité et l'efficacité de leur action ; l'absence d'instruments de repérage validés et diffusés en France. » (10)

Nos résultats confortent l'hypothèse qu'être formé et faire partie d'un réseau de soins favorisent la pratique du RPIB, car les médecins s'approprient un rôle dans cette démarche.

Des motivations pour se former génération-dépendantes

Ces médecins ont jugé utile de se former à l'addictologie faute d'un bagage de connaissances initial suffisant en la matière, parce que la demande de soins des patients addicts est devenue récurrente dans leur pratique. Un frein s'est transformé en motivation.

Plusieurs des médecins interrogés ont spontanément parlé d'autres substances que le cannabis, telles que le tabac, l'alcool, l'héroïne et la cocaïne. Leur attrait pour l'addictologie s'est constitué au travers de différents types de consommateurs. Ce sont l'épidémie du VIH, l'apparition des traitements de substitution aux opiacés vers les années 1990, soit pour la plupart de ces médecins au début de leur activité, qui les ont fait s'intéresser au domaine de l'addictologie, discipline qui a émergé à cette époque. Les connaissances sur l'usage du cannabis en ont découlé.

L'échantillon ne comporte que deux médecins installés depuis 10 ans ou moins (MG5 et MG8). On peut observer que leurs réponses se démarquent des autres s'agissant des motivations pour se former en addictologie ou adhérer au réseau dans le sens où ils ne parlent pas de l'épidémie du VIH ni de militantisme mais plutôt d'assumer la reprise d'une patientèle.

L'addictologie est une spécialité récente en pleine émergence. Les représentations évoluent, et de nouveaux concepts apparaissent tels que la réduction des risques et des dommages. La réduction des risques est une démarche de santé publique qui tend à limiter les risques liés à la consommation de substances psychoactives sans nécessairement avoir comme premier objectif le sevrage et l'abstinence. (37)

C'est en 1999 que naît le DESC d'addictologie, marquant la reconnaissance officielle de cette discipline. Aujourd'hui, le programme universitaire de médecine enseigné durant l'externat comporte 7 items d'addictologie :

Item 69. Troubles des conduites alimentaires

Item 73. Addiction au tabac

Item 74. Addiction à l'alcool

Item 75. Addiction aux médicaments psychotropes (benzodiazépines et apparentés)

Item 76. Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse

Item 77. Addictions comportementales

Item 78. Dopage

Il existe par ailleurs des formations complémentaires (DU, DIU).
Il se peut que la formation des générations de médecins à venir les prépare mieux à intégrer cette discipline à leur pratique courante.

Des outils de repérage intégrés

Le repérage de l'usage de cannabis passe par l'observation, l'écoute et l'interrogatoire du patient. Quand on leur demande explicitement s'ils utilisent des outils de repérage et lesquels, les médecins restent interrogateurs face à la question. En réalité, sans en être conscients, ils ont intégré à leur pratique des outils de repérage validés tels que l'adoption d'une attitude favorisant l'alliance thérapeutique (notamment grâce à l'acquisition d'un nouveau regard sur ces consommateurs), le repérage systématique à l'ouverture du dossier médical, l'utilisation de différentes méthodes d'entretien, la vigilance devant la présence de facteurs de risque et de vulnérabilité d'usage problématique quand il s'agit de faire un repérage ciblé, et parfois un dosage en milieu biologique.

On constate en faisant le parallèle avec les motivations et les freins des adolescents pour parler du sujet décrits dans de précédentes études (13) que finalement ces médecins utilisent des outils qui favorisent la parole avec l'adolescent tels que le rappel du secret professionnel, la relation de confiance, l'alliance thérapeutique ; et des outils qui pallient les freins comme le fait d'être à l'aise avec le sujet, d'avoir des connaissances scientifiques à transmettre, d'adopter une attitude d'ouverture d'esprit qui va diminuer la crainte du jugement, dédramatiser, éviter la moralisation, et adapter sa disponibilité.
On observe que la plupart de ces outils ont été acquis grâce à la formation qu'ils ont reçue en addictologie.

2.3 L'intérêt de faire partie d'un réseau

Un réseau formateur et militant

On observe une corrélation entre les motivations à adhérer au RESAD et les intérêts trouvés d'en faire partie. Le RESAD constitue un moyen de se former, et le travail en réseau s'avère être un outil indispensable pour offrir une prise en charge optimale aux patients. En effet, il ne s'agit pas de traiter une consommation mais un mal-être dans un contexte, grâce à une

prise en charge globale pluridisciplinaire. De plus, le réseau permet de fortifier et d'actualiser ses connaissances en addictologie, de se sentir protégé et soutenu devant des cas complexes. Les médecins installés depuis une trentaine d'années et qui font partie des pionniers fondateurs du RESAD mettent en avant le rôle de militantisme du réseau. Le réseau peut jouer un rôle pour défendre des causes comme le droit d'accès au soin des patients toxicomanes.
Que ce soit pour se former en addictologie ou adhérer au réseau, certains médecins ont été motivés sous l'influence de pairs initiés. D'après une étude sur le travail en réseau, un consensus semble exister sur les bienfaits du travail en réseau, de la coordination, d'une approche globale des soins mais les réseaux qui fonctionnent systématisent des liens entre médecins qui existaient déjà, plus qu'ils ne les créent. (38) Il serait intéressant d'étudier comment rendre le travail en réseau de santé attractif auprès d'une population plus large de médecins.

Une aide à l'orientation grâce au réseau

Grâce à son panel de connaissances en addictologie et des moyens de prise en charge, le médecin est libre de s'impliquer plus ou moins personnellement. Selon les outils dont il dispose, il peut pratiquer une technique d'intervention brève, ou bien orienter le patient vers une structure spécialisée, notamment s'il repère un usage problématique ou des facteurs de risques de vulnérabilité comme un terrain à risque, ou une situation complexe familiale ou psycho-sociale.

2.4 Les obstacles persistants

Parmi les freins identifiés au repérage et à la prise en charge, intrinsèques et extrinsèques au médecin, on distingue ceux qui sont modifiables et ceux éventuellement non modifiables par le médecin lui-même.

Tableau N°3 : Résumé des freins décrits au repérage et à la prise en charge décrits par les généralistes interrogés

FREINS	DU MEDECIN	MODIFIABLES	NON MODIFIABLES
Au repérage	Extrinsèques	Présence parentale Rapport à l'adolescent	Age de l'adolescent Image négative du cannabis Questionnaires mal adaptés à la pratique
	Intrinsèques	Suivre peu d'adolescents Crainte d'identifier un problème dont on ne maîtrise pas la prise en charge Mauvaise valorisation des questionnaires de repérage Manque de temps Limites professionnelles	
A la prise en charge	Extrinsèques	Absence de motivation ou de demande de prise en charge par l'adolescent Difficulté à travailler avec les CMP	Absence de traitement substitutif au cannabis Manque d'offre de soins aux alentours
	Intrinsèques	Difficulté d'investissement prolongé dans le réseau Séquelles d'un traumatisme de prise en charge	Expériences de prise en charge traumatisante ou d'échec de prise en charge

Dans notre étude, les freins liés au manque de formation et à la méconnaissance des moyens de prise en charge ont été levés par les critères d'inclusion.

Les autres freins décrits dans la littérature que l'on retrouve également dans notre étude sont ceux liés à la relation médecin-patient, au rapport à l'adolescent, à la présence parentale, et à l'image négative du cannabis. Le sujet du ressenti du manque de temps est abordé plus loin. L'aspect illégal du cannabis et le manque d'intérêt pour le sujet n'ont pas été évoqués.

Par ailleurs de nouveaux freins ont été mis en lumière, tels que suivre peu d'adolescents en consultation, craindre d'identifier un problème dont on ne maîtrise pas la prise en charge, connaître ses limites professionnelles, l'absence de traitement substitutif au cannabis, la mauvaise valorisation des questionnaires de repérage, avoir de mauvais souvenirs de prise en charge, la difficulté à travailler avec certains CMP, le manque d'offre de soins aux alentours du cabinet, ou la difficulté d'investissement prolongé dans le réseau.

2.5 Les solutions pour lever les freins décrits au RPIB

Les freins modifiables par le médecin

Lors des entretiens, les médecins s'adaptent aux problématiques qu'ils rencontrent. Ils décrivent les solutions qu'ils ont trouvées pour pallier certains de ces freins comme :

-gérer le ressenti du manque de temps (certains prolongent la consultation, tandis que d'autres séquencent la consultation, reconvoquent ou orientent le patient),

-intégrer la présence des parents (en proposant un temps d'entretien seul avec l'adolescent),

-adapter son rapport à l'adolescent, variable selon l'alliance thérapeutique instaurée : soit trop faible, il s'agit alors d'adopter une attitude d'ouverture, d'écoute attentive ; ou bien au contraire trop forte (lorsque le médecin et le patient se connaissent depuis longtemps par exemple), un des médecins propose à l'adolescent de changer de médecin traitant. L'emploi du vouvoiement qui n'a pas été évoqué ici pourrait aussi être une façon de marquer une évolution dans la relation au patient.

En ce qui concerne les autres freins modifiables nommés, les médecins n'ont pas précisé s'ils avaient tenté des façons de les contourner. Il serait intéressant de développer ce sujet.

Les freins éventuellement non modifiables par le médecin

Un des outils validés qui n'a pas été intégré à leur pratique concerne les questionnaires standardisés de repérage. Aucun des médecins interrogés n'utilise les questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques de cannabis. D'ailleurs d'après la revue de la littérature internationale d'Ivana Obradovic, seuls 2 % des médecins généralistes les utilisent. (10)

Les médecins en ont la connaissance mais trouvent que leur utilisation est inadaptée à la pratique en cabinet telle qu'elle est à ce jour en France. Ils pensent que si ces questionnaires étaient soumis aux patients en amont de la consultation, ils pourraient être plus souvent employés. Face à ce constat de dévalorisation des questionnaires, on est en mesure de se demander si les questionnaires, notamment le CAST, questionnaire le mieux validé en France (annexe N°4), sont mis en valeur lors des formations. Leur utilisation à l'oral serait peut-être plus envisageable, sans nécessairement cocher les réponses par écrit. Aussi, on peut imaginer que pour un médecin généraliste non sensibilisé au RPIB de la consommation de cannabis, cet outil simple d'utilisation peut s'avérer utile.

Par ailleurs, on peut se demander si l'absence de traitement de substitution au cannabis représente un réel frein à la prise en charge, car la dépendance au cannabis est essentiellement psychique. Il existe des traitements symptomatiques (anxiolytiques, sédatifs, antidépresseurs, antalgiques) aux symptômes du syndrome de sevrage au cannabis défini par le DSM-V présentés en annexe N°11. Il est intéressant de remarquer qu'aucun des médecins interrogés n'a évoqué une quelconque prise en charge médicamenteuse, même symptomatique, hormis pour préciser qu'il n'existait pas de traitement substitutif au cannabis. En revanche, ils insistent sur l'importance du relationnel avec l'adolescent, telle une relation thérapeutique.

L'âge de l'adolescent peut poser soucis. Les médecins jugent difficile d'aborder le sujet du cannabis avec les jeunes adolescents de moins de 16 ans du fait de la présence des parents à cet âge ou parce qu'ils n'y pensent pas devant les plus jeunes. Or l'âge de début de consommation se situe en moyenne à 15 ans en France (9) . Il n'existe pas à ce jour de recommandation fixant l'âge cible du repérage du cannabis.

Concernant le manque d'offres de soins, celle-ci varie selon le lieu d'exercice. Il existe à ce jour 540 CJC réparties sur le territoire français métropolitain et outre-mer (on en comptait 300 au début de leur création en 2004) (41), dont 10 dans le Vaucluse et 10 dans le Gard. Le site www.drogues-info-service.fr permet de les localiser. (42)

Les expériences négatives vécues par le médecin ne sont, par définition, pas modifiables mais la représentation qu'il s'en fait et les séquelles qu'il en garde le sont.

Un des freins cités est la mauvaise image perçue du cannabis en France.
Une enquête publiée en 2010 par l'OFDT s'est intéressée à l'évolution de l'opinion publique vis-à-vis notamment du cannabis. Le cannabis est perçu par 62% des interrogés comme un danger pour l'entourage, 85% sont opposés à la mise en vente libre du cannabis, 70% sont favorables à l'autorisation de son usage sous certaines conditions, 74% adhèrent à la « théorie de l'escalade » (c'est-à-dire que sa consommation pousse à tester des substances de plus en plus psychotropes). (39)

Or, l'enquête ARAMIS publiée en 2017 qui interroge des adolescents au sujet de leur représentation de l'usage de drogues montre qu'« à rebours de la disgrâce frappant la cigarette, une représentation plus équivoque se dessine autour du cannabis. « Plaisant » dès la première prise, « convivial », celui-ci bénéficie d'une image positive et « dédramatisée ». » (40)

L'image du cannabis n'est donc pas négative pour tout le monde, et ce probablement à cause d'un défaut ou d'une déformation d'information de la population générale, dans un sens comme dans l'autre.

La rapide fermeture des officines commercialisant des produits à base de CBD avec un taux de THC inférieur à 0.2% qui avaient pourtant eu du succès dès leur ouverture en 2018 suggère que la législation vis-à-vis du cannabis a besoin d'être clarifiée.

