HAL
open science

Quelle est la fréquence et l'influence des freins à la déclaration d'une consommation de cannabis chez des patients ayant un usage problématique actuel ou ancien

Karim Khelfaoui

To cite this version:

Karim Khelfaoui. Quelle est la fréquence et l'influence des freins à la déclaration d'une consommation de cannabis chez des patients ayant un usage problématique actuel ou ancien. Sciences du Vivant [q-bio]. 2018. dumas-02094402

HAL Id: dumas-02094402

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02094402

Submitted on 9 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

Quelle est la fréquence et l'influence des freins à la déclaration d'une consommation de cannabis chez des patients ayant un usage problématique actuel ou ancien?

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 12 Novembre 2018

Par Monsieur Karim KHELFAOUI

Né le 31 août 1988 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SIMON Nicolas	**Président**
Monsieur le Professeur GIORGI Roch	**Assesseur**
Madame le Professeur GAUDY-MARQUESTE Caroline	**Assesseur**
Monsieur le Docteur CUTARELLA Christophe	**Directeur**
Monsieur le Docteur VINCEY Christian	**Assesseur**

Faculté de Médecine
Aix*Marseille Université

Quelle est la fréquence et l'influence des freins à la déclaration d'une consommation de cannabis chez des patients ayant un usage problématique actuel ou ancien?

T H È S E

Présentée et publiquement soutenue devant

LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MARSEILLE

Le 12 Novembre 2018

Par Monsieur Karim KHELFAOUI

Né le 31 août 1988 à Montpellier (34)

Pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

D.E.S. de MÉDECINE GÉNÉRALE

Membres du Jury de la Thèse :

Monsieur le Professeur SIMON Nicolas	**Président**
Monsieur le Professeur GIORGI Roch	**Assesseur**
Madame le Professeur GAUDY-MARQUESTE Caroline	**Assesseur**
Monsieur le Docteur CUTARELLA Christophe	**Directeur**
Monsieur le Docteur VINCEY Christian	**Assesseur**

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 :

A Monsieur le Professeur Nicolas Simon,

Merci d'avoir accepté de présider ce jury et d'avoir été disponible tout au long de ce travail de thèse. En espérant que ce travail sera à la hauteur et digne de l'aide que vous m'avez apporté. Recevez ici mes sentiments les plus respectueux.

A Mr le Professeur Roch Giorgi,

Merci d'avoir accepté de participer à ce jury. En espérant que vous trouverez ce travail intéressant par son approche et sa méthodologie. Soyez assuré de mes sentiments les plus respectueux.

A Mme le Professeur Caroline Gaudy-Marqueste,

Merci d'avoir accepté de juger ce travail. Les mois de stage à vos côtés et ceux du service de dermatologie m'ont laissé une trace indélébile. Vos enseignements ont été riches et fort intéressant pour ma pratique. Bien que ce travail de thèse soit éloigné de votre discipline, j'espère que vous le trouverez intéressant. Soyez assuré de mes sentiments les plus sincères.

A Mr le Docteur Christian Vincey,

Merci d'avoir accepté de participer au jury. Les mois passés auprès de vous m'ont beaucoup appris sur la pratique de la médecine de ville et l'approche profondément humaine qui la sous-tend. Votre pratique a su renforcer mon intérêt pour ce métier. Recevez ici mes sentiments les plus sincères.

A Monsieur le Dr Christophe Cutarella,

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Ton aide et de ta disponibilité ont été précieuses tout au long de l'élaboration de ce travail, tout comme ta bonne humeur et j'espère que ce dernier fera honneur à tes enseignements. Avec mes remerciements et mes sentiments les plus sincères.

A Monsieur le Dr Julien Cantini,

Merci de votre aide précieuse lors de l'élaboration du questionnaire de cette étude qui a permis d'en améliorer la teneur et la rigueur méthodologique.

A Monsieur le Dr Gérard Fouquet,

Pour votre gentillesse et votre compétence. Ces années passées à vous remplacer, ainsi que vos conseils, m'ont permis de m'améliorer et de comprendre le métier de médecin de famille qui est si riche.

A ma famille,

A mes parents qui ont toujours fait de leur mieux pour permettre, à mon frère, ma sœur et moi-même, de grandir à l'abri du besoin. Ils ont toujours essayé de nous éduquer avec un sens aigu des valeurs de partage et de responsabilité. Je suis et resterai à jamais reconnaissant de tout ce qu'ils font pour nous 3, on ne pouvait espérer de meilleurs parents. Merci pour tout !

A mon frère et ma sœur, qui ont dû supporter mon caractère « de dictateur » et me tenir tête si souvent. Même si je ne donne pas toujours de nouvelles, je pense à vous souvent. J'espère que vous êtes fiers de moi comme je suis fier de vous. Restez comme vous êtes car vous êtes des personnes admirables.

A Mémé, témoin de mes origines méditerranéennes. Ton sourire qui rayonne chaque fois que tu me vois me fait chaud au cœur comme ta colère quand je ne viens pas depuis trop longtemps. Ton énergie a toujours forcé mon respect et j'espère que tu la garderas encore très longtemps.

A la grande tribu des Allel et de leurs enfants. Merci de toujours mettre l'ambiance, c'est toujours un plaisir de vous voir même si j'en sors souvent avec quelques maux de tête. ☺ Il est bon d'avoir une famille si soudée…

Aux amis d'enfance :

Jason, mon frère de cœur, avec qui je me suis battu, fait des conneries mais surtout avec qui j'ai beaucoup ris ! J'ai grandi avec toi et cela m'a largement transformé dans ma personnalité. Timide et calme dans notre enfance, je suis devenu une grande gueule qui s'assume en grande partie grâce à toi. Pas facile tous les jours d'être le pote à lunettes du Brad Pitt lunellois ! On a toujours pu parler de tout même si souvent on n'est pas d'accord, tu n'as jamais peur du débat, du conflit et pour ça aussi merci... Tu garderas toujours une place spéciale dans ma vie et j'espère que les trente prochaines années seront aussi riches que les trente dernières ! J'ai hâte de voir tes enfants grandir et j'aspire à les corrompre comme tu m'as corrompu ☺

Julien, l'homme qui a réalisé mes rêves de gosses ! Je suis vraiment fier de te voir évoluer tant professionnellement que personnellement. Qu'il parait loin le temps où on avait d'interminable discussions sur l'avenir de l'ADSL ☺ Je regrette qu'on ne se voie pas plus souvent à cause de la distance mais promis je viendrai te voir au Canada plus régulièrement !

Louis, l'homme qui porte un nom qui me décrit bien. Il est vrai que les années et la distance semblait nous séparer mais ce n'est qu'une illusion d'optique sans doute dû à notre vision défaillante. C'était un plaisir de te revoir en compagnie de ta future femme en Août et ce sera un honneur d'être ton témoin de mariage. On a vécu côte à côte les années qui nous ont le plus transformer pour devenir des adultes (enfin presque) et je me souviendrai qu'avant d'en arriver là, je te mettais ta race à DBZ !