Il serait intéressant de connaître la place du médecin généraliste à l'étranger dans les pays où la consommation de cannabis est plus tolérée sur le plan légal, et l'impact des différentes règlementations sur les usages du cannabis, notamment l'usage thérapeutique.

CONCLUSION

L'objectif principal de cette étude était de mettre en lumière les déterminants de l'appropriation des outils de repérage et de prise en charge des adolescents usagers de cannabis par les médecins généralistes.

La recherche qualitative a permis d'interroger le vécu de praticiens compétents dans ce domaine.

Leur formation en addictologie du moins basique, et leur appartenance à un réseau de soins en addictologie leur fournissent toute une batterie d'outils de savoir, de savoir-faire et de savoir-être, utiles pour l'application du RPIB dans leur pratique de routine.

C'est au gré de rencontres de patients en demande de soin et de confrères initiés, faute d'un bagage de connaissances suffisant, et afin d'accomplir ce qu'ils estiment faire partie de leur rôle de médecin traitant, qu'ils ont voulu perfectionner leur savoir en addictologie. Faire partie du RESAD s'est imposé comme un complément nécessaire pour accéder à une prise en charge pluridisciplinaire et optimale pour leurs patients.

Nous avons mis en évidence que la recherche d'une consommation nocive de cannabis se base en réalité sur le dépistage du mal-être de l'adolescent. L'objectif d'un tel repérage dépasse donc largement le champ des addictions.

Ces médecins formés en addictologie ont intégré des outils de repérage qu'ils appliquent spontanément. Ils utilisent l'outil relationnel, plusieurs techniques d'entretien, le repérage systématique à l'ouverture de dossier ou à des moments stratégiques comme la rédaction des certificats sportifs, le repérage ciblé devant certains symptômes ou la présence de facteurs de risque d'usage problématique et de vulnérabilité, et parfois un dosage du THC en milieu biologique.

L'utilisation d'un questionnaire de repérage préétablit présente peu d'intérêt pour eux car ils se sentent suffisamment à l'aise sur le sujet pour faire du repérage en consultation et connaissent les situations et les structures adéquates où orienter le patient.

Lorsque le médecin repère une situation qu'il juge à risque, la prise en charge thérapeutique repose davantage sur le relationnel, l'information, l'intervention brève et l'orientation que sur des prescriptions médicamenteuses.

Bien que certains freins au repérage de l'usage de cannabis chez l'adolescent persistent, liés notamment à la complexité que représente la période de l'adolescence, ces freins, pour la plupart, ne sont pas spécifiques de l'addictologie mais plutôt de la pratique de la médecine générale. La principale solution évoquée est l'adaptation du médecin par différents moyens, à la situation que la consultation présente.

Notre échantillon comprenait une grande proportion de médecins pionniers d'une génération qui a vu naitre l'addictologie. L'addictologie est une discipline récente, ce qui explique que tous les médecins ne soient pas à l'aise dans ce domaine. Les représentations évoluent, et de nouveaux concepts apparaissent tels que la réduction des risques et des dommages. Il se peut que la formation des générations de médecins à venir les prépare à intégrer davantage cette discipline à leur pratique courante. Il est important de former en nombre les généralistes, en formation initiale et en formation continue, afin d'améliorer la prise en charge des adolescents et de prendre soin du capital santé de ces adultes en devenir.

ANNEXES

Annexe 1 : Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive selon la classification CIM-10 (43)

Usage nocif
Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé.
Les complications peuvent être physiques ou psychiques.
Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic. On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives. L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.

Dépendance
Le syndrome de dépendance consiste en un ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation d'une substance psychoactive spécifique ou d'une catégorie de substances entraîne un désinvestissement progressif vis-à-vis des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance correspond à un désir (souvent puissant, parfois compulsif) de boire de l'alcool, de fumer du tabac ou de prendre une autre substance psychoactive (y compris un médicament prescrit). Au cours des rechutes, c'est-à-dire après une période d'abstinence, le syndrome de dépendance peut se réinstaller beaucoup plus rapidement qu'initialement. Pour un diagnostic de certitude, au moins trois des manifestations suivantes doivent habituellement avoir été présentes en même temps au cours de la dernière année :

1. désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psychoactive,

2. difficultés à contrôler l'utilisation de la substance (début ou interruption de la consommation ou niveaux d'utilisation),

3. syndrome de sevrage physiologique quand le sujet diminue ou arrête la consommation d'une substance psychoactive, comme en témoignent la survenue d'un syndrome de sevrage caractéristique de la substance ou l'utilisation de la même substance (ou d'une substance apparentée) pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage,

4. mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance psychoactive : le sujet a besoin d'une quantité plus importante de la substance pour obtenir l'effet désiré,

5. abandon progressif d'autres sources de plaisir et d'intérêts au profit de l'utilisation de la substance psychoactive, et augmentation du temps passé à se procurer la substance, la consommer, ou récupérer de ses effets,

6. poursuite de la consommation de la substance malgré la survenue de conséquences manifestement nocives. On doit s'efforcer de préciser si le sujet était au courant, ou s'il aurait dû être au courant, de la nature et de la gravité des conséquences nocives.

Annexe 2 : Critères du trouble de l'usage du cannabis selon le DSM-V (10)

Mode d'utilisation inapproprié d'une substance entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif. Elle se manifeste par l'apparition d'au moins deux des signes ci-après sur une période de douze mois :

1. Usage répété conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école, ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'usage de cannabis, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2. Usage répété dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine sous l'influence de cannabis).

3. Usage malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du cannabis (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'usage, bagarres).

4. Tolérance (ou accoutumance), définie par l'un des symptômes suivants :
(a) besoin de quantités notablement plus fortes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
(b) effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.

5. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
(a) syndrome de sevrage caractéristique du cannabis (voir encadré 7) ;
(b) la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

6. Le cannabis est souvent pris en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu.

7. Efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage de cannabis.

8. Beaucoup de temps est passé à des activités liées au cannabis (pour en obtenir, en consommer ou récupérer de ses effets).

9. Des activités (sociales, professionnelles ou de loisirs) importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'usage de cannabis.

10. Poursuite de l'usage de cannabis malgré la conscience des problèmes psychologiques ou physiques qu'il engendre.

Lecture :
Trouble d'utilisation de l'usage du cannabis : 2 critères ou plus
Trouble léger : 2–3 critères ;
Trouble modéré : 4–5 critères ;
Trouble sévère : 6 critères ou plus.

Annexe 3 : Dosages du THC en milieux biologiques (INSERM 2001)

	Délai maximum de détection	**Domaine d'intérêt**
Urine	Consommation occasionnelle : 2 à 7 jours	Dépistage d'une consommation
Salive	Consommation régulière : 7 à 21 jours Consommation récente : 2 à 10 heures	Dépistage d'une consommation peu récente
Sueur	Très variable	Peu d'intérêt
Cheveux	Infini	Révélation et suivi d'un usage régulier
Sang	2 à 10 heures	Confirmation, identification, dosage

Annexe 4 : Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test) (44)

Évaluer sa consommation de cannabis

« Ce test doit vous permettre d'évaluer rapidement et par vous-même votre consommation de cannabis. Il ne s'agit pas d'un diagnostic mais si votre score est supérieur ou égal à 7 vous rencontrez très probablement des problèmes liés à votre consommation »

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fumé du cannabis ?

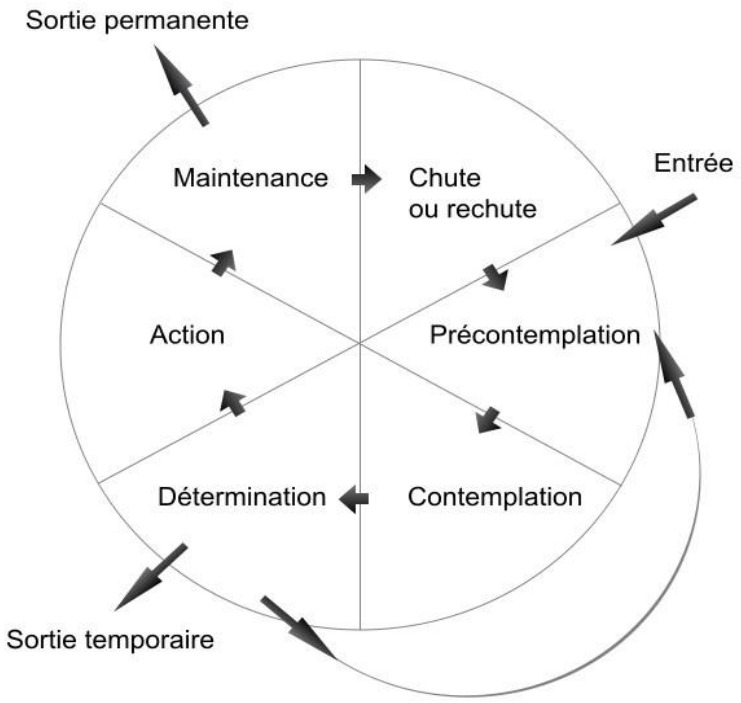
☐ Non

☐ Oui

Au cours des 12 derniers mois… *Une seule réponse par ligne*	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
Score	0	1	2	3	4
1 Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?	☐	☐	☐	☐	☐
2 Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous êtiez seul(e) ?	☐	☐	☐	☐	☐
3 Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	☐	☐	☐	☐	☐
4 Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	☐	☐	☐	☐	☐
5 Avez-vous essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?	☐	☐	☐	☐	☐
6 Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école…) ?	☐	☐	☐	☐	☐
Nombre de réponse(s)	_ x 0 +	_ x 1 +	_ x 2 +	_ x 3 +	_ x 4
			Total		

Annexe 5: Cycle de Prochaska et Di Clemente (45)

Théorie de changement comportemental basée sur des étapes qui correspondent aux différents stades de changements de la personne consommatrice.
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. (46)



Annexe 6 : Critères de sevrage au cannabis proposés dans le DSM-V (10)

A. Arrêt d'une utilisation de cannabis qui a été massive et prolongée
B. Au moins trois des manifestations suivantes se développant dans les jours suivant le critère A :
- irritabilité, colère ou agressivité ;
- nervosité ou anxiété ;
- insomnie ;
- baisse d'appétit ou perte de poids ;
- agitation,
- humeur dysphorique ou dépressive ;
- symptômes somatiques entraînant une souffrance cliniquement significative : au moins un des symptômes suivants (douleur épigastrique, tremblements, sueurs, fièvre, frissons, céphalées).
C. Les symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
D. Ces symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Annexe 7 : Auto-questionnaire descriptif anonyme

Partie I : VOUS PRESENTER

- Depuis combien d'années êtes-vous installé en cabinet ?

- Dans quel milieu exercez-vous ?
  -urbain
  -semi rural
  -rural

- Quel est votre mode d'installation ?
  -seul(e)
  -en cabinet de groupe
  -en maison de santé pluridisciplinaire

- Combien de consultations faites-vous environ par jour ?

- Quelle formation en addictologie avez-vous reçue ?

- De quand date cette formation ?

- Depuis combien de temps êtes-vous adhérent au RESAD ?

Partie II : VOTRE PATIENTELE

- Quelle est la proportion des 11-25 ans au sein de votre patientèle ?

- Moins de 20 %
- De 21 à 50%
- Plus de 50%

- Parmi cette population, quelle est la proportion de ceux qui consultent sans être accompagnés d'un parent ?

- Moins de 20 %
- De 21 à 50%
- Plus de 50%

- Quelle proportion de votre activité occupe l'addictologie (toutes substances et âges confondus) ?

-Moins de 10% des consultations
-De 10 à 29% des consultations
-Plus de 30% des consultations

Partie III : VOTRE SATISFACTION (seulement pour le focus group)

- Quel est votre niveau de satisfaction de participation ?

-Très satisfaisante
-Satisfaisante
-Peu satisfaisante
-Non satisfaisante

Annexe 8 : Guide d'entretien

1) **Concernant l'appropriation des outils de repérage :**

-Comment percevez-vous votre rôle en tant que médecin généraliste vis-à-vis des adolescents, et plus particulièrement de ceux qui consomment du cannabis ?
-Selon vous en quelques mots qu'est-ce que le repérage ?
-Quelles ont été vos principales motivations à vous former à l'addictologie et/ou au RPIB ?
-Comment cette formation a-t-elle changé votre pratique vis-à-vis des adolescents consommateurs de cannabis ?
-Quelles techniques, quels outils utilisez-vous pour le repérage ? Quels sont ceux que vous n'utilisez pas ? Quels sont ceux que vous avez déjà employé mais que vous n'utilisez plus ? Pourquoi ?
-Quels freins au repérage pouvez-vous encore parfois rencontrer ? Dans quelles circonstances vous êtes-vous senti démuni ?
-Comment faites-vous pour gérer le temps de consultation ?

2) **Concernant le réseau :**

-Quelles ont été vos principales motivations initiales à adhérer au RESAD ?
-Quels intérêts y trouvez-vous ?
-Dans quelles situations avez-vous tendance à adresser le patient à une structure du réseau ?

3) **Synthèse de la discussion**

Etes-vous d'accord avec cette synthèse ?
Avez-vous des rectifications ou d'autres idées à ajouter ?

Annexe 9 : Date et durée des entretiens

Interview	Médecins	Date	Durée
Focus group	MG1 MG2 MG3 MG4 MG5	18/04/18	2h20
Interview individuelle	MG6	24/04/18	16 minutes
	MG7	27/04/18	13 minutes
	MG8	27/04/18	8 minutes

Annexe 10 : Tableaux de codification des verbatim

I. Les déterminants d'appropriation des outils de RPIB

I.1 La perception de ces médecins

I.1.1 Leur perception du rôle de médecin généraliste (annexe 10.1)

CITATIONS	CODAGE
MG2 : *« après si on gagnait la confiance du jeune en redisant un peu le rôle du secret médical quoi, gagner la confiance. Parce que c'est souvent le médecin de famille donc moi je leur ouvre toujours une porte en disant qu'ils peuvent aussi changer de médecin traitant, pas forcément me choisir, comme je suis celui des parents, peut-être qu'ils peuvent changer pour avoir une ouverture » / « nouer le lien thérapeutique avec les jeunes »* MG1 : *« leur permettre quand même de savoir qu'on peut en parler à un médecin, parce que je pense qu'ils sont pas au courant que ça peut être des trucs qu'on peut discuter avec nous, et donc on peut leur ouvrir effectivement la porte » / « Je pense qu'on a un rôle d'ouverture » / « ouais je pense que c'est intéressant de leur dire qu'on peut en parler quoi »*	Instaurer une alliance thérapeutique -Gagner la confiance -Garantir le secret médical -Avoir une attitude d'ouverture
MG5 : *« -JP-Donc pour toi ton rôle de médecin généraliste ça peut être de questionner sur les consos ? -MG5-Oui, le dépistage et informer les consommateurs »*	Rôle de repérage
MG1 : *« je leur donne éventuellement des petites réponses ensuite à leur question »* MG3 : *« c'est surtout de l'info et de l'orientation »* MG5 : *«j'essaye de savoir ce qu'ils savent sur le produit et puis je leur donne des informations parce qu'ils n'ont pas forcément de bonnes infos notamment sur les conséquences et sur les effets secondaires »/ « informer les consommateurs de ce qu'ils consomment »* MG6 : *« mon rôle par rapport à tout ça, leur expliquer les dégâts que ça peut faire» / « je leur explique que bon euh ça peut les, ils peuvent être agressifs, euh ils peuvent perdre aussi un petit peu le contact avec la réalité, ils peuvent certain de temps en temps ils peuvent faire des bouffées délirantes, et que bon c'est voilà, c'est pas quelque chose de…forcément de bien » / « ils ont une mauvaise information je pense de la prise de cannabis. Donc c'est pour un petit peu essayer de les recadrer ». « Mon rôle bé c'est de les prévenir en fait, c'est un rôle de prévention »*	Rôle de prévention par l'information
MG7 : *« je dirais que je vais rechercher plutôt le mal-être »* MG8 : *« C'est compliqué de repérer effectivement un enfant qui commence à avoir des indicateurs ou quelque chose qui se passe dans sa vie, ses parents se séparent, enfin je sais pas, ou un décès, va falloire quand même un peu plus surveiller »*	Rôle diagnostique repérer un mal-être
MG3 : *« je me sens pas spécialement moi dans la prise en charge donc c'est surtout de l'info et de l'orientation. Et donc je vais proposer une orientation. »*	Rôle d'orientation

I.1.2 Leur perception de la notion de repérage (annexe 10.2)

CITATIONS	CODAGE
	Ecouter
MG1 : *« Alors le repérage c'est effectivement par contre les problématiques de décrochage éventuellement scolaire, lâchage de copain, ça c'est des moments qui sont des signes qui peuvent être alertant »/ « comme pour tout mal-être chez les adolescents, toutes les somatisations sont des choses pour lesquelles il faut qu'on soit alerté et qu'on se pose des questions à ce moment-là, du coup bah effectivement qu'on aille leur poser des questions »/ « pour moi c'est assez important de pouvoir faire un lien »* MG3 : *« Au départ y'a forcément un repérage dans l'ouverture d'un dossier (…) donc après ça va être soit par des symptômes soit par les parents »* MG4 *: « la somatisation je pense que c'est quand même un des trucs pour lesquels il faut qu'on ait le déclic, les certificats pour la compétition, quand ils arrivent pas à se réveiller, les demandes de dispense »* MG5 : *« sur ceux que je suis depuis longtemps je leur pose la question lors des certificats sportifs et puis quand il y a un soucis scolaire ou de fatigue ou de stress ou d'angoisse ou de dépression »* MG6 : *« Bé voir un petit peu les signes un peu d'une intoxication 'fin d'une consommation de cannabis mais on va dire régulière parce que si c'est une fois de temps en temps je le vois pas forcément quoi »* MG8 : *« Ben c'est un ado qui n'a plus le comportement habituel, qui va se déscolariser, qui va commencer à chuter ses notes, qui va être en conflit plus souvent avec ses parents, des choses de cet ordre là »*	Une problématique, un symptôme pouvant être en lien avec une consommation régulière
MG1 : *« quand il commence à y avoir une histoire d'isolement qui sont décrits parfois par les parents, ça c'est aussi quelque chose qui m'alerte »* MG3 : *« Au départ y'a forcément un repérage dans l'ouverture d'un dossier (…) donc après ça va être soit par des symptômes soit par les parents »/ « c'est plus une discussion avec les parents, en général la mère d'ailleurs. Donc on écoute ses inquiétudes, ses affolements donc là il faut quand même remettre les choses un petit peu calmement quoi »*	L'inquiétude parentale
	Observer
MG6 : *« si il me dit qu'il consomme pas ma foi je vais le croire. Sauf si je sais que 'fin si je vois qu'il est, qu'il a un teint un petit peu, 'fin au niveau du comportement, des choses comme ça, je sais qu'il me raconte des bobards »* MG7 : *« le repérage c'est le regard un peu éclaté, voilà des symptômes d'intoxication cannabique »*	Observer des symptômes
	Interroger
MG3 : *« Donc après le repérage euh c'est le questionnement de base si jamais t'ouvres un dossier » / « Au départ y'a forcément un repérage dans l'ouverture d'un dossier »* MG5 : *« c'est le questionnaire de l'ouverture de dossier »*	Interrogatoire systématisé
MG1 : *« voir comment est-ce qu'ils appréhendent ça, c'est-à-dire par exemple on leur pose la question si ils consomment notamment du cannabis et savoir si il y a quelque chose qui les gêne pas actuellement »* MG2 : *« essayer de faire parler au maximum sur les représentations » / « c'est la représentation pour aider au repérage »*	Interroger les représentations du patient

I.2 Les motivations de ces médecins

I.2.1 Leurs motivations pour se former en addictologie (annexe 10.3)

CITATIONS	CODAGE
	Motivations extrinsèques au médecin
MG1 : *« J'ai une patiente qui est décédée d'une OD, qui était VIH(…)ça nous a foutu dans un truc qu'on n'a pas pu supporter de ne pas franchir le cap de s'impliquer dans la substitution du coup on a été obligés de se former(…) ça a été une réaction épidermique, et du coup on s'est formés et auto-formés et on a organisé des formations»* MG3 : *« Le VIH, la confrontation avec des patients qui avaient le SIDA et qui étaient usagers de drogue, c'était des héroïnomanes »* MG4 : *« le VIH a été probablement un des moteurs de mon investissement en addictologie »* MG6 : *« L'épidémie du VIH a été une des motivations à me former »* MG7 : *«Quelles ont été vos principales motivations à vous former en addictologie ? -MG7- la rencontre de nombreux toxicomanes dans les années 80, 85-88 » / « J'ai tenté de suivre ou au moins d'aider par compassion un certain nombre de personnes et il y avait beaucoup de décès, chaque année j'avais un ou deux jeunes qui mourraient de ça quoi, qu'on retrouvait dans un caniveau, dans une chambre d'hôtel, etc, un squat »*	L'épidémie du VIH
MG4 : *« Donc ça a été la mise en place de ces traitements de substitution, on s'est retrouvés quelques-uns à prescrire en coupe de feuilles illicites à l'époque ou sur carnet souche, donc ça a créé une émulation qui a fait que du coup on s'est retrouvés plongés dans l'addictologie »*	L'apparition des TSO
	Motivations intrinsèques au médecin
MG1 : *: « je me suis installé à côté de l'AVAPT et je connaissais Bernard Autheman et du coup* assez *rapidement ils m'ont adressé des patients »* MG2 : *« Les bons copains de l'ESCOLETA, je suis tombé dans l'ESCOLETA (…) c'est vrai que j'ai été influencé par MG4 après MG1 et Didier BRI et puis MG3 »* MG4 : *« La rencontre avec Odile Maurin parce qu'elle nous a vachement stimulé »*	L'influence des pairs
MG4 : *« La formation initiale effectivement c'était zéro »* MG5 : *« parce que c'est pas quelque chose qu'on apprend à la fac. Moi au cours de mon internat j'en n'ai pas vu, j'ai jamais été confrontée à des… » / « je suis tombée dedans je n'y connaissais rien »* MG6 : *« je savais pas trop comment gérer »* MG7 : *« Moi tout ce qu'on m'avait appris à l'école c'est « les toxicomanes vous les mettez dehors hors de votre cabinet » voilà, point »*	L'insuffisance de formation initiale
MG2 : *« Bah la curiosité non ? C'est pas une bonne raison pour se former ?»*	La curiosité
MG1 : « *on s'est formés et auto-formés et on a organisé des formations »* MG3 : *« Après il se trouve que moi aussi j'ai été amené par la formation parce qu'il se trouvait que je faisais partie du truc de formation de Marseille là, l'UREMEC (une formation continue pour tous les médecins) et il se trouve que quand il y a eu l'épidémie du VIH qui a démarrée, à Marseille ils ont voulu former tout le personnel des hôpitaux de Marseille au VIH. Ça a été*	Devenir formateur

un truc énorme. Ils ont cherché des formateurs partout (…) ils m'ont recruté comme formateur au niveau du Vaucluse »	
MG3 : *« à la base c'est le VIH, la confrontation avec des patients qui avaient le SIDA et qui étaient usagers de drogue, c'était des héroïnomanes intraveineux qui se shootaient à l'hôpital alors qu'on soignait leur infection opportuniste, une catastrophe ! »* MG4 : *« dans mes souvenirs très cuisant de difficulté avec des patients VIH parce qu'ils étaient en manque et qu'ils n'étaient pas soignés parce qu'ils n'étaient pas acceptés. »* MG6 : *« j'avais la demande »* MG7 : *« Des gens qui venaient qui étaient pas bien et qui demandaient de l'aide »*	La confrontation aux patients : Des patients en besoin et en demande de soins
MG5 : *« Je suis arrivée dans le cabinet, y'en avait plein !»* MG8 : *« j'ai repris les patients du Dr DEPIED qui est décédé et lui était addictologue, ce que je ne suis pas mais j'ai les bases donc voilà je continue à suivre ses patients (…) donc c'était la moindre des choses que d'avoir au moins les bases quoi »*	Une reprise de patientèle
MG1 : *« je me suis installé à côté de l'AVAPT et je connaissais Bernard Autheman et du coup* assez *rapidement ils m'ont adressé des patients »* MG6 : *« et puis en étant reculé, c'était peut-être avoir aussi une corde de plus à son arc »*	Le lieu d'installation -proche d'une structure de soin en addictologie -éloigné des structures de soin en addictologie
	Raisons communes au patient et au médecin
MG4 : *« même si c'est pas toujours facile la prise en charge j'veux dire, y'a quand même parfois des relations qui s'établissent justement avec les ados au travers de ces injonctions qui sont tout à fait étonnantes parce qu'au début pff mutisme total et petit à petit on les revoit quinze jours après, un an après et puis finalement, petit à petit ça fonctionne »* MG7 : *« J'ai rencontré là des personnes qui avaient parfois une lucidité incroyable » / « j'avais un très bon contact »*	Un bon contact médecin-patient

I.2.2 Leurs motivations pour adhérer au RESAD (annexe 10.4)

CITATIONS	CODAGE
	Améliorer la prise en charge des patients addicts
MG1 : *« la logique de la démarche c'était de faire avancer la prise en charge des patients addicts dans les parages par des professionnels, c'était promouvoir et améliorer la prise en charge des patients, on espérait que tous les soignants soient formés très vite et qu'il n'y aurait plus de spécialistes »*	Diffuser un savoir
MG1 : *« Et aussi une des bases de RESAD à laquelle je crois c'est la formation identique pour tous les professionnels, je trouve que c'est vraiment important que la formation initiale soit pluriprofessionnelle et qu'on ait tous une base intéressante ensemble » / « Voilà justement c'est ça qui est intéressant je trouve, c'est d'arriver à faire une relation avec toutes les autres professions autour de l'addiction » / « La FA1 est ouverte à tous les professionnels »*	Partager un savoir commun en addictologie