Aux nîmois :

Pierre, mon premier coloc avant même qu'on aménage ensemble. Ces parties endiablées de Guitar Hero où tu te prenais pour le batteur d'Aerosmith, ces matchs de catchs où on commentait mieux que les commentateurs, ces grosses teufs qu'on organisait chez nous sans qu'aucun de nous deux ne gère le bordel, tous ces moments exceptionnels qu'on a partagé au fil des années sont des souvenirs impérissables. Te voir devenir Papa était une immense fierté, ne pas te voir devenir Docteur reste mon plus grand regret. Avec tes femmes, vous formez une famille superbe que j'espère toujours garder près de moi. Et surtout : ne perd jamais ton sens de la répartie, ni ta susceptibilité légendaire, ça fait ton charme !

Mika, le némésis de Freezer et Cell, le champion du monde du concours de mangeur de riz, le pourfendeur du Bescherelle. Ta bonne humeur à toute épreuve et ton imagination sans limite pour inventer des conneries m'ont toujours fasciné. J'aime cette façon que tu as de toujours vouloir te dépasser, t'améliorer et je sais que tu transmettras ces qualités à Sangok… euh Tao et Naomi ☺ ! Emilie a de la chance mais tu en as aussi parce qu'elle est toujours là pour toi. Tous ensemble, vous faites une bien belle famille. Garde la pêche et n'abuse pas du Genkidama, tu finirais par tous nous épuiser.

Zaza et Planche, mon couple hétéro préféré ! On peut dire qu'on en a vu passer des c…, enfin des trains. Depuis 10 ans maintenant, vous avez toujours été là dans les bons comme les mauvais moments. Vous m'avez supporté chez vous quand j'en avais besoin et je sais que ce n'était pas forcément évident pour 2 maniaques comme vous ! Toujours là pour m'écouter déblatérer même si vous n'avez pas toujours envie de débattre contrairement à moi (oui, c'est une manie, je le sais), vous avez à chaque fois la politesse de me laisser finir. Toujours de bons conseils, vous êtes les meilleurs acolytes dont j'aurais pu rêver pour faire les 400 coups et je resterai toujours l'amant de votre couple 😁 ! PS : C'est bien parce que je vous aime que je vous laisse gagner à DBZ…

Philippe, aka Filou et surtout pas Fifou ! Notre première rencontre, qui a failli tourner au pugilat, ne m'a heureusement pas détourné d'une personne dotée d'une gentillesse sans borne. Ta mauvaise tête usuelle des premières rencontres ne cache qu'un cœur d'or que j'aimerais te voir plus exposer. Ta grande culture est toujours agréable à écouter et ta tête dure dans les joutes verbales me plait. Garde ton esprit d'indépendance et arrête de me prendre la tête avec l'honnêteté intellectuelle car il faudrait se priver de tout, tout le temps et tu sais que ça n'a aucun sens... Pour le reste, continue de me dire à chaque fois que tu n'es pas d'accord car ça m'aide toujours à avancer.

Hadrien, le Barry White de la psychiatrie. Ta voix de crooner me manque et je suis content de la retrouver chaque fois que je passe sur Paris ! Bientôt Papa, je compte sur toi pour transmettre la sagesse élémentaire à ton enfant que nous avons si durement acquis : ne pas changer de type de plantation en D4, ne pas essayer de faire sécher au four un produit qui n'est pas mûr, n jamais consommer à Amsterdam à côté d'un épileptique et surtout si ça tourne, rester allongé ! ☺

Lyla, ma fille cachée qui est devenue une femme fatale. Merci pour ton sourire et pas merci pour ton rire ! ☺ Ta prévenance, ton souci des autres et ta générosité font de toi une perle rare. Rémi est bien chanceux mais je crois qu'il te le rend bien. Par pitié, ne change rien !

Justine, ma mère cachée qui est devenue une mère modèle. Depuis la P2, on en a fait du chemin (enfin bien plus toi que moi) et pourtant je retrouve la même complicité à chaque fois qu'on se retrouve. Même si tu es bien occupée à vivre ta vie de famille, j'apprécie toujours autant nos retrouvailles et j'espère qu'elles seront plus nombreuses à l'avenir.

Camille, aka Shookoo. Grâce à toi, ces sous-colles de D4 avaient l'air sérieuses (mais juste un air). Je n'oublierai jamais ces moments de sérieux mais aussi les moins sérieux comme ces vacances à l'autre bout du monde où tu nous as prouvé qu'on pouvait passer des frontières avec des (faux) papiers que ne comprennent pas les douaniers. Prends soin de toi et à très vite.

Amir, dit Habibi : pas vraiment nîmois mais un peu quand même. Mec depuis la première année tu me fais rêver. Seul P1 en soirée internat, tu es un génie parmi les génies. Humour ravageur et intelligence acerbe, voilà ce qui te définit le mieux. Oublie pas de t'inscrire sur les listes électorales cette fois !

A Nico M, Nico N, Nico W, Franck, Antoine, Andréas, Adel, Alex, Caro B, Caro ma marraine, Sophie F, Sophie O, Romain, Jeremy, Chloé, Anne Sophie, Annabelle, Farès, François, Anaïs et toute la team nîmoise (j'en ai forcément oublié certains mais ça vous concerne aussi) qui ont rendu ces premières années de formation magiques ! Merci…

Aux Marseillais :

A Pierre-Clément, aka la grande saucisse. Vivre avec toi pendant 4 ans nous a permis de débattre comme rarement j'ai pu le faire avant. Faut dire que t'as une sacrée grande gueule et pour ça merci. Enfin quelqu'un qui ne fuit pas le conflit et qui fait avancer le schmilblick ! Ça manque de plus t'avoir tous les soirs à la maison… La petite saucisse a bien de la chance et toi aussi d'ailleurs.

A Pierrick, dit le fraté. Ah le fraté, c'est une vraie histoire d'amour entre nous. Les sorties, les grandes discussions, la coloc et sa très fine cloison sont autant de bons souvenirs que je vais garder. Je suis bien content que ton mariage soit annulé… ☺ Vous ferez de très beaux parents avec Cécile, vous vous êtes si bien trouvé. Restez comme vous êtes !

A Nico, alias l'homme canon. Ces quelques mois sans toi dans les parages m'ont rappelé à quel point tu es une pièce essentielle dans le dispositif Golmons et dans ma propre vie. Garde ton humour et ta voix nasillarde, ça te va si bien !