MG1 : *« ce que je trouve toujours sympa c'est de rencontrer tout le temps plein de monde différent, de milieu social, de milieu médical, de milieu éducatif et je trouve que ça nous ouvre à plein de choses qui rejaillissent dans toutes nos prises en charge qu'elles soient addicto ou pas, c'est une ouverture sur une manière de voir les choses qui est tellement différente de ce qu'on nous avait appris »/ « Et qu'on apprenne plein de choses du social, et du psychologique »* MG2 : *« Rencontrer tout le temps plein de monde différents »* MG5 : *« Voir différents corps de métier »* MG6 : *« rencontrer des gens, connaitre des gens, et puis quand on est un peu coincés voilà une certaine prise en charge des fois c'est bien de passer dans le réseau. Les prises en charges psychologiques, des choses comme ça »* MG7 : *« Oh bah pas être seul, première des choses, le travail d'équipe »*	Rencontrer divers acteurs de soin
MG1 : *« je crois au travail en réseau et à la nécessité du travail pluri-multidisciplinaire »* MG3 : *« le RESAD dans la mesure où on l'a créé c'était parce qu'on en avait besoin nous comme outils donc c'était dans l'intérêt du patient, dans l'aide au médecin, le soutien, l'expertise, les concertations pluridisciplinaires tous ces trucs-là »* MG5 : *« Moi c'était pour profiter des formations, des réunions pluridisciplinaires qui permettaient de parler des patients qui posaient problème et aussi d'écouter les autres patients ça apprenait déjà pas mal de choses aussi »* MG6 : *« rencontrer des gens, connaitre des gens, et puis quand on est un peu coincés voilà une certaine prise en charge des fois c'est bien de passer dans le réseau. Les prises en charges psychologiques, des choses comme ça »*	Multidisciplinarité
MG5 : *« ça permet de prendre en charge des patients qui avaient pas de droits, un côté social pour les patients qui… »*	Elargir l'accès aux soins
	Intérêt personnel pour la pratique
MG2 : *« c'est presque obligatoire, tu peux pas faire de l'addicto sans être dans un réseau »* MG3 : *« le RESAD dans la mesure où on l'a créé c'était parce qu'on en avait besoin nous comme outils »* MG4 : *« On en avait besoin de ce réseau »* MG7 : *« Ma foi, c'est essentiel quoi. On peut pas prendre en charge seul une toxicomanie, personne ne peut »*	Un outils jugé indispensable
MG2 : *« c'est du professionnalisme »*	Une expertise
MG2 : *« Sécurité, apprentissage, curiosité, formation, il y a beaucoup d'intérêts » / « On se sent mieux protégé »*	Une protection, une sécurité
MG2 : *« Le fait de pas être seul, parce qu'au début on fait des bêtises »* MG3 : *« le RESAD dans la mesure où on l'a créé c'était parce qu'on en avait besoin nous comme outils donc c'était dans l'intérêt du patient, dans l'aide au médecin, le soutien, l'expertise, les concertations pluridisciplinaires tous ces trucs-là »* MG7 : *« Oh bah pas être seul, première des choses »*	Un soutien

MG8 : *« Ben prendre appui sur le réseau, avoir la formation, les soins de base en addictologie, connaitre les partenaires »* MG2 : *« je me suis bien fait roulé par mes premiers patients donc le réseau, on échange nos erreurs, nos difficultés » / « Le réseau avec les rencontres du jeudi te remettait sur les rails sans forcément de jugement »* MG2 : *« j'adore les formations »* MG5 : *« Moi c'était pour profiter des formations, des réunions pluridisciplinaires qui permettaient de parler des patients qui posaient problème et aussi d'écouter les autres patients ça apprenait déjà pas mal de choses aussi »* MG7 : *« Au RESAD il y a beaucoup plus de formations et c'est peut-être pour ça que j'y suis allé, il y a beaucoup de formations et c'était très intéressant »* MG8 : *« Ben prendre appui sur le réseau, avoir la formation, les soins de base en addictologie »*	Discuter de ses erreurs avec les confrères, Se remettre en question Se former
MG2 : *« Ma motivation c'était de suivre le mouvement des pères fondateurs »* MG5 : *« c'est MG4 qui m'a parlé du réseau parce qu'avant je savais pas que je pouvais me former »*	L'influence des pairs
MG3 : « *ça a été quand même un combat pour la reconnaissance de la médecine générale » / « le RESAD est né d'un partenariat avec la sécu, qui a fourni des locaux, des financements, et qui a accepté de rémunérer la prise en charge forfaitaire du patient. Donc on a été vraiment été comment dire, précurseurs. »* MG4 : *« c'est au départ le VIH qui a été probablement un des moteurs de mon investissement dans l'addictologie » / « ça a été la mise en place de ces traitements de substitution, on s'est retrouvé quelques-uns à prescrire en coupe de feuilles illicites à l'époque ou sur carnets souches, donc ça a créé une émulation qui a fait que du coup on s'est retrouvé plongés dans l'addictologie »/ « Il y avait quand même l'idée au tout début de la reconnaissance des traitements de substitution, là ça a été quand même une bataille difficile(…) je pense aussi que le réseau ça a été une sorte de conception par rapport à ce militantisme »*	Militantisme Pour la reconnaissance de la MG Contre le stigmate d'une communauté

I.3 Les outils en consultation

I.3.1 Les outils au repérage

a) Les outils et techniques utilisés pour faire du repérage (annexe 10.5)

CITATIONS	CODAGE
	L'outil relationnel
MG2 : *« c'est une sensibilité, un feeling »*	Un feeling
MG2 : *« moi je leur ouvre toujours une porte en disant qu'ils peuvent aussi changer de médecin traitant, pas forcément me choisir, comme je suis celui des parents peut être » / « après si on gagnait la confiance du jeune en redisant un peu le rôle du secret médical quoi, gagner la confiance » / « 'faut gagner la confiance, essayer de gagner une ouverture pour parler*	Attitude d'alliance thérapeutique

du cannabis ce qui n'est pas forcément très évident »/ « l'outils c'est gagner la confiance, et des questions ouvertes. De toute façon moi je dis toujours c'est du sur mesure » MG6 : *« Les outils ? non non mais moi c'est l'examen clinique, l'interrogatoire (…) c'est la mise en confiance »*	
	Différentes techniques d'entretien
MG1 : *« Alors toutes les techniques d'entretien effectivement : l'écoute active, éventuellement l'entretien motivationnel mais c'est sûr que repérer c'est quand même plus en pratique de l'écoute active, du questionnement ouvert et parfois quand il y a un repérage clinique, effectivement là ouvrir encore plus les portes »* MG2 : *« en faisant une bonne écoute et pas de question fermées, ce sont des questions ouvertes »/ « Dans les outils il y a la représentation, les questions ouvertes, y'avait le dossier RESAD » / « de toute façon moi je dis c'est du sur-mesure(…) « quand on pose des questions on n'a que des réponses » »* MG4 : *« on avait beaucoup travaillé sur l'idée de poser de temps en temps la question des consommations, quel qu'elles soient du reste, pas forcément de cannabis, l'alcool, selon ça va ensemble. » /* «*On perd pas de temps, on fait plutôt des questions ouvertes »* MG5 : *« J'ai l'impression qu'ils sont un peu décomplexés concernant le cannabis donc c'est souvent qu'ils disent qu'ils en consomment » / « C'est des techniques que m'avait apprise cette formation, c'est des questions ouvertes (l'écoute active) reformuler ce que dit le patient pour que lui-même entende ce qu'il dit pour essayer de trouver les outils que lui peut mettre en place pour changer sa consommation »* MG7 : « *Ce que je considère c'est qu'il faut avoir une écoute attentive/ Voilà le dépistage ce serait peut-être ça, une écoute attentive, l'adhésion d'un patient, la compréhension mutuelle »*	Ecoute active, poser des questions ouvertes
MG1 : *: « Alors, moi j'ai comme habitude quand je vois des adolescents effectivement de poser la question notamment du cannabis mais comme je leur pose la question de pas mal de consommations ou de prise de risques »* MG2 : *« Dans les outils (…) y'avait le dossier RESAD »* MG3 : *« le repérage euh c'est le questionnement de base si jamais t'ouvres un dossier tu demandes consommation alcool, consommation tabac, est ce qu'il y a des drogues ? voilà à ce moment-là ils peuvent dire qu'ils fument du cannabis»* MG5 : *« Je pense que c'est le questionnaire de l'ouverture de dossier et après sur ceux que je suis depuis longtemps je leur repose la question lors des certificats sportifs et puis quand il y a un soucis scolaire ou de fatigue ou de stress ou d'angoisse ou de dépression je leur pose la question »*	Interrogatoire systématisé
MG1 : *« essayer de voir comment ils appréhendent ça, c'est-à-dire par exemple on leur pose la question si ils consomment notamment du cannabis et savoir si il y a quelque chose qui les gêne pas actuellement »* MG2 : « (…) *reprendre les réflexions dans ton entourage, est-ce que t'as l'impression que ça te gène ? »/ «Plus je vieillis dans le métier plus j'aime bien travailler sur les représentations : « pour toi qu'est-ce que ça représente une grosse consommation ? Une petite consommation ? Comment tu te représentes les dangers, les risques ? » (…) J'aime bien justement essayer de pas bloquer la parole, essayer de faire parler au maximum sur les représentation je crois c'est ce qu'il faut essayer de trouver un peu, les images que se font les jeunes(…) je me dis que travailler sur les représentations c'est peut-être le moyen de nouer le lien thérapeutique »/ « peut être en lui faisant toucher du doigt que c'est*	Interroger les représentations

comme ça, c'est pas en lui disant tu fais ci tu fais ça(…)c'est plutôt est ce que toi tu te représentes, est ce que tu te rends compte par toi-même »/ « la représentation pour aider au repérage »	
MG2 : *« ça va servir de modèle sur le fait de pouvoir écouter les jeunes en faisant partir les parents dans la salle d'attente. En ayant quand même l'idée que le jeune il vient souvent avec ses parents et qu'après on demande aux parents gentiment qu'on préfère les voir tous les deux mais qu'après on leur fera un retour en se mettant d'accord avec le jeune est ce qu'on pourrait faire un retour aux parents, ça c'est un peu une tactique en trois temps, une mise au point »* MG3 : *« ils viennent avec les parents, on le reçoit seul et après on fait le point avec les parents »*	Entretien en trois temps avec et sans les parents
	Une porte d'entrée
MG1 : *« Après bah c'est à l'occasion par rapport au cannabis, mais comme pour tout mal-être chez les adolescents, toutes les somatisations sont des choses pour lesquelles il faut qu'on soit alerté et qu'on se pose des questions à ce moment-là, du coup bah effectivement qu'on aille leur poser des questions. »* MG3 : *« Donc voilà peut-être au départ oui y'a forcément un repérage dans l'ouverture d'un dossier mais après nan donc après ça va être soit par des symptômes soit par les parents. C'est qu'après tous les symptômes de mal-être de l'adolescent ça peut être un peu tout »* MG4 : *« la somatisation c'est quand même, quand un adolescent vient pour un symptôme particulier, des histoires de fatigue, de somnolence dans les cours, ça c'est des choses qui arrivent de temps en temps, ça c'est des questionnements. »/ « la somatisation je pense que c'est quand même un des trucs pour lesquels il faut qu'on ait le déclic, le certificat pour la compétition, quand ils arrivent pas à se réveiller, les demandes de dispense »* MG5 : *« Je pense que c'est le questionnaire de l'ouverture de dossier et après sur ceux que je suis depuis longtemps je leur repose la question lors des certificats sportifs et puis quand il y a un soucis scolaire ou de fatigue ou de stress ou d'angoisse ou de dépression je leur pose la question »/ « eh bien moi effectivement je pose la question aux adolescents que je vois que ce soit pour un certificat de sport à cet âge-là je peux les voir aussi parce qu'ils sont fatigués parce que euh soit c'est une demande des parents(…) parce qu'il est stressé »/ symptômes soit par les parents »*	Symptomatologie
MG1 : *« Alors le repérage c'est effectivement par contre les problématiques de décrochage éventuellement scolaire, lâchage de copain, ça c'est des moments qui sont des signes qui peuvent être alertants, quand il commence à y avoir une histoire d'isolement qui sont décrits pas les parents, ça c'est aussi quelque chose qui m'alerte. »* MG8 : *« un enfant qui commence à se déscolariser, à faire une crise d'adolescent, 'fin comme voilà, là peut-être effectivement il va y avoir des indicateurs ou quelque chose qui se passe dans sa vie, ses parents se séparent, enfin je sais pas, ou un décès, 'va falloir quand même un peu plus surveiller »*	La survenue d'un événement de vie
MG1 : *« on commence à avoir des gens qui viennent nous voir parce qu'il y a des campagnes anti-tabac, par le biais du tabac (..) et puis après quand tu leur poses la question du cannabis après ils parlent du cannabis» / « j'ai l'impression quand même que les campagnes d'augmentation de prix du tabac ça a l'air de les toucher plus que la problématique… »/ « et du coup c'est une porte d'entrée où ils viennent parfois pour parler de ça, uniquement ou pas uniquement »* MG4 : *« c'était souvent associé au tabac quand même »*	Tabac

MG4 : *« L'occasion des examens du sport c'est souvent une bonne occasion de positionner le problème »/ « la somatisation je pense que c'est quand même un des trucs pour lesquels il faut qu'on ait le déclic, le certificat pour la compétition, quand ils arrivent pas à se réveiller, les demandes de dispense »* MG5 : *« Je pense que c'est le questionnaire de l'ouverture de dossier et après sur ceux que je suis depuis longtemps je leur repose la question lors des certificats sportifs et puis quand il y a un soucis scolaire ou de fatigue ou de stress ou d'angoisse ou de dépression je leur pose la question » / « eh bien moi effectivement je pose la question aux adolescents que je vois que ce soit pour un certificat de sport à cet âge-là je peux les voir aussi parce qu'ils sont fatigués parce que euh soit c'est une demande des parents(…) parce qu'il est stressé »/*	Certificat de non contre-indication à la pratique sportive
MG2 : *« les parents nous parlent d'ado qui vont mal, certains parents font le repérage »* MG3 : *« c'est surtout des parents qui m'ont parlé du problème de leur adolescent avec le cannabis donc c'est plus une discussion avec les parents, en général avec la mère d'ailleurs. Donc on écoute ses inquiétudes, ses affolements donc là il faut quand même remettre les choses un petit peu calmement, dédramatiser par rapport aux parents et après bien sûr proposer une consultation avec l'ado »/ « Donc voilà peut-être au départ oui y'a forcément un repérage dans l'ouverture d'un dossier mais après nan donc après ça va être soit par des symptômes soit par les parents »* MG4 : *« quand il y a eu des prises en charge « cannabis » c'était souvent à la demande soit des parents qui avaient découvert de l'herbe dans la chambre ou des trous dans le portemonnaie ou que sais-je ou alors aussi de la part des autorités, à la demande des juges ou de la police »* MG5 : *« eh bien moi effectivement je pose la question aux adolescents que je vois que ce soit pour un certificat de sport à cet âge-là je peux les voir aussi parce qu'ils sont fatigués parce que euh soit c'est une demande des parents (…), parce qu'il est stressé »* MG6 : « *En fait ça m'arrive quand c'est surtout les parents qui amènent l'ado, parce que voilà, parce qu'il me dit qu'il a paas »* MG8 : *« en général ils viennent en consultation accompagnés de leurs parents parce que les parents ont découvert une consommation de cannabis. C'est comme ça qu'ils arrivent à moi »*	Demande parentale
MG4 : *« quand il y a eu des prises en charge « cannabis » c'était souvent à la demande soit des parents (…) ou alors aussi de la part des autorités »/ « JP-trop de connaissance des personnes fait que ça peut être limitant, d'où l'intérêt de l'interne ou du remplaçant-MG4- ou alors l'intérêt de la remise dans le droit par la justice ou des trucs comme ça, là tout d'un coup tu les vois débarquer tu les croyais tout beau tout gentil et puis… »* MG8 : *« J'ai dû en voir quelques-uns à la demande de la gendarmerie par exemple »*	Injonction de justice
	Autre
MG2 : *« malgré la formation pour en parler avec les jeunes, je sens que les jeunes préfèrent en parler avec les internes (…) parce que young-to-young »*	L'interne / le remplaçant
MG6 : *« Alors après on peut leur faire les tests si on veut-vous faites un test ?-Urinaire-Pour repérer ?-Urinaire ouais »*	Test urinaire
MG1 : *« Après les histoires de temps et dans l'idéal effectivement si on peut reproposer de réembrayer sur une autre consultation en donnant un truc à remplir chez soi ou des relevés de consommation moi je trouve ça assez intéressant parce que ça permet de réembrayer sur quelque chose derrière »*	Relevé de consommation

b) Apports de la formation en addictologie et de l'adhésion au RESAD (annexe 10.6)

CITATIONS	CODAGE
	Un autre regard sur le patient consommateur
MG1 : *« ça m'a permis (…) d'avoir aussi des signaux d'alerte en termes de comorbidité, en termes de pathologies chez les ados qui ont besoin de consommer beaucoup de cannabis pour calmer une pathologie préexistante et autre et du coup être plus à l'écoute d'autres pathologies. Je pense que c'est important de pouvoir déceler chez eux quand il y a autre chose que juste une consommation de cannabis qu'on peut ne pas pathologiser.»* MG7 : *« Euh surtout la prise en compte du mal être, réaliser et comprendre le mal-être »/ « Toute consommation de produit traduit une souffrance, c'est ça qu'il faut essayer d'aborder » / « moi : il faut essayer de voir les dépendances en général en tant que maladie ?-Voilà, en tant que conséquence d'une maladie »/ « Et puis j'ai pris conscience que c'était une maladie »*	Notion de maladie sous-jacente à la consommation
MG1 : *« je trouve que ça nous ouvre à plein de choses qui rejaillissent dans toutes nos prises en charge qu'elles soient addicto ou pas, c'est une ouverture sur une manière de voir les choses qui est tellement différente de ce qu'on nous avait appris »* MG3 : *« l'addictologie en fait ouvre énormément de domaines qui sont pas strictement médicaux(…) je veux dire ça touche tous les domaines :la justice, la psychiatrie, l'ethnologie, la neurobiologie…Donc du coup ça ouvre à énormément de choses »*	Ouverture d'esprit
MG1 : *« Bon déjà ça permet de dédramatiser par rapport à tout ce qu'on peut entendre et tout ce que peuvent nous dire les parents en termes de gravité que de consommer du cannabis comme porte d'entrée direct vers les autres consommations d'héroïne, cocaïne et compagnie » / « ça m'a permis de relativiser beaucoup quand même la problématique de consommer du cannabis »* MG3 : *« Si t'as pas un minimum d'outils scientifiques, t'es médecin mais tu vas faire la moral comme n'importe quel parent. C'est ce qui permet de sortir de l'ambiance générale sur le cannabis ». « A la limite c'est grave parce que en tant que médecin tu vas véhiculer tous les préjugés que les parents ont sur le cannabis »*	Relativiser, sortir des préjugés
MG3 : *« Parce que le cannabis le problème c'est que la plupart des gens c'est un jugement moral et là en tant que médecin tu peux intervenir, t'essayes d'évacuer un peu tout ce qu'il y a sur le cannabis et tu reviens à des trucs simples : consommation, abus… »*	Ne pas juger
	Avoir des outils pour la consultation
MG1 : *« c'est une ouverture sur une manière de voir les choses qui est tellement différente de ce qu'on nous avait appris qu'obligatoirement je pense qu'on a complètement changé notre manière d'appréhender les patients »* MG2 : *« j'ai toujours en mémoire ce que ma formation adolescent (…) ça va servir de modèle sur le fait de pouvoir écouter les jeunes en faisant partir les parents dans la salle d'attente. »* MG5 : *« ça m'a donné des outils pour mener une consultation »* MG6 : *« Ben je me sens plus à l'aise, voilà, grossièrement je me sens plus*	L'attitude à avoir : Être ouvert Être à l'aise

à l'aise pour assumer un petit suivi » MG2 : *« finalement c'est des formations qui te restent, qui dédramatisent » / « 'faut aussi dédramatiser sans faire de démagogie »*	Dédramatiser
MG1 : *« « ça m'a permis (…) d'avoir aussi des signaux d'alerte en termes de comorbidité, en termes de pathologies chez les ados qui ont besoin de consommer beaucoup de cannabis pour calmer une pathologie préexistante et autre et du coup d'être plus à l'écoute d'autres pathologies »*	Décrypter les signaux d'alerte
MG2 : *« une formation ça permet d'avoir des arguments »* MG3 : *« Bah la formation c'est sûr qu'elle est indispensable en addicto parce que ça apprend à relativiser les produits, on apprend à comprendre le mécanisme de l'addiction en général » / « ça permet tout de suite de rassurer en disant bah voilà c'est de la consommation occasionnelle. Après on apprend bien sûr à connaitre les produits, je veux dire chaque produit a quand même des effets, un fonctionnement au niveau neurobiologique, tout ça ça aide aussi à donner des explications »* MG5 **:** *« la formation m'a appris toutes les informations médicales sur le produit parce que finalement je n'avais que les connaissances du grand public donc ça m'a apporté des informations que je peux transmettre d'un point de vue santé*	Avoir des connaissances, des arguments scientifiques
	L'objectif d'intervention
MG1 : *« je pense qu'on a vachement évolué, on a commencé à faire de la réduction des risques aussi chez les adolescents qui fument du cannabis, chose qui était impensable il y a 10 ans »* MG5 : *« ça m'a permis de savoir aussi que le cannabis peut être consommé autrement avec peut-être des alternatives moins toxiques »*	Prévention secondaire, réduction des risques
MG3 : *« On apprend bien sûr à connaitre les produits, je veux dire chaque produit a quand même des effets, un fonctionnement au niveau neurobiologique, tout ça ça aide aussi à donner des explications. Donc c'est sûr c'est indispensable. »* MG5 : « *donc ça m'a apporté des informations que je peux transmettre d'un point de vue santé »*	Transmettre de l'information
MG4 *: «il y a eu plusieurs épisodes(…)au fur et à mesure des formations et nous comme on était formateur(…)on a eu une période où on dramatisait, une autre période où on dédramatisait à fond et maintenant on est en train de prendre du recul(…)ces dernières années je suis beaucoup plus réservé sur la dédramatisation à outrance, en sachant que maintenant j'ai réalisé que c'est vraiment une vraie dangerosité du produit »/ « Je pense que même dans les formations qu'on fait notamment à RESAD on dit pas la même chose qu'il y a 25 ans »/ « Le côté formation aussi, en plus on n'est pas figés (…) j'ai appris à changer aussi mes comportements, ma manière de travailler, c'est vrai qu'on fait pas de la même manière en 1993 que maintenant »*	Avoir un discours adapté aux connaissances médicales actualisées

I.3.2 Les outils pour la prise en charge

a) Apports de la formation et du réseau (annexe 10.7)

CITATIONS	CODAGE
	Amélioration de la prise en charge
MG1 : *« comme on connait bien les différentes structures on se fait confiance et je pense que c'est tellement important de travailler à plusieurs avec les patients addicts, encore plus quand ils sont jeunes que j'ai tendance à adresser très fréquemment vers l'étape, vers des psy du réseau »/ « c'est important de travailler à plusieurs à l'écoute »* MG2 : *« Seul tu t'en sors pas »* *MG4 : « moi ce que je trouve formidable dans l'aventure RESAD, c'est les rencontres avec les autres professionnels, les réunions du jeudi matin et puis aussi cette possibilité de prendre en charge des patients de manière globale.* MG7 : *« Il y a un CMP aussi, je travaille avec eux lorsqu'il y des pathologies psychiatriques-Si c'est pas sur le CMP c'est sur quelle structure ?-c'est l'association RIPOST, sur l'hôpital pour les sevrages, un petit peu le CSAPA »*	Travailler avec une équipe pluridisciplinaire
MG1 : *«(je les adresse) assez fréquemment parce que comme on connait bien les différentes structures on se fait confiance »* MG6 : *« Et puis ça permet qu'ici les jeunes quand ils descendent sur Avignon (…) c'est plus facile « vous allez à tel endroit » et voilà » / « Ya des correspondants sur place »* MG8 : *« Ben prendre appui sur le réseau, avoir la formation, les soins de base en addictologie, connaitre les partenaires »*	Connaître/avoir confiance en ses correspondants/partenaires
MG6 : *« Le CMP ici c'est pas top (…) donc je suis obligé d'orienter » / « -Donc vous adressez au CMP ou à une autre structure ?-Au RESAD enfin sur Avignon »*	Bonne qualité de prestation
MG5 : *« ça permet de prendre en charge des patients qui avaient pas de droits, un côté social pour les patients qui… »* MG7 : *« il faut avoir les outils pour orienter parce qu'après j'aime bien la thérapie familiale mais comme elle s'organise pour que ce soit pas cher ? accessible ? Parce que neuf fois sur dix on va tomber sur des familles qui peuvent pas assurer financièrement le truc »*	Prise en charge d'actes dérogatoires
	Avoir le choix de son degré d'implication
MG4 : *« comme j'étais RESAD, bah y'avait des médecins qui disaient « oh bah moi je m'occupe pas de ça » et ils m'envoyaient le bébé en disant « allez voir docteur machin il va s'en occuper », vachement agréable (rires)c'est une petite patate chaude »* MG5 : *« y'aurait pas de réseau, j'aurais pas eu de motivation, et bien je crois que je ferais comme les autres médecins généralistes, je délèguerais ces consultations à d'autres personnes »/ « et je vois ce que font mes collègues qui adhèrent pas au réseau, et qui me refilent les patients »/ « C'est vrai que si j'avais pas été formée et si j'avais pas encore des contacts avec le réseau je pense qu'il y a une demande que j'aurais du mal à suivre »*	S'investir dans la prise en charge Avoir une étiquette de « spécialiste » avec les avantages et les inconvénients que ça comporte