A Eva, aka Milou. Ta stature, ta sagesse et ton allure me donnent toujours l'impression que tu es plus âgée que moi, et pourtant ! J'apprécie toujours de pouvoir te parler et passer des moments avec toi car c'est à chaque fois intéressant. Tu vas devenir une grande chirurgienne et une grande dame, j'en suis convaincu.

A Fady, le musulman qui allume des cierges à la bonne mère pour moi. Ta candeur et ta gentillesse sont toujours appréciées. J'espère que tu continueras à toujours avoir l'air étonné, ça me fait beaucoup rire ! Continue de prendre soin de ma chère colocataire. Merci d'être toi poulet !

A Romain, l'Abradard. Toujours un mot gentil, toujours un intérêt pour les autres. Tu es l'incarnation de l'ami dont on peut tous rêver. J'aime ton air nonchalant qui surpasse le mien de loin. Avec Maë, vous vous êtes bien trouver. L'un calme, l'autre pipelette survoltée. Merci de m'avoir accueilli quand j'en avais besoin !

A Thomas et Mylène, le couple miou-miou. Merci à vous d'être toujours de bonne humeur et un peu aviné. Thomas, tu as toujours été un soutien sans condition et pour ça je te remercie. Mylène, merci pour ta franchise quand quelque chose ne te plait pas, c'est précieux. Promis je sortirai mon costume du parrain le moins souvent possible ☺

A Nevers, dit la touffe. Tes mains magiques me font rêver comme de nombreuses femmes j'imagine ! Sérieux t'as vraiment un incroyable talent ou plutôt deux si on compte ta connerie. Ta tête de gland est toujours une source d'inspiration et pour ça aussi merci !

A Noé, mon asiat' préféré. J'admire ton courage et ta pugnacité. Quand t'as une idée en tête, tu ne lâches rien ce qui est de plus en plus rare de nos jours. Il parait que t'es handicapé mais j'ai plutôt l'impression qu'on est tous handicapés à côté de toi. Un seul bémol : quand on demande qui vient et que tu ne peux pas, ne réponds pas bordel !!!

A Guillaume Freyburger, la mascotte des Golmons. Toujours le sourire, toujours le petit mot pour faire rire. Tu es comme ces lutins qui apportent de la magie en ce bas monde et j'espère que tu ne perdras jamais ce don. Prends soin de Panpan et de toi-même l'ami !

A Guillaume Demerens, aka Ouin-Ouin. Je n'oublierai jamais la franchise dont tu as fait preuve quand j'en avais le plus besoin, ni à quel point tes chaussures me vont bien. Tu as trouvé une perle en la personne de Sarah que j'en profite pour saluer et tu as bien raison de l'épouser.

A Mathilde, dit le Thildon. Bien que nos rapports aient considérablement changé, ça ne change rien à ce que je pense de toi. Tu es quelqu'un de bien et je te souhaite seulement d'être heureuse.

A Deco et Sonia, l'autre couple Miou-Miou. Oliv, mon médecin attitré, je n'oublierai jamais cette nuit folle qu'on a passé (hum, Sonia ne soit pas jalouse). Sonia la têtue, tu me fais bien marrer. Continuez comme vous êtes et soyez heureux ensemble.

Aux colocs du 13 rue Fénelon : Florence, Gauduchon, Alex, Josepha, Anaïs, Vivien, Noé, PC, Pierrick, Moineau, Mathilde et même Sophie. Malgré mes défauts vous m'avez tous supporté et pour cela merci à tous. J'imagine que ça n'a pas dû être facile tous les jours. Je garde de très bons souvenirs avec vous tous !

Aux insoumis :

Lise, la grande dame. Alors que je débarquais sans vraiment savoir ce que je faisais, tu as su me donner confiance en moi. Grâce à toi mon engagement est devenu pérenne et je crois avoir trouvé ma voie. Quelques lignes ne peuvent suffire à dire ce que je pense mais au fond tu dois déjà le savoir.

Djenna, mon binôme. A peine rencontrée, j'ai compris qu'il y avait comme une connexion. J'apprécie toujours nos conversations et les précieux conseils que tu me donnes. Tes hommes sont exceptionnels et ça ne m'étonne pas car tu l'es aussi. N'aie jamais peur de perdre ce lien qu'on a, il n'y a aucun risque !

A Seb, ma tronchasse. Impossible de te louper que ce soit par ta grande taille ou ta grande gueule de marseillais. Je dois bien dire que je suis vraiment fier de toi, de ton grand cœur et des actions que tu mènes. Tu mérites tout ce qu'il t'arrivera par la suite.

A Josepha, la coloc. Malgré ton jeune âge, tu es vraiment mature et c'est appréciable. Sincère dans ton engagement comme dans ta vie, tu mérites le meilleur. Sache que tu trouveras toujours une oreille attentive avec moi dès lors que tu voudras parler.

A Hazem, le maître d'œuvre. Croiser ta route est un plaisir depuis le début, que ce soit pour boire un café en discutant pendant des heures ou boire des coups à finir rôti pendant des heures. Promis après cette thèse, je ne te demanderai plus de cuisiner pour autant de monde même s'il faut bien avouer que tu es un vrai cordon bleu !

A Franck, dit Tortue-Géniale. A côté de toi, MacGyver est un playmobil du bricolage. Même si ton humour est largement incompris, je reste ton plus grand fan. Ne change rien sauf le tabac !

A Michel, aka Grognatou. Ils disent que tu t'énerves et que tu grognes alors que je sais bien que ce n'est jamais pour rien. J'admire l'énergie que tu déploies pour ce que tu crois juste, tout comme l'inventivité pour faire un show superbe avec les moyens du bord ! Prends soin de toi et arrête de remplir les groupes électrogènes avec un cigare allumé !

A Elisa, le meilleur routard. Ton sens de l'organisation m'impressionne vraiment comme ta capacité à garder le sourire. Super guide, ces vacances avec toi et les autres étaient vraiment cool et j'espère qu'on en fera d'autres !

A Max, la super découverte de ces derniers mois. On ne se connaissait pas, on est parti à l'autre bout du monde et ça a été génial comme improbable qu'on s'entende si bien. J'espère que tu vas vite rejoindre la team Marseille et en attendant tu sais que je t'accueille quand tu veux !

A Antoine, le maître des réseaux. Dès le début à Naples, j'ai accroché. Depuis j'ai toujours plaisir à te revoir à Marseille comme à Paris. Merci de m'avoir si souvent hébergé et tu sais que j'en ferais toujours de même.

A Jean-Luc, le mentor. Tu as su m'inspirer par ta force comme celle de tes discours. Grâce à toi, le goût de la lutte ne me quitte plus. Tu dis souvent qu'un jour ils en viendront à te regretter tant nous avons la tête dure et tu as raison. Je sais maintenant qu'on échouera à transformer le monde uniquement si on arrête d'essayer mais ce n'est pas près d'arriver. Ils découvriront bien assez tôt qu'ils vont en prendre encore pour 30 ans avec moi comme avec tous les autres.

Il y a tant d’autres personnes que je voudrais rajouter à cette liste mais il faut bien une fin alors je vais me contenter de les citer : Hanifa, Helen, Michel, Dominique, Julien, Armand, Juliette, Flore, Elise, Mickael, Annie, Claude, Laetitia, Pierre, Mohamed, Mehdi et tant d’autres têtes dures exceptionnelles.

Le glamour pour la fin :

Anne-Claire, dit le chaton. Drôle, intelligente, exubérante voire un peu délurée mais ça te donne un charme si singulier, tu as su prendre rapidement une place particulière. Grâce à toi la période d’écriture de cette thèse a été jonché de très bons souvenirs et j’espère que l’avenir nous en réserve beaucoup d’autres.

Abréviations

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

AVC : Accident vasculaire cérébrale

BAC : Baccalauréat

BEP : Brevet d'Etudes Professionnelles

CAP : Certificat d'Etude Professionnelle

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CBD : Cannabidiol

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

DRAMES : Décès en Relation avec l'Abus de Médicaments Et de Substances

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

GABA : Acide γ-aminobutyrique

GRP55 : Récepteur 55 couplé au protéine G

HAS : Haute Autorité de Santé

LSD : Acide lysergique diéthylamide

MDMA : 3,4-méthylènedioxy-N-méthylamphétamine

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

ONU : Organisation des Nations Unies

OICS : Organe Internationale de Contrôle des Stupéfiants

PCP : Phéncyclidine

Récepteur CB_1 : Récepteur Cannabinoïde type 1

Récepteur CB_2 : Récepteur Cannabinoïde type 2

RSA : Revenu de Solidarité Active

SNC : Système nerveux central

THC : Δ^9-Tetrahydrocannabinol

Table des matières

I. Introduction 5

1. Histoire du cannabis dans les sociétés humaines 5
2. Pharmacologie du cannabis 6
3. Epidémiologie du cannabis en France 8
4. Complications liées à la consommation de cannabis 9
5. Le rôle prépondérant du médecin généraliste dans le repérage 10
6. Les freins à la déclaration d'une consommation 11
7. Objectifs de l'étude 11

II. Matériel et méthodes 12

III. Résultats 15

1. L'échantillon global 15
2. Les caractéristiques socio-professionnelles 17
   - i. Le sexe 17
   - ii. Le milieu d'habitation 18
   - iii. Conditions de logement 19
   - iv. Taux d'étudiants 20
   - v. Niveau d'étude 21
   - vi. Tranches d'âge 22
   - vii. Source principale des revenus 23
3. Histoire de la consommation 25
   - i. Age de première consommation 25
   - ii. Période avant usage problématique 26
4. Le repérage 29
   - i. Le retard au repérage 29
   - ii. Type de praticiens faisant le repérage 29
   - iii. Le niveau d'angoisse au moment du repérage 30

iv. Qui aborde le sujet de la consommation ? ... 31

v. Nombre de consultation du médecin généraliste dans l'année ... 31

5. Les freins ... 32

i. Dans le groupe repéré ... 32

ii. Dans le groupe non repéré ... 37

6. Représentations sur la dangerosité du cannabis ... 46

7. Les autres consommations pendant la période d'usage problématique ... 46

8. Les représentations sur le médecin généraliste ... 48

i. Capable d'aider à la compréhension de la consommation ... 48

ii. Capable d'écouter les préoccupations sur la consommation ... 50

iii. Capable de tenir compte des préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge ... 51

IV. Discussion ... 53

1. Analyse des résultats ... 53

2. Forces et faiblesses de l'étude ... 57

3. Implications pour les futures recherches ... 58

4. Conclusion ... 59

Références Bibliographiques ... 60

Annexe ... 64

Index des illustrations

Figure 1 : Formule chimique des deux principaux cannabinoïdes 7
Figure 2 : Schéma de l'étude 14
Figure 3 : Inclusion si consommation actuelle ou ancienne..... 15
Figure 4 : Exclusion si aucun usage problématique 16
Figure 5 : Taux de repérage..... 16
Figure 6 : Sexe dans l'échantillon global 17
Figure 7 : Sexe dans le groupe repéré 17
Figure 8 : Sexe dans le groupe non repéré..... 17
Figure 9 : Milieu d'habitation dans l'échantillon global 18
Figure 10 : Milieu d'habitation dans le groupe repéré.....18
Figure 11 : Milieu d'habitation dans le groupe non repéré 18
Figure 12 : Type de logement dans l'échantillon global..... 19
Figure 13 : Type de logement dans le groupe repéré.....19
Figure 14: Type de logements dans le groupe non repéré 19
Figure 15 : Taux d'étudiant dans l'échantillon global 20
Figure 16 : Taux d'étudiant dans le groupe repéré..... 20
Figure 17 : Taux d'étudiants dans le groupe non repéré 20
Figure 18 : Niveau d'étude dans l'échantillon global 21
Figure 19 : Niveau d'étude dans le groupe repéré 21
Figure 20 : Niveau d'étude dans le groupe non repéré 21
Figure 21 : Tranches d'âge dans l'échantillon global..... 22
Figure 22 : Tranches d'âge dans le groupe repéré 22
Figure 23 : Tranche d'âge dans le groupe non repéré 23
Figure 24 : Origine des ressources dans l'échantillon global 24
Figure 25 : Origine des ressources dans l'échantillon repéré 24
Figure 26 : Origine des ressources dans l'échantillon non repéré 24
Figure 27 : Age de première consommation dans le groupe repéré 25
Figure 28 : Age de première consommation dans le groupe non repéré 25
Figure 29 : Période avant usage problématique dans le groupe repéré..... 26
Figure 30 : Période avant usage problématique dans le groupe non repéré 26
Figure 31 : Durée de l'usage problématique dans le groupe repéré 27
Figure 32 : Durée de l'usage problématique dans le groupe non repéré 27
Figure 33 : Taux d'ancien consommateurs dans le groupe repéré 28
Figure 34 : Taux d'anciens consommateurs dans le groupe non repéré 28
Figure 35 : Retard au repérage en années 29
Figure 36 : Type de médecins faisant le repérage..... 30
Figure 37 : Niveau d'angoisse au moment du repérage..... 30
Figure 38 : Taux de repérage par le médecin..... 31
Figure 39 : Nombre de consultation(s) avec un médecin généraliste dans la dernière année..... 31
Figure 40 : Freins propres au patient dans le groupe repéré..... 32
Figure 41 : Freins en lien avec la relation médecin patient dans le groupe repéré..... 34
Figure 42 : Freins en lien avec le regard de la société dans le groupe repéré 35
Figure 43 : Relation entre le frein "C'est illégal" et la tranche d'âge dans le groupe repéré..... 36