MG7 : *« y'a tout ce travail-là de prise de conscience de la dépendance et des moyens d'y faire face et c'est le plus gros du boulot. Une fois que la personne a décidé d'en sortir c'est fastoche »* MG1 : *« un truc à remplir chez soi ou des relevés de consommation moi je trouve ça assez intéressant parce que ça permet de réembrayer sur quelque chose derrière »* MG1 : *« Quelles technique utilisez-vous pour le repérage ?-MG1- Alors toutes les techniques d'entretiens effectivement : l'écoute active, éventuellement l'entretien motivationnel mais c'est sûr que repérer c'est quand même plus en pratique de l'écoute active »* MG4 : *« Les TCC quand même de formation ça aide quand même justement parce qu'effectivement on a le retour, on n'est plus dans le questionnement des gens, on est au contraire dans les questions qu'ils se posent »* MG7 : *« ce qui est intéressant dans les test c'étaient les TCC pour la prise de conscience des consommations, de la gène que ça entraîne par rapport aux avantages »*	Faire de l'intervention brève : -Evaluer la motivation de l'adolescent -Relevé de consommations -Entretien motivationnel -TCC
MG3 : *« si il y a vraiment un abus ou une dépendance et moi en tant que médecin généraliste j'ai pas d'outil directement efficace, moi je pense que ça relève pas de ma prise en charge. Donc c'est psy, structure pour les ados, mais je vais pas me lancer dans des suivis psychologiques. »* MG6 : *« alors y'a des psychologues hein qui sont dans le réseau hein bon c'est pour éventuellement si on veut faire un programme 'fin un suivi bien régulier, un groupe de parole, des choses comme ça quoi »* MG7 : *« je pense que les consultations cannabis organisées par certaines associations sont intéressantes parce qu'on va avoir quelqu'un qui aura du temps » / « Il faut avoir les outils pour orienter »*	Déléguer en orientant vers un partenaire

b) Dans quelles situations adresser le patient ? À qui ? (annexe 10.8)

CITATIONS	CODAGE
	Dans quelles situations adresser ?
MG6 : *« c'est quand il y a la demande du patient, la demande et puis euh moi je veux dire quand y'a plusieurs, je veux pas dire comorbidité, mais quand y'a plusieurs facteurs intriqués »*	Demande du patient
MG4 : *« Moi je crois que j'ai pas mal travaillé avec l'étape (…) quand il y avait une demande parentale et que j'ai pas trop de solution par rapport à l'adolescent consommateur » / « J'adressais aussi les parents à la consultation cannabis (rires) je bottais un peu en touche. »* MG5 : *: « quand c'est à la demande des parents je les oriente pas sur un autre (rires), mais sur soit la maison des adolescents et j'avais d'autre coordonnées qui faisaient des conférences à la fois pour les adultes et les jeunes.-Les CJC ?- Voilà c'est ça donc y'en a quelques-uns que j'avais orienté là-dessus »* MG8 : *« Quand je sens que les parents vont commencer à baisser les bras, quand je sens que le cadre familial va pas pouvoir porter la situation, là je vais adresser »*	Demande parentale

MG3 : « *: « si il y a vraiment un abus ou une dépendance et moi en tant que médecin généraliste j'ai pas d'outil directement efficace, moi je pense que ça relève pas de ma prise en charge »/ « si t'as éliminé le problème du jeune qui fume une fois de temps en temps, la mère a trouvé un joint, là tu peux régler le problème rapidement, mais si c'est un jeune qui a vraiment une consommation abusive avec un effet sur sa scolarité, ses relations, ses machins, ça relève pas de moi » / « si il y a vraiment un abus ou une dépendance et moi en tant que médecin généraliste j'ai pas d'outil directement efficace, moi je pense que ça relève pas de ma prise en charge. Donc c'est psy, structure pour les ados, mais je vais pas me lancer dans des suivis psychologiques. »*	Un usage problématique
MG4 : *« je crois que j'ai pas mal travaillé avec l'étape, donc des consultations spécifiques cannabis quand j'étais un petit peu en difficulté et quand il y avait une demande parentale et que j'ai pas trop de solution par rapport à l'adolescent consommateur »* MG6 : *« quand on est un peu coincé, voilà une certaine prise en charge des fois c'est bien de passer dans le réseau, les prises en charge psychologiques, des choses comme ça »*	Se sentir en difficulté
MG6 : *« quand y'a plusieurs, je veux pas dire comorbidité, mais quand y'a plusieurs facteurs intriqués »* MG8 : *« si j'avais vraiment quelqu'un de très jeune je passe la main au CMPI »* MG2 : *« surtout le suicide. Seul tu t'en sors pas. Moi je pense au château de Marignane, déjà parler au téléphone avec un confrère psychiatre spécialiste d'ado comme Patricia Burel, du soutien. C'est peut-être ça, la peur du suicide. »* MG4 : *« J'ai pas mal envoyé aussi à la maison des ados et quelques fois à des psychiatres quand on sent qu'il y a derrière, mais comme tu disais c'est pas la simple consommation, c'est y'a quelque chose derrière qui inquiète. »* MG5 : *: « les comorbidités psychiatriques je les adresse en général » / « si c'est un syndrome dépressif ou d'anxiété importante à ce moment-là je vais l'adresser soit au psychiatre soit un psychologue »* MG7 : *: « à chaque fois qu'il y a besoin d'un accompagnement social ou de suivi psychologique »* MG4 : *« après quand on sent qu'il y a de grosses difficultés, des comorbidités pas forcément que psychiatriques mais intrafamiliales, affectives, quand il y a de gros soucis relationnels, c'est vrai que tout seul on peut pas gérer là »* MG5 : « *sinon si il y a une problématique familiale ou sociale ça m'arrive de les envoyer à la maison des ados pour une prise en charge globale »* MG7 : *«à chaque fois qu'il y a besoin d'un accompagnement social ou de suivi psychologique »/* *« Non parce que l'outil principale que je considère dans ces cas là c'est les thérapies familiales. C'est ça qui m'intéresse le plus. Je suis persuadé que c'est là qu'il y a un problème parce qu'à 13 ans - 14 ans c'est très souvent un problème familial dessous. Si on peut essayer d'améliorer un peu les choses c'est par là que ça va commencer parce que la plupart du temps les jeunes me disent « c'est pas moi le malade c'est eux qui*	Un terrain à risque : Facteurs de risque de complication âge jeune Problématique psychiatrique associée Problématique familiale (cellule familiale fragile) ou sociale associée

sont malades » et il a raison ! (rires) MG8 : *« quand je sens que les parents vont commencer à baisser les bras, quand je sens que le cadre familial va pas pouvoir porter la situation, là je vais adresser. »*	
	À qui adresser ?
MG1 : « *j'ai tendance à adresser très fréquemment vers l'étape, vers des psy du réseau »* MG2 : *« Moi je pense au château de Marignane, déjà parler au téléphone avec un confrère psychiatre spécialiste d'ado comme Patricia Burel, du soutien »* MG3 : *« Donc c'est psy, structure pour les ados, mais je vais pas me lancer dans des suivis psychologiques. »* MG4 : *« J'ai pas mal envoyé aussi à la maison des ados et quelques fois à des psychiatres »* MG5 : *« si c'est un syndrome dépressif ou d'anxiété importante à ce moment-là je vais l'adresser soit au psychiatre soit un psychologue »* MG8 : *« alors autour de moi en général je travaille avec Mme RESTINA, une psychologue, sinon je vais travailler avec Mme FATIGON sur Orange »*	Psychiatre/psychologue
MG8 : *« si j'avais vraiment quelqu'un de très jeune je passe la main au CMPI. Là-bas il y a des partenaires professionnels et il y a aussi une pédopsychiatre. »*	CMP/CMPI
MG7 : *« l'outils principal que je considère dans ces cas-là c'est les thérapies familiales. C'est ça qui m'intéresse le plus. Je suis persuadé que c'est là qu'il y a un problème parce qu'à 13-14 ans c'est très souvent un problème familial dessous »*	Thérapie familiale
MG1 : « *j'ai tendance à adresser très fréquemment vers l'étape, vers des psys du réseau »* MG3 : *« Donc c'est psy, structure pour les ados, mais je vais pas me lancer dans des suivis psychologiques. »* MG4 : *« Moi je crois que j'ai pas mal travaillé avec l'étape* MG5 : « *et j'avais d'autre coordonnées qui faisaient des conférences à la fois pour les adultes et les jeunes.- Les CJC ?- Voilà c'est ça donc y'en a quelques-uns que j'avais orienté là-dessus »* MG7 : *« sur l'association RIPOST, sur l'hôpital pour les sevrages, un petit peu le CSAPA »/ « Les consultations cannabis organisées par certaines associations sont intéressantes »*	CJC/CSAPA
MG1 : *« La maison des ados et l'étape effectivement se sont des intervenants »* MG4 : *« J'ai pas mal envoyé à la maison des ados »* MG5 : « *ça m'arrive de les envoyer à la maison des ados »*	La maison des adolescents
MG7 : *« sur l'association RIPOST, sur l'hôpital pour les sevrages, un petit peu le CSAPA »*	Hôpital
MG6 : *« -Donc vous adressez au CMP ou à une autre structure ?-Au RESAD enfin sur Avignon »*	Membre du RESAD non spécifié

II. Lever les freins à la pratique du repérage

II.1 Les freins rencontrés

II.1.1 Les freins au repérage (annexe 10.9)

CITATIONS	CODAGE
	Extrinsèques au médecin
	Liés à l'adolescence
MG1 : *« Alors après c'est sûr qu'entre 11 et 15-16 ans je dirai t'as pas la même approche, la même interrogation qu'à partir de 15-16 ans (…) tu poses pas la question du cannabis à un gamin de 11 ans »* MG3 : *« L'adule jeune je veux dire il vient pas consulter avec ses parents ça c'est sûr. A partir du moment où il vient pas consulter avec ses parents y'a pas de demande d'adulte jeune de consultation par rapport à un problème de cannabis »* MG6 : *« on joue un petit peu le rôle des parents enfin pas des parents, ou du « policier » » / « Et oui, parce qu'on est vieux et…voilà, nan mais je veux dire on est comme les parents, on est même peut être plus vieux que les parents donc voilà »*	L'âge de l'adolescence Sujet plus difficile à aborder avec un jeune adolescent qu'un jeune adulte (on y pense moins) ou sujet plus facile à aborder car jeunes ils sont plus souvent accompagnés de leurs parents qui en parlent à leur place. La différence d'âge accentue le rapport d'autorité
MG3 : *« souvent ils sont accompagnés par quelqu'un donc je veux dire euh sur une cause comme ça de petite pathologie je me sens pas de dire « est ce que vous pouvez aller dans la salle d'attente je vais discuter »* MG5 : *« ça va être les consultations où les parents sont très présents, où je pose la question mais je ne suis pas sûre que la réponse soit vraiment franche »* MG6 : *« C'est vrai que quand y'a les parents par exemple qui sont avec les gamins c'est un peu plus compliqué, c'est mieux quand on est seul à seul, ça c'est évident »/ « alors l'ado c'est pas évident, il va pas venir, c'est plus le grand ado je veux dire, autonome, 20 ans, quand il a moins de je dirai quand ça a moins de 16 ans 'fin c'est, je les vois pas. Tout seul je les vois pas. Ils viennent avec leurs parents. »* MG7 : *« Dans quelle situations vous êtes-vous déjà senti démuni ?-MG7- Lorsque les parents amènent leur gamin »*	La présence parentale
MG1 : *« Voilà c'est le problème de l'alliance thérapeutique qui est compliqué dans ce cas-là »* MG4 : *« quand tu les suis depuis la naissance, à chaque consultation tu vas pas reposer la question*	Le rapport à l'adolescent -Alliance thérapeutique : Trop forte ou trop faible

« bon tu fumes quoi ? » (rires) Quand tu le connais depuis trop longtemps c'est pas si facile que ça » / « ça c'est toute la problématique de la relation avec l'ado c'est vrai c'est pas toujours facile, il y a le côté idéal dans les séminaires et puis la pratique quotidienne : RIEN ! (Rires) » / « Je pense qu'il y a beaucoup d'irrationnel aussi et puis ça dépend aussi de la personne que t'as en face quoi, du lien qui se fait. C'est-à-dire certaines fois tu prends du temps parce que tu sens qu'avec cette personne qu'il y a quelque chose qui se passe et puis il y a un autre t'as envie de l'expédier quoi. » MG6 : *« Bé après c'est le, c'est tout le problème du relationnel avec la personne qui va être en face du jeune »*	
MG2 : *« essayer de gagner une ouverture pour parler du cannabis, ce qui n'est pas forcément très évident, je pense pas être le plus à l'aise là-dessus avec l'ado » / « Chez les ados je suis moins à l'aise. Je suis plus à l'aise avec les enfants qu'avec les ados. Après avec les jeunes adultes ça va. Le plus dur c'est la tranche 17-18 »* MG4 : *« Senti démuni c'est surtout quand la question se pose et qu'on se retrouve face à un mutisme total, moi j'ai beaucoup de mal à gérer la situation des adolescents »* MG6 : *« C'est une population qui est difficile quand même, où on a du mal à leur expliquer parce que voilà c'est des adolescents hein, 11-25 ans c'est l'adolescence et ils sont là pour se bruler les ailes » / « leur expliquer les dégâts que ça peut faire, mais bon c'est pas forcément le message qu'ils reçoivent d'emblée » / « Le message est pas forcément évident à faire passer » / « On est des fois je sais pas, mais on est peut être trop moralisateurs ou peut-être ils me perçoivent comme ça je sais pas »* MG8 : *« L'adolescent c'est compliqué parce qu'il entend pas nécessairement »*	-Ne pas se sentir à l'aise avec l'adolescent (Mutisme, déni, rôle de moralisateur, message difficile à faire passer)
MG2 : *« Sans parler des histoires de jeunes filles qu'il faut pas garder seul avec soi »*	Le rapport de séduction
	Liés au cannabis
MG4 : *« il y a aussi des freins effectivement personnels de représentation sociétale si je puis dire, on ne parle pas systématiquement de cannabis parce que ça reste « honteux » »*	L'image négative du cannabis
	Liés aux outils validés
MG1 : *« j'ai jamais utilisé les DEP ADO les trucs comme ça parce que c'est pas dans ma pratique que de faire des grilles comme ça »* MG3 : *« on peut imaginer que dans les maisons pluridisciplinaires quand il y aura des infirmières à*	Des questionnaires mal adaptés à la pratique : Inadaptés à la pratique de la médecine générale actuelle