Figure 44 : Relation entre le frein "Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin" et le sexe dans le groupe repéré 36
Figure 45 : Relation entre le frein "Trop proche de mon médecin" et l'âge de première consommation dans le groupe repéré 37
Figure 46 : Freins propres au patient dans le groupe non repéré 38
Figure 47 : Freins en lien avec la relation médecin-patient dans le groupe non repéré 39
Figure 48 : Freins en lien avec le regard de la société dans le groupe non repéré 40
Figure 49 : Relation entre le frein "Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin" et le sexe 42
Figure 50 : Relation entre le frein "Pas assez proche de mon médecin" et le lieu de résidence 42
Figure 51 : Relation entre le frein "Vente associé à ma consommation" et le niveau d'étude 43
Figure 52 : Relation entre le frein "C'est illégal" et le sexe 43
Figure 53 : Relation entre le frein "Manque de temps ou d'écoute du médecin" et le sexe 44
Figure 54 : Relation entre le frein "Pas besoin d'aide" et le niveau d'étude 44
Figure 55 : Relation entre le frein "Peur que des personnes de mon entourage l'apprennent" et la condition étudiante 45
Figure 56 : Relation entre le frein "C'est illégal" et la tranche d'âge 45
Figure 57 : Dangerosité du cannabis dans le groupe repéré 46
Figure 58 : Dangerosité du cannabis dans le groupe non repéré 46
Figure 59 : Autres consommations dans l'échantillon global 47
Figure 60 : Autres consommations dans le groupe repéré 47
Figure 61 : Autres consommations dans le groupe non repéré 48
Figure 62 : Représentation sur la capacité du médecin généraliste à aider dans la compréhension de la consommation dans le groupe repéré 49
Figure 63 : Représentation sur la capacité du médecin généraliste à aider dans la compréhension de la consommation dans le groupe non repéré 49
Figure 64 : Représentation sur la capacité du médecin généraliste à écouter les préoccupations sur la consommation dans le groupe repéré 50
Figure 65 : Représentations sur la capacité du médecin généraliste à écouter les préoccupations sur la consommation dans le groupe non repéré 51
Figure 66 : Représentations sur la capacité du médecin généraliste à tenir compte des préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge dans le groupe repéré 52
Figure 67 : Représentations sur la capacité du médecin généraliste à tenir compte des préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge dans le groupe non repéré 52

I. Introduction :

1. Histoire du cannabis dans les sociétés humaines

L'histoire commune du cannabis et des sociétés humaines est si ancienne que l'origine précise est difficile à déterminer. Des études récentes d'archéobotanisme retrouvent des traces du cannabis dans plusieurs foyers avant même l'époque néolithique à la fois au Japon, sous forme de graines en 10 200 av. J.C[1] et en Europe de l'est daté avant 11 500 avant J.C[2]. Le cannabis était l'une des premières plantes domestiquées et utilisée dans le commerce transcontinental. Les usages de l'époque incluaient déjà une consommation fumée, ingérée mais aussi l'utilisation des fibres pour la fabrication de vêtements ou de cordes.[3]

L'usage médicinal du cannabis est documenté dès l'Antiquité dans différentes civilisations. On retrouve mention du cannabis notamment dans le papyrus d'Ebers en Egypte antique daté de 1500 ans av. J.C utilisé en onguent dans les vulvites[4], dans le premier traité de phytothérapie Chinois attribué à l'Empereur Shennong [5] ou encore dans les écrits du médecin botaniste Dioscorides nommé « De Materia Medica » où il fait référence au « kannabis emeros ».

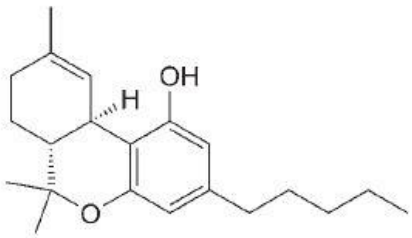
Au XVIIème siècle, la colonisation des Indes orientales et du Proche Orient, par les anglais et les français, fait connaitre le cannabis en Europe pour d'autres usages que l'utilisation des fibres pour confectionner vêtements et cordes. Les britanniques ont rapidement été confrontés au problème de santé publique que pose une consommation intensive et régulière du cannabis. C'est au niveau militaire que ce problème est d'abord constaté car les soldats indigènes sous l'emprise du cannabis ne sont pas performants au combat. Les français ont eu le même problème lors de la campagne d'Egypte de 1799 à 1801 où l'usage intensif du cannabis par les soldats français a conduit à la première prohibition connue sous forme d'un arrêté interdisant sa consommation[6].

Les médecins et pharmaciens de l'époque ont également grandement contribué à faire avancer la connaissance sur le cannabis par l'étude des médications indigènes traditionnelles. En 1839, William Brooke O'Shaughnessy publiera un texte fondateur dans la connaissance occidentale moderne du cannabis : « On the preparation of the indian hemp, or gunjah (Cannabis indica) : their effects on the animal system in health, and their utility in the treatment of tetanus and other convulsive diseases ». Dans ce texte, il aborde le cannabis à la fois sous la forme d'un stupéfiant et sous la forme d'un médicament avec une rigueur

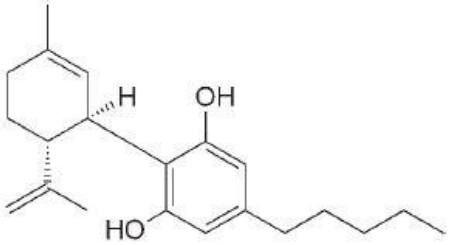
scientifique incontestable. En France, la plante sera ramenée par le naturaliste Pierre Sonnerat à la fin du XVIIIème siècle. La communauté médicale française commence à s'y intéresser à la suite d'un fait-divers, à Marseille en 1837, où quatre jeunes gens ont fait usage du cannabis. Ils ont eu de tels troubles du comportement à la suite de l'intoxication que la presse de l'époque avait relaté l'affaire. Alexandre Brierre de Beaumont a réagi à cette nouvelle à la suite de l'examen d'un des jeunes ayant eu des effets particulièrement sévères, en publiant dans le « journal de pharmacie et de chimie » ses observations et conclusions sur la dangerosité du produit. Mais c'est Moreau de Tours qui écrit, en 1845, un ouvrage majeur dont le titre est « Du hachisch et de l'aliénation mentale ». Cet ouvrage qui apporte une théorie générale de l'aliénation mentale se conclut par une proposition thérapeutique : substituer une aliénation naturelle par une aliénation provoquée par le cannabis qui serait contrôlable par les médecins. Cet ouvrage marque le début d'un débat intense dans la communauté médicale. Nombre de médecins testent le produit sur eux-mêmes ou leurs étudiants avant de l'essayer sur leurs patients. De la publication de cet ouvrage jusqu'en 1870, la littérature médicale explore principalement le potentiel thérapeutique du cannabis. Présent dans le codex français des médicaments dès 1818, ses propriétés sédatives, hypnotiques et antalgiques sont largement reconnues et en font un candidat idéal pour remplacer l'opium dans l'arsenal thérapeutique. Il est indiqué dans le traitement de nombreuses maladies dans des textes médicaux de l'époque parmi lesquels : épilepsie, tétanos, céphalées, migraine, dyspepsie, dysenterie, douleurs abdominales, vomissements, hoquet, alcoolisme, délirium tremens, fièvre intermittente, catarrhe sénile, névralgies, chorée, tics douloureux, peste, choléra, dermatoses prurigineuses, aménorrhée, dysménorrhée. A partir de 1870, la littérature porte de plus en plus sur les complications liées à la consommation jusqu'à la mise en place d'une prohibition en 1933 qui marque la fin d'une période intense de recherche médicale sur cette plante.[7]

2. Pharmacologie du cannabis :

Le cannabis contient plus de 460 composés dont plus 60 types de cannabinoïdes. Les deux principaux composés sont le Δ^9-Tetrahydrocannabinol, plus connu sous l'acronyme THC qui est le principal psychoactif, et le Cannabidiol aussi appelé CBD.



THC (**1**)



CBD (**2**)

Figure 1 : Formule chimique des deux principaux cannabinoïdes

Ces composés ont une action sur deux récepteurs de types endocannabinoïdes dénommés CB_1 et CB_2.[8]

Le récepteur CB_1 est principalement présent dans le système nerveux central, en particulier dans des zones impliquées dans le circuit de la récompense, central dans les addictions, comme le cortex préfrontal, l'aire tegmentale ventrale, le nucleus accubens, le striatum, l'hypothalamus latéral, l'amygdale, le cortex cingulaire[9]. Au niveau cellulaire, on le retrouve surtout dans les neurones, principalement sur les axones présynaptiques des neurones GABAergiques et glumatatergiques, bien qu'il soit aussi présent dans les astrocytes. Ce récepteur a un rôle neuroprotecteur lors de son activation en diminuant la libération de neurotransmetteurs, en particulier du glutamate qui provoque un effet anti-excitotoxique.[10] Ce récepteur est associé à plusieurs récepteurs du système opioïde impliqué dans le circuit de la récompense et le développement de la tolérance au THC[11].

Le récepteur CB_2 est retrouvé principalement dans les cellules immunitaires[12] mais aussi dans le SNC dans les microglies dans des proportions bien moindres[13]. Ce récepteur est à l'origine des effets immunomodulateurs des cannabinoïdes.[14]

Des études récentes décrivent le GPR55 comme un récepteur aux cannabinoïdes activé notamment par le THC. Ce récepteur est détecté dans le SNC même si sa concentration est bien plus faible que le récepteur CB_1.[15]

Le THC est un agoniste partiel des récepteurs CB_1 et CB_2 et provoque des effets centraux avec deux phases distinctes qui peuvent durer entre 5 et 12 heures selon la dose. La première phase est euphorisante tandis que la seconde se caractérise plutôt par une forme de torpeur. Au

cours de ces deux phases, une diminution des réflexes, de la mémoire à court et moyen terme, de l'attention et de la concentration, de la coordination des mouvements et de la capacité à effectuer des tâches complexes sont décrites. Une forte dose peut provoquer anxiété, dépersonnalisation, hallucinations, vertiges, vomissements et somnolence[16]. La neuroimagerie a permis de mettre en évidence que la consommation de THC provoque un relargage significatif de dopamine dans le striatum mais dans une moindre mesure que l'alcool ou d'autres drogues[17] ainsi que dans le cortex mésolimbic qui est impliqué dans la composante motivationnelle du circuit de la récompense[18].

Le CBD, qui n'a pas de propriété psychoactive, est un antagoniste du récepteur CB_1 et un agoniste du récepteur CB_2. Ce composé a des propriétés anti-inflammatoires, antioxydantes à l'origine d'un effet thérapeutique dans les maladies auto-immunes comme la polyarthrite rhumatoïde ou le diabète de type 1 et un effet neuroprotecteur en cas d'ischémie cérébrale ou d'hypothermie. Des effets thérapeutiques sont également décrits dans l'anxiété, le sommeil et les nausées/vomissements[19].

3. Epidémiologie du cannabis en France

La France est le pays d'Europe qui consomme le plus de cannabis avec un record de 41,4% de la population qui a déjà consommé au moins une fois (pour une moyenne Européenne de 26,3%) et où 21,5% des jeunes de 15 à 34 ans en ont consommé dans l'année (pour une moyenne européenne de 14,1%).[20] C'est le produit illicite le plus consommé malgré une politique de prohibition qui le classe comme stupéfiant [21]. Chez les jeunes, il est un des trois premiers produits testés à l'adolescence avec l'alcool et le tabac puisque l'âge moyen de la première consommation est de 15,3 ans et que 47,8% des jeunes de 17 ans déclare l'avoir déjà expérimenté dont 16,9% récemment et régulièrement. Si la grande majorité des consommateurs arrête spontanément à l'âge adulte, 8,3% des adultes entre 18 et 25 ans poursuivent une consommation régulière pouvant conduire à un usage problématique du cannabis. [22] L'usage problématique est défini comme un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui par l'OFDT qui estime qu'en 2010, 5% des jeunes de 17 ans sont concernés par ce type d'usage[23]. En 2017, l'enquête ESCAPAD estime qu'ils sont 7,4% des adolescents de cet âge à présenter un usage

problématique, soit près de 60 000 jeunes[24]. En population générale, ils sont 1,4% entre 15 et 64 ans à présenter un risque d'usage problématique du cannabis voir de dépendance[25].