l'accueil, les médecins, les psychologues, les machins ce sera adapté ce genre de pratique, mais pas actuellement en médecine générale » MG7 : *« J'ai la connaissance d'outils après que ça puisse être mis en pratique c'est autre chose »* MG3 : *« Après, sur chaque adolescent qui vient euh, soit pour un certif de sport, soit parce qu'il s'est fait une entorse de la cheville ou un truc comme ça, c'est vrai que je me lance pas dans un questionnaire sur les pratiques à risque. C'est pas le bon moment, j'y pense pas »*	Absence de moment opportun
	Intrinsèques au médecin
	Liés à l'expérience du médecin et à la consultation
MG2 : *« On peut pas tout faire, on peut pas être bon partout, je sais que je suis meilleur dans d'autres domaines »*	Connaître ses propres limites professionnelles
MG2 : *« ça fait trente ans que je suis installé, ça a un peu évolué, je voyais quand même plus d'ado »* MG8 : *« Moi-Est-ce que vous utilisez certaines techniques ou des outils pour le repérage ou est ce qu'il y en a que vous n'utilisez pas justement ? -MG8-Non. J'ai peu, je dois avoir, parce que j'ai cherché dans ma base de données, j'en n'ai que trois quoi d'ados dans ce cas-là donc euh…Mais après je suis ouverte si vous avez des informations à me donner ou me sensibiliser, je prends ! »*	Avoir peu d'adolescents dans sa patientèle
MG1 : *«il y a les histoires de possibilité personnelle de prendre du temps »* MG2 : *« On retombe dans le piège de la consultation du généraliste qui est trop séquencée parce que les gens même s'ils ont rendez-vous c'est des consultations alors qu'il faudrait programmer sur une heure de temps quoi » / « Les freins c'est un peu le manque de temps en consultation peut être donc lancer moins de perches »* MG4 : *« il y a des freins forcément de temps en pratique » / « « je pense que c'est extrêmement variable si tu sens que t'as une salle d'attente qui est pleine ou si finalement t'es en avance (…) -JP-tu dis « il est 18h en salle d'attente il y a plein de personnes qui attendent »-MG4-« Là c'est sûr que tu vas pas t'inquiéter de ses consommations»* MG7 : *«- Le temps pour vous c'est un frein ?-Oui ça peut être un frein c'est sûr, parce que ça arrive comme ça alors qu'on s'y attend pas donc on n'a pas prévu une consultation longue »*	Le manque de temps
MG1 : « *t'as pas envie d'aller trop loin, de lever un lièvre, on se sent pas d'aller lancer des perches probablement quand on sent qu'il y a des choses derrière qui risquent d'être trop lourdes »* MG3 : *« Mais ça ça s'applique à toutes les problématiques de repérage. Les médecins*	La peur d'identifier un problème dont on ne maîtrise pas la prise en charge

généralistes qui n'ont pas de formation en addicto ils ne posent pas de question sur les consommations de peur de la suite, les médecins qui n'ont pas de formation au niveau sexualité ils posent pas la question sur le sexe pour pas être embêté après et ainsi de suite. Si t'as pas envie de t'en occuper tu vas surtout pas repérer » MG4 *: « ça reflète bien la difficulté dans laquelle on est. Je trouve globalement qu'à la fois à soulever une question, est-ce qu'on est sûr de pouvoir donner des réponses à des ouvertures ? » / « Si tu lèves un lièvre, qu'est ce que tu fais du lièvre ? Et puis parfois le lièvre il est un peu gros ! » / « c'est là que t'es bien embêté parce que si en plus t'as repéré et que ça bloque… »* MG5 : *« Je suis démunie quand il y a quelqu'un qui va venir et me demander de l'aider à s'arrêter (…) je sais pas trop quoi lui proposer » / « Après il faut savoir ce qu'on en fait »*	
MG4 : *« j'ai quelques fois essayé d'utiliser les grilles mais ça a jamais duré en fait c'est trop fermé » / « y avait DEPADO et puis y'en avait un autre ADOSPA mais en même temps je ne les ai jamais utilisé dans le cadre de la consultation de médecine générale. Je trouve que c'est un peu trop compliqué. On perd pas de temps, on fait plutôt des questions ouvertes (…) mais dire que j'ai utilisé des outils en tant que tel… » / « C'est à la fois trop long et trop fermé(...) c'est-à-dire ça emprisonne dans les questionnaires. En fait ouais je ne m'y suis jamais retrouvé dans les réponses »/ « A l'époque c'était le CODES on avait une formation avec un classeur, c'est ingérable, t'as plein de trucs à distribuer machin etc, des questionnaires à faire au niveau des ados et en fait c'est absolument pas adapté à la médecine générale »* MG2 *: « Je repense à un ami qui avait un questionnaire en vingt questions pour le dos. Moi j'y crois pas trop aux questionnaires » / « Souvent on dit quand on pose des questions on n'a que des réponses »* MG7 : *« -Vous avez déjà utilisé des outils appris pendant une formation ?-Oui bof (…) c'est assez difficile, c'est assez lourd à mettre en œuvre, il faut du temps souvent »/ « Il faut faire revenir les patients, 'faut faire plusieurs fois, et ça c'est compliqué quoi » / « j'ai pas de technique particulière euh pour le repérage du cannabis (…) je suis pas persuadé de l'efficience de ce genre de choses, comme on parle d'un dépistage alcool etc, voilà ça marche pas très bien quoi. »*	Mauvaise valorisation des questionnaires de repérage : Trop compliqué, trop fermé, trop long Trop lourd, inefficace

II.1.2 Les freins à la prise en charge en réseau (annexe 10.10)

CITATIONS	CODAGE
	Intrinsèques au médecin
	Liés à l'expérience du médecin
MG1 : *« Peut être aussi parfois une histoire de quand ça remémore des histoires difficiles » / « c'est plus inconscient que conscient, à se retrouver de temps en temps à se dire après coup j'aurais pu faire quelque chose mais en y réfléchissant tu te dis ah bah oui ça peut me rappeler une histoire qui a été trop difficile, du coup t'as plus cette ouverture possible. »* MG2 : *« Bon les circonstances (où vous vous êtes senti démuni) je pense que le plus terrible ça doit être le suicide d'ado »*	Le souvenir d'une prise en charge antérieure traumatisante
MG1 : *« Je me suis senti démuni bien souvent parce que la réponse qu'on apporte on a l'impression qu'elle est mal acceptée (…) tu sens que ça tombe à l'eau quoi » / « quand tu sens que ça accroche pas derrière c'est toujours difficile »*	Des expériences d'échec de prise en charge en réseau La non satisfaction des attentes du patient
MG2 : *« j'étais fidèle au jeudi matin et après j'ai pas pu »*	Difficulté à rester investi dans le réseau de façon prolongée, faute de disponibilité.
	Extrinsèques au médecin
	Liés à l'adolescent
MG3 : *« Non la demande elle est jamais venue du jeune hein, mais que des parents »* MG4 : *« la demande elle vient rarement du jeune lui-même » / « c'est là que t'es bien embêté parce que si en plus t'as repéré et que ça bloque… »* MG6 : *« Parce que les envoyer au RESAD c'est pas simple quand ils sont ado dépendants, ouuuh c'est compliqué »*	L'absence de motivation/demande de prise en charge de la part de l'adolescent
	Liés au produit cannabis
MG3 : *« Y'a pas de traitement spécifique pour le cannabis, je me sens pas spécialement moi dans la prise en charge »*	L'absence de traitement de substitution au cannabis
	Liés au réseau
MG7 : *« -dans quelles situations avez-vous tendance à adresser le patient à une structure du réseau ?-MG7-De RESAD ? jamais, parce que c'est loin »*	Le manque d'offre de soin aux alentours
MG6 : *« le CMP ici c'est pas top »* MG7 : *« on se dispute parce qu'on envoie au CMP des patients parce qu'on a repéré des troubles psychiatriques et ils nous les renvoient en disant non c'est de la dépendance à des produits »*	Difficultés à travailler avec les CMP

II.2 Les solutions mises en œuvre

II.2.1 La gestion du temps (annexe 10.11)

CITATIONS	CODAGE
	Un frein relatif
MG1 : *« de toute façon c'est un problème qui se pose pour plein de choses »* MG2 : *« on retombe dans le piège de la consultation du généraliste qui est trop séquencée parce que les gens si ils ont rendez-vous c'est des consultations alors qu'il faudrait programmer sur une heure de temps quoi »* MG3 : *« souvent ça va vite et ça peut arriver qu'une fois hop ça prenne du temps mais je vois pas là-dedans ce qu'il y a de spécifique »/ « Ca en médecine générale tu peux le mettre à toutes les sauces »/ « c'est pas forcément très long de poser trois questions de voir qu'il y a un problème »*	Un frein non spécifique à l'addictologie, perçu selon l'expérience professionnelle
MG1 : *« Il y a les histoires de possibilité personnelle de prendre du temps » / « après je pense qu'on n'est pas pareil en fonction de la consultation précédente. Il y a des moments où il y a une consultation qui t'as foutu un peu en l'air et t'auras pas le temps parce que t'as pas la disponibilité hein, c'est pas une histoire de temps c'est une histoire de disponibilité, si t'as pas de disponibilité intellectuelle ça peut pas le faire » / « moi je pense que c'est pas pareil à 14h et à 18h. Parce qu'à 14h t'as toute l'après-midi derrière toi et tu penses que tu vas arriver à pas prendre de retard mais à 18h t'as déjà pris du retard donc c'est compliqué »* MG4 : *« Je pense que c'est extrêmement variable, si tu sens que t'as une salle d'attente qui est pleine ou si finalement t'es en avance. C'est vrai qu'on n'a pas du tout les mêmes capacités à poser des questions outils de consultation…je veux dire il y a des fois où t'es disponible et d'autres fois où on ne l'est pas »/ « Je pense qu'il y a beaucoup d'irrationnel aussi et puis ça dépend aussi de la personne que t'as en face quoi, du lien qui se fait, c'est-à-dire certaines fois tu prends du temps parce que tu sens qu'avec cette personne qu'il y a quelque chose qui se passe et puis il y a un autre t'as envie de l'expédier quoi »* MG7 : *« Oui ça peut être un frein c'est sûr, parce que ça arrive comme ça alors qu'on s'y attend pas donc on n'a pas prévu une consultation longue »*	La variabilité de la disponibilité intellectuelle selon la subjectivité du médecin

	Leurs solutions
MG1 : *« j'essaye d'adapter »*	S'adapter à la situation
MG1 : *« En même temps on s'est tous retrouvés à 18h à faire quand même une consultation de trois quart d'heure parce qu'il fallait que ce soit sur trois quart d'heure (…) je pense qu'on a aussi notre sensibilité qui fait que de temps en temps on prend beaucoup plus de temps quel que soit le moment » / « Quand on a besoin on le prend le temps »* MG2 : *« J'aime bien donner du temps »* MG5 : *« c'est la consultation qui me gère. Non j'arrive pas à faire sortir les patients de mon cabinet, j'arrive pas à les foutre dehors (rires) »* MG6 : *« Non pour moi ce n'est pas un frein (…) ça peut prendre cinq minutes si tout va bien machin voilà, comme ça va rendre une demi-heure, c'est très variable »* MG7 : *« Je rallonge un peu »* MG8 : *« Ben je prends le temps qu'il faut hein, 'fin je veux dire « eh oh ça fait un quart d'heure tu reviens » non je peux pas »*	Prendre le temps nécessaire quitte à prolonger la consultation
MG2 : *« quand quelqu'un vient pour la première fois au cabinet il a droit à deux rendez-vous, c'est le petit cadeau bonus »*	Prévoir une consultation longue en cas de premier contact
MG1 : *« on peut reproposer de réembrayer sur une autre consultation en donnant un travail à faire autour de l'addiction, un truc à remplir chez soi » / « Ouais voilà on n'a pas le temps de tout faire aujourd'hui mais pour faire avancer note travail on va essayer d'organiser la consultation d'après avec effectivement un relevé ou une des techniques euh »*	Séquencer
MG2 : *« Après si je vois que je suis pressé, je vois que je manque de temps, j'offre un prochain rendez-vous, je dis à Murielle il ou elle a droit à deux ou trois rendez-vous consécutifs » « Comme ça on part gagnant-gagnant »* MG5 : *« Si vraiment je suis très très à la bourre, je pourrais essayer de dire on en reparle une autre fois »* MG7 : *« reconvoquer un peu les gens en espérant qu'ils reviennent »*	Reconvoquer
MG3 *: « Donc c'est psy, structure pour les ados, mais je vais pas me lancer dans des suivis psychologiques. »* MG7 : *« je pense que les consultations cannabis organisées par certaines associations sont intéressantes parce qu'on va avoir quelqu'un qui aura du temps »*	Orienter

II.2.2 La présence parentale (annexe 10.12)