L'usage du cannabis s'inscrit dans une histoire des consommations avec l'apprentissage de comportements addictifs comme la consommation quotidienne qui peut être reporté sur un autre produit par la suite. En 2014 en France, 2% des 18-25 ans, 4% des 26-34 ans et 7% des 35-44 ans ont une consommation quotidienne d'alcool. Dans le même temps, 4% des 18-25 ans, 3% des 26-34 ans et 1% des 35-44 ans ont une consommation quotidienne de cannabis [26]. Il y a une forte corrélation entre une consommation importante d'alcool et l'usage du cannabis. Les 15-34 ans consommant de l'alcool en quantité importante ou fréquemment rapportent 2 à 6 fois plus souvent un usage associé de cannabis. [27]

4. Complications liées à la consommation de cannabis

Les effets néfastes d'une consommation de cannabis à long terme sont très documentés. Au niveau cardiovasculaire, on observe une augmentation de 29% du taux de mortalité par suite d'un infarctus du myocarde par rapport à une population non consommatrice de cannabis.[28] Une consommation régulière est également responsable d'artériopathies notamment sur l'artère cérébrale moyenne et est la première cause d'AVC chez les sujets jeunes[29]. Au niveau psychiatrique, le cannabis provoque une aggravation des symptômes des psychopathologies déclarées [30] bien qu'aucun lien de causalité ne soit pour l'instant établi de façon certaine dans la dépression et la schizophrénie malgré une co-occurrence importante[31] ; Précisons que le cannabis a un rôle important dans la décompensation schizophrénique et l'entrée dans la pharmaco psychose. En revanche, une consommation importante et régulière de cannabis peut-être à l'origine de troubles anxieux conduisant souvent à l'arrêt de la consommation.[32] Au niveau pulmonaire, les fumeurs de cannabis ont un taux 5 fois plus élevés de carboxyhémoglobine que les fumeurs de cigarettes et inhalent 4 à 5 fois plus de goudrons. [33] Bien que la quantité de cannabis consommée au cours d'une vie soit moins importante que celle de cigarettes [34], le risque de développer un cancer bronchique est plus élevé pour les consommateurs de cannabis que pour ceux de tabac. [35] La consommation de cannabis est également associée à une augmentation de certaines pratiques à risques, notamment sexuelles [36] ou la conduite d'un véhicule malgré le surrisque d'accident. Ce surrisque est

évalué à 1,8 pour la consommation du cannabis et va jusqu'à 14 lorsqu'il est associé à une consommation d'alcool. [37]

Chez les adolescents dont la maturation cérébrale est en cours, une consommation régulière entraîne des anomalies cérébrales microstructurales définitives[38] en lien avec des déficits de la mémoire verbale, de la mémoire à court terme, de l'attention et des fonctions exécutives[39] [40]. L'usage répété du cannabis à cette période est impliqué dans l'augmentation de l'impulsivité de manière irréversible qui joue un rôle important dans les mécanismes d'addictions. [41] Une consommation intensive augmente également le risque de développer une dépression et des idées suicidaires.[42]

Chez les femmes enceintes, on estime la prévalence de consommatrices de cannabis entre 3 et 10 % [43] bien que le risque de complications obstétricales (hydramnios, avortements spontanées, placenta praevia, retard de croissance intra-utérin, perturbation de la prise en charge anesthésique ou encore contractions plus intenses et fréquentes) soit plus élevé.[44] [45] A la naissance, un syndrome de sevrage est décrit même pour des consommations faibles. Chez les enfants exposés au cannabis durant la grossesse, des troubles de la concentration et une impulsivité plus importante ont été observés[46] par rapport aux enfants non exposés. Ces enfants présentent également des perturbations des fonctions exécutives, des troubles de l'apprentissage, de la mémoire ainsi que des troubles du comportements plus importants que chez les autres enfants[47].

En 2015, l'ANSM, dans son étude DRAMES, montrait une augmentation des décès liés au cannabis. Cette consommation était impliquée dans 40 sur 52 décès indirects (76,9%) et dans 10,5% des décès directs en relation avec l'abus de médicaments et de substances. En 2016, le cannabis était impliqué dans 7,4% des décès directs et dans 31 sur 43 décès indirects (72,1%) en relation avec l'abus de médicaments et de substances[48].

5. Le rôle prépondérant du médecin généraliste dans le repérage

Un repérage précoce est essentiel pour prévenir un usage problématique du cannabis et ses complications d'ordre addictologique, sociale ou psychiatrique, d'autant que les interventions brèves [49] et les entretiens motivationnels [50] ont démontré leur efficacité dans la réduction des risques et des dommages liés à cette consommation.

Les médecins généralistes sont les plus sollicités puisque 8 jeunes (15 à 30 ans) sur 10 ont consulté au moins fois dans l'année [51] et sont donc en première ligne pour effectuer un repérage précoce d'une consommation de cannabis. Pourtant seuls 8% des médecins généralistes posent systématiquement la question de l'usage de cannabis quand 66% n'abordent le sujet qu'avec certains patients jugés à risque et 26% n'abordent jamais eux-mêmes le sujet. Seul 2% d'entre eux utilisent des outils de repérages d'usage problématique validés [52] comme le Cannabis Abuse Screening Test (CAST).[53] Cette difficulté des médecins généralistes à aborder le sujet est principalement due à un manque de connaissance et de formation sur le cannabis. [54]

6. Les freins à la déclaration d'une consommation

Les consommateurs ont des raisons diverses de ne pas aborder le sujet avec leurs médecins que l'on peut classer en 3 catégories : les freins propres au patient (« pas de problème perçu », « vente associée », « c'est au médecin de poser la question »), les freins dus à la relation médecin-patient (« manque de temps », « distance thérapeutique mal ajustée », « peur d'être jugé par le médecin / discours moralisateur du médecin », « manque de connaissance du médecin ») et les freins dus au regard de la société sur la consommation de cannabis (« c'est illégal », « peur que l'entourage l'apprenne »). [55] [56] Ces freins participent au retard au repérage d'un usage problématique du cannabis et leurs distributions dans les différents sous-groupes de populations de consommateurs ne sont pas connus alors que le repérage précoce est un enjeu de santé public.

7. Objectifs de l'étude

Cette étude a pour objectif principal d'étudier la fréquence de ces différents freins chez les usagers problématiques de cannabis pouvant occasionner un retard au repérage.

Les objectifs secondaires sont :

- Déterminer la durée moyenne entre la première consommation et l'apparition d'un usage problématique.
- Déterminer la durée moyenne de l'usage problématique.
- Déterminer quel est l'acteur de santé qui fait le plus souvent le repérage.
- Déterminer le temps de retard au repérage moyen lorsque cette consommation est identifiée.

II. Matériel et méthodes :

Cette étude déclarative, rétrospective et multicentrique a été réalisé entre le 25 Mai 2018 et le 03 Septembre 2018. Elle se présentait sous la forme d'un auto-questionnaire réalisé avec la plateforme LimeSurvey qui garantissait l'anonymisation des données. L'auto-questionnaire a été envoyé à 168 structures d'addictologies en France dans sa version en ligne ainsi qu'en version imprimable et a également été diffusé sur le réseau social Facebook afin de garantir une puissance importante à l'étude (Annexe 1).

Le critère d'inclusion était une consommation actuelle ou ancienne de cannabis. Le critère d'exclusion était l'absence d'un usage problématique du cannabis déterminé par un score au CAST strictement inférieur à 2 réponses positives sur 6, conformément à la version validée par la HAS. [57] [58]

La population conservée pour l'étude était ensuite séparée en deux groupes : une population de consommateurs problématiques repérés par le corps médical et une population de consommateurs problématiques non repérés afin de prendre en compte l'effet du repérage sur les représentations que les participants se faisaient des freins. L'ensemble des questions a ensuite été traité par un tri à plat en prenant en compte 3 échantillons : l'échantillon repéré, l'échantillon non repéré et l'échantillon total.