CITATION	CODAGE
MG2 : *« ça va servir de modèle sur le fait de pouvoir écouter les jeunes en faisant partir les parents dans la salle d'attente. En ayant quand même l'idée que le jeune il vient souvent avec ses parents et qu'après on demande aux parents gentiment qu'on préfère les voir tous les deux mais qu'après on leur fera un retour en se mettant d'accord avec le jeune est ce qu'on pourrait faire un retour aux parents, ça c'est un peu une tactique en trois temps, une mise au point »* MG3 : *« ils viennent avec les parents, on le reçoit seul et après on fait le point avec les parents »*	Entretien en trois temps avec les parents

II.2.3 Adapter son rapport à l'adolescent (annexe 10.13)

CITATIONS	CODAGE
MG1 : *« leur permettre quand même de savoir qu'on peut en parler à un médecin, parce que je pense qu'ils sont pas au courant que ça peut être des trucs qu'on peut discuter avec nous, et donc on peut leur ouvrir effectivement la porte » / « Je pense qu'on a un rôle d'ouverture » / « ouais je pense que c'est intéressant de leur dire qu'on peut en parler quoi »* MG2 : *« moi je leur ouvre toujours une porte en disant qu'ils peuvent aussi changer de médecin traitant, pas forcément me choisir, comme je suis celui des parents peut être » / « après si on gagnait la confiance du jeune en redisant un peu le rôle du secret médical quoi, gagner la confiance » / « 'faut gagner la confiance, essayer de gagner une ouverture pour parler du cannabis ce qui n'est pas forcément très évident »/ « l'outils c'est gagner la confiance, et des questions ouvertes. De toute façon moi je dis toujours c'est du sur mesure »* MG6 : *« Les outils ? non non mais moi c'est l'examen clinique, l'interrogatoire (…) c'est la mise en confiance »*	-Proposer de changer de médecin traitant -Adapter son attitude, mettre en confiance, avoir une attitude d'ouverture -Rappeler la notion de secret médical

Annexe 12 : Mot d'introduction au focus group

Bonsoir à toutes et à tous,

Tout d'abord je tiens à vous remercier de votre présence. Une des difficultés de ce type d'étude est de réunir les membres du groupe, alors je vous remercie de votre disponibilité ce soir.

Je suis interne de médecine générale. Ma thèse est une étude qualitative qui interroge des médecins généralistes libéraux sensibilisés à l'addictologie et membres d'un réseau d'addictologie sur leurs pratiques concernant les adolescents (entre 11 et 25 ans) qui sont consommateurs de cannabis.

En quelques mots, je vais vous exposer un peu les « règles du jeu » :
Dr Jean-Pierre MUGARD sera l'animateur, il vous posera des questions ouvertes.
Il s'agit d'une interview en focus group, c'est-à-dire collective. Cette technique d'entretien repose sur la dynamique de groupe, elle permet d'explorer et de stimuler différents points de vue par la discussion. Il est important que chacun de vous participe car le but est de recueillir un éventail d'idées divergentes et non pas d'obtenir un consensus.

Moi je serai l'observateur, j'observerai et écouterai le déroulement de la discussion. J'écrirai au tableau les questions posées au fur et à mesure. En fin de séance je ferai une synthèse de ce qui a été dit et je vous demanderai de compléter quelques données à partir d'un petit questionnaire.

Toute la discussion est enregistrée afin d'être retranscrite et analysée ultérieurement. Je vous garantis le respect de votre anonymat et de vos opinions lors de l'exploitation des données. Ces données seront utilisées à des fins scientifiques.

Avant de commencer, je vous propose de faire un tour de table pour que chacun se présente aux autres.

BIBLIOGRAPHIE

La recherche bibliographique qui a permis d'alimenter cette enquête a été réalisée à partir d'articles et d'études scientifiques répertoriés sur des moteurs de recherche tels que EM Premium, Cairn ou le catalogue SUDOC pour les thèses référencées, accessibles via le site de la Bibliothèque Universitaire d'Aix-Marseille, également à partir de sites internet officiels tels que celui de l'OFDT, et à partir de la bibliographie des articles consultés.
Les mots clés utilisés étaient *cannabis, adolescent, médecine générale, étude qualitative.*

1. Ansm. Commission des stupéfiants et psychotropes. Septembre 2013.

2. Simon Louvet. Pas si légal : pourquoi la police ferme les boutiques de CBD, un dérivé du cannabis. 2018. Disponible sur : https://actu.fr/normandie/rouen_76540/pourquoi-police-ferme-boutiques-cbd-derive-cannabis_18091690.html

3. Reynaud-Maurupt C. « Les habitués du cannabis » une enquête qualitative auprès des usagers réguliers-OFDT. 2009.

4. OFDT. Cannabis - Synthèse des connaissances. 2017. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/

5. Phan O, Obradovic I, Har A. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. 12 juillet 2016. Disponible sur : http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1068112/resultatrecherche/102

6. World Health Organization. The health and social effects of non-medical cannabis use. 2016.

7. OFDT. Rapport national OFDT 2017. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-nationaux/rapport-national-ofdt-2017/#products

8. Emilie Millet. Evaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage de la consommation de cannabis chez les patients de 15 à 25 ans, étude menée sur des médecins généralistes présents à une formation. 2015.

9. OFDT. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Février 2018.

10. Ivana Obradovic. Usage problématique de cannabis ; revue de la littérature internationale. 2013.

11. Inserm. Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé ? 2001.

12. Virginie Mejean. Représentations et ressentis des consommateurs de cannabis face à leur médecin. 2016.

13. Catherine Laporte. Le médecin généraliste et la consommation de cannabis des adolescents en France. Université d'Auvergne - Clermont-Ferrand. 2016. Disponible sur: https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01611871/document

14. CEIP-A. Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances - Principaux résultats enquête DRAMES 2016.

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

16. Kanit M, Sana M, Bani T, Laqueille X. Cannabis et grossesse : actualités et expériences cliniques. 11 septembre 2009. Disponible sur : http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/225487/resultatrecherche/21

17. Bigot W, Grasland A, Simonpoli AM, Berquier G, Mahe I. Une cause rare d'hyponatrémie profonde. 15 nov 2017. Disponible sur : http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1176107/resultatrecherche/894

18. Ottavi A. Le syndrome d'hyperémèse cannabique. 7 juillet 2017.

19. Xavier Laqueille. Addictions et comorbidités psychiatriques. Revue du Praticien. Juin 2018.

20. Patrick Mura. Cannabis. 9 mai 2017 ; Disponible sur : http://www.em-premium.com.lama.univ-amu.fr/article/1121176/resultatrecherche/993

21. Pr Pier-Vincenzo Piazza. Conduites addictives et adolescence. 2015. Disponible sur : http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/l-essentiel-sur-les-addictions/conduites-addictives-et-adolescence

22. Philippe Castera. Cinq minutes pour convaincre. Addictions. Juin 2008.

23. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. 19 octobre 2011. Disponible sur : http://www.em-consulte.com/en/article/666041

24. Piriyanthi Kanagaratnam. Prise en charge de la consommation de cannabis chez les adolescents de 15-19 ans par les médecins généralistes : Etude qualitative menée auprès de quinze médecins généralistes de Seine-et-Marne. 2015.

25. Jean-Philippe Pan. Le médecin généraliste face à la consommation de cannabis : enquête qualitative réalisée en 2007 auprès de seize médecins généralistes installés dans le Finistère Sud.

26. Andreea Olimpia Constantinescu. Etat des lieux de la prise en charge des adolescents fumeurs de cannabis en médecine générale : étude auprès des médecins généralistes de Picardie. 2016.

27. Ivana Obradovic. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez l'adolescent. OFDT. 2013.

28. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte. Décembre 2014.

29. Isabelle Aubin-Auger, Alain Mercier, Laurence Baumann, Anne-Marie Lehr-Drylewicz, Patrick Imbert, Laurent Letrilliart, GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. Exercer. 2008.

30. Alain Moreau, Marie-Cécile Dedianne, Laurent Letrilliart, Marie-Frane Le Goaziou, José Labarère, Jean-Louis Terra. S'approprier la méthode du focus group. Revue du Praticien. 15 avril 2004.

31. Dr Touboul, Pia. Recherche qualitative : la méthode des Focus Groupes : Guide méthodologique pour les thèses en médecine générale. 2010.

32. Inserm. Conduites addictives chez les adolescents usage, prévention et accompagnement, expertise collective, principaux constats et recommandations. Février 2014.

33. Conseil départemental du Vaucluse de l'Ordre des médecins. Cartographie Interactive de la Démographie Médicale. 2018. Disponible sur : https://demographie.medecin.fr/mobile.php#listindics

34. Dominique Pestiau. Genres et pratiques de première ligne. Octobre 2007.

35. Sophie Martos. 22 consultations par jour de 17 minutes en moyenne : comment travaillent les généralistes. Le Quotidien du Médecin. 2017. Disponible sur : https://www.lequotidiendumedecin.fr/actualites/article/2017/05/02/22-consultations-par-jour-de-17-minutes-en-moyenne-comment-travaillent-les-generalistes_847151

36. Philippe Binder. L'adolescent, un patient particulier. 25 novembre 2016.

37. MILD&CA. La réduction des risques (RDR). 2015. Disponible sur : http://www.drogues.gouv.fr/comprendre/ce-qu-il-faut-savoir-sur/la-reduction-des-risques

38. François-Xavier Schweyer. Le travail en réseau : un consensus ambigu et un manque d'outils. Cairn. 2005.

39. Ivana Obradovic. Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». OFDT. Mai 2015.

40. Drogues Info Service. Trouver les CJC alentours. Drogues Info Service. Disponible sur : http://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles/(lng)/5.1432068/(lat)/44.0565054/(address)/vaucluse/(idR)/20473/(country)/fr

41. Ivana Obradovic. Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues (1999-2008). 2010.

42. Ivana Obradovic. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. OFDT. Décembre 2017.

43. HAS. Critères d'usage nocif et de dépendance à une substance psychoactive et au tabac selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes de l'OMS, 10eme révision (CIM-10). 2014.

44. OFDT. Détection des usages problématiques de cannabis : le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). 2013. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/detection-des-usages-problematiques-de-cannabis-le-cannabis-abuse-screening-test-cast/

45. DICAdd13. Le cercle de Prochaska et Di Clemente. intervenir-addictions.fr, le portail des acteurs de santé. Disponible sur: https://intervenir-addictions.fr/intervenir/le-cercle-de-prochaska-et-di-clemente/

46. DICAdd13. Le cercle de Prochaska et Di Clemente.

RÉSUMÉ

Repérage de la consommation de cannabis chez les jeunes au cabinet de médecine générale : étude qualitative en focus group menée auprès de médecins généralistes formés en addictologie.

Introduction : La France est un des pays d'Europe qui compte le plus de consommateurs de cannabis. La dangerosité de la consommation de cannabis dès le plus jeune âge, et ses répercussions médico-psycho-sociales à court et long termes nécessitent de repérer et de prendre en charge précocement ces consommateurs. Malgré l'existence d'outils validés, de nombreux freins au repérage précoce-intervention brève (RPIB) ont été décrits dans diverses études.

Objectif : Analyser les motivations de médecins généralistes sensibilisés à l'addictologie et membres d'un réseau d'addictologie afin de comprendre les déterminants d'appropriation des outils de RPIB chez l'adolescent consommateur de cannabis, et l'intérêt de faire partie d'un réseau. Comprendre ce qui permettrait de lever les obstacles à la pratique de ce repérage.

Matériels et méthodes : Etude qualitative réalisée en avril 2018 auprès de 8 médecins généralistes libéraux du Vaucluse et du Gard formés en addictologie et membres d'un réseau d'addictologie, par entretien semi-dirigé, en focus group ou entretiens individuels.

Résultats : Ces médecins se sont formés en addictologie et ont adhéré au réseau car ils avaient des lacunes de connaissances tout en étant confrontés à des patients consommateurs de substances psychoactives en demande de soins ; ils souhaitaient améliorer leur prise en charge. Plusieurs ont assisté à l'émergence de l'addictologie lors de l'épidémie du VIH, et ont été pionniers des prescriptions de TSO, vécues comme des actes de militantisme. La formation leur a apporté un regard nouveau sur les usagers de cannabis, des connaissances scientifiques et actualisées sur le sujet, et des outils de consultation. Ils sont motivés pour faire du RPIB car ils considèrent que cela fait partie de leur rôle de médecin traitant, et ils se sentent à l'aise grâce à leurs connaissances sur la substance et les moyens de prise en charge. Les outils de repérage qu'ils utilisent sont l'outil relationnel, différentes techniques d'entretien, un repérage systématique ou ciblé devant des symptômes ou des situations qui interpellent. Aucun n'utilise les questionnaires de repérage jugés inappropriés à leur pratique. Pour prendre en charge, ils pratiquent une intervention brève ou orientent vers une structure spécialisée si nécessaire. Si certains freins au repérage persistent, ils arrivent néanmoins à s'adapter au ressenti du manque de temps, à la présence parentale, et au rapport à l'adolescent.

Conclusion **:** Nombre d'outils de repérage de l'usage de cannabis chez l'adolescent sont applicables à la pratique du médecin généraliste s'il les possède. Il est important de former en nombre les généralistes afin d'améliorer la prise en charge de ces patients.

Mots clés : Cannabis, adolescent, médecine générale, étude qualitative.