La question principale portait sur les freins à la déclaration d'une consommation de cannabis et les participants devaient évaluer chacun des 11 freins identifiés de 1 à 10 en fonction de la gêne ressentie pour aborder le sujet de la consommation avec le(s) médecin(s). La note 1 correspondait à aucune gêne et 10 à une gêne extrême.

A partir des notes récoltées pour chaque frein, 3 catégories de freins ont été définies en fonction de l'influence exercée sur la personne pour déclarer sa consommation à un médecin. La catégorie frein faible correspondait aux notes de 1 à 3 ; la catégorie frein moyen correspondait aux notes entre 4 et 6 et la catégorie frein fort correspondait aux notes de 7 à 10. Nous avons considéré que les freins moyen et fort avaient eu une influence significative sur la non déclaration d'une consommation et participaient donc au retard au repérage. A contrario, nous avons considéré que la catégorie frein faible n'avait pas eu d'influence significative pouvant retarder la déclaration de la consommation au corps médical.

La méthode d'analyse structurale a été utilisée afin d'étudier les réponses avec l'aide du logiciel Sphinx© et des croisements ont été effectués entre les différents freins et les différentes variables afin de chercher des relations statistiquement significatives. Les variables étaient le sexe, la tranche d'âge (moins de 25 ans ; 26-35 ans ; 36-45 ans et plus de 46 ans), le fait d'être étudiant, le milieu d'habitation (rural, semi-urbain, urbain), le niveau d'étude, la source principale des revenu, le type de logement (durable, provisoire, sans domicile) et l'âge de première consommation. Les croisements entre les différents freins et les différentes variables étaient soumis à un test $\chi 2$ afin de chercher les relations statistiquement significatives. Le risque α a été fixé à 5%.

Le retard au repérage était défini comme la période entre le début de l'usage problématique et le moment du repérage car un usage non problématique était considéré comme infraclinique et impossible à repérer si la question de la consommation de cannabis n'est pas abordée systématiquement avec tous les patients.

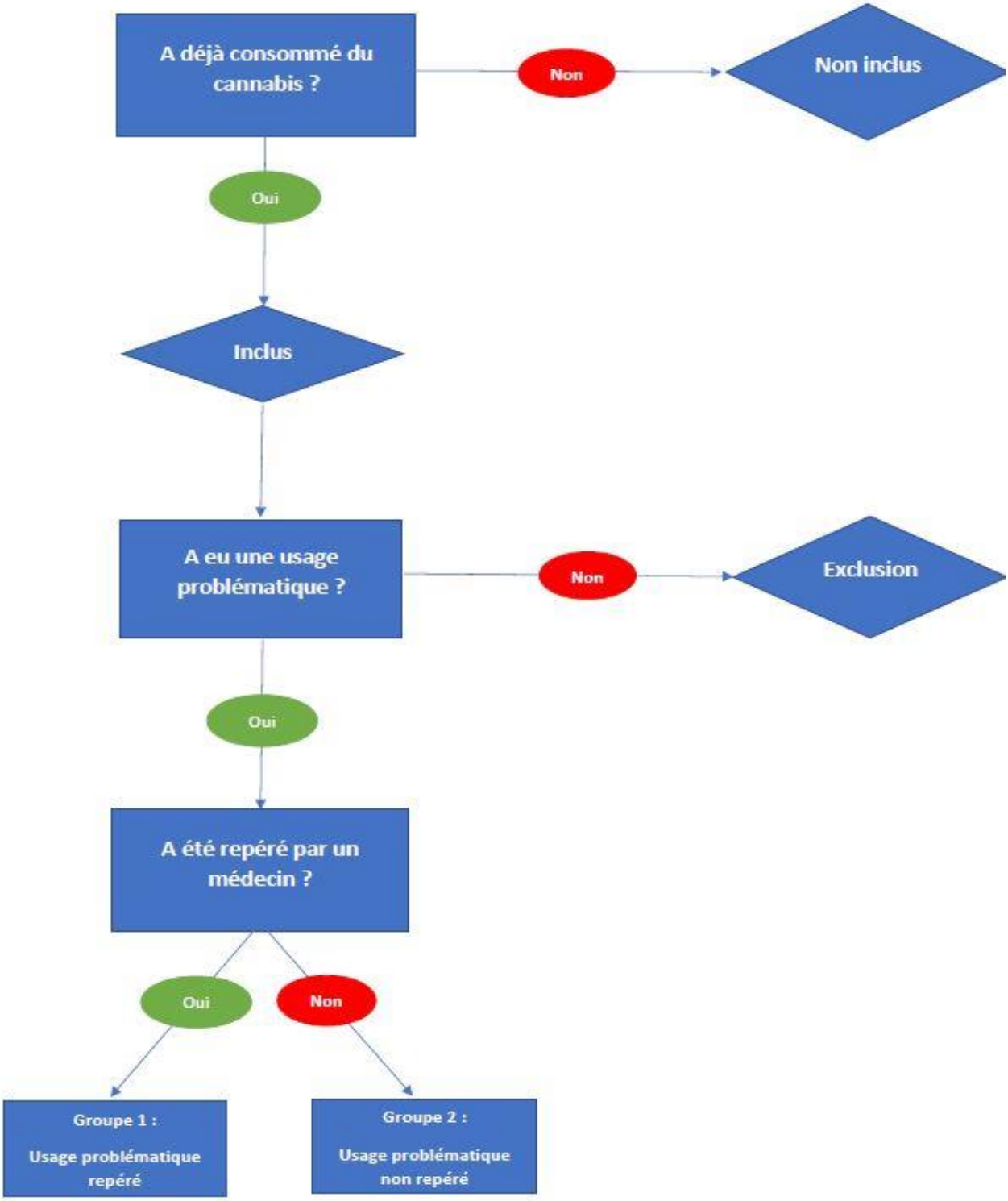


Figure 2 : Schéma de l'étude

III. Résultats

1. L'échantillon global

Le nombre de personnes ayant commencé l'auto-questionnaire était de 448 et le nombre de personnes ayant rempli entièrement le questionnaire était de 270, soit un taux de réponses de 60,27%. Le nombre de questionnaires papiers renvoyés était de 5 sur 270 soit 1,85% du total des réponses. Sur les 270 réponses complètes, 244 ont été inclus soit un taux d'inclusion de 90,37%.

Sur les 244 consommateurs ou anciens consommateurs inclus, 51 ont été exclus parce qu'ils n'avaient jamais eu d'usage problématique du cannabis soit un taux d'exclusion de 20,90%.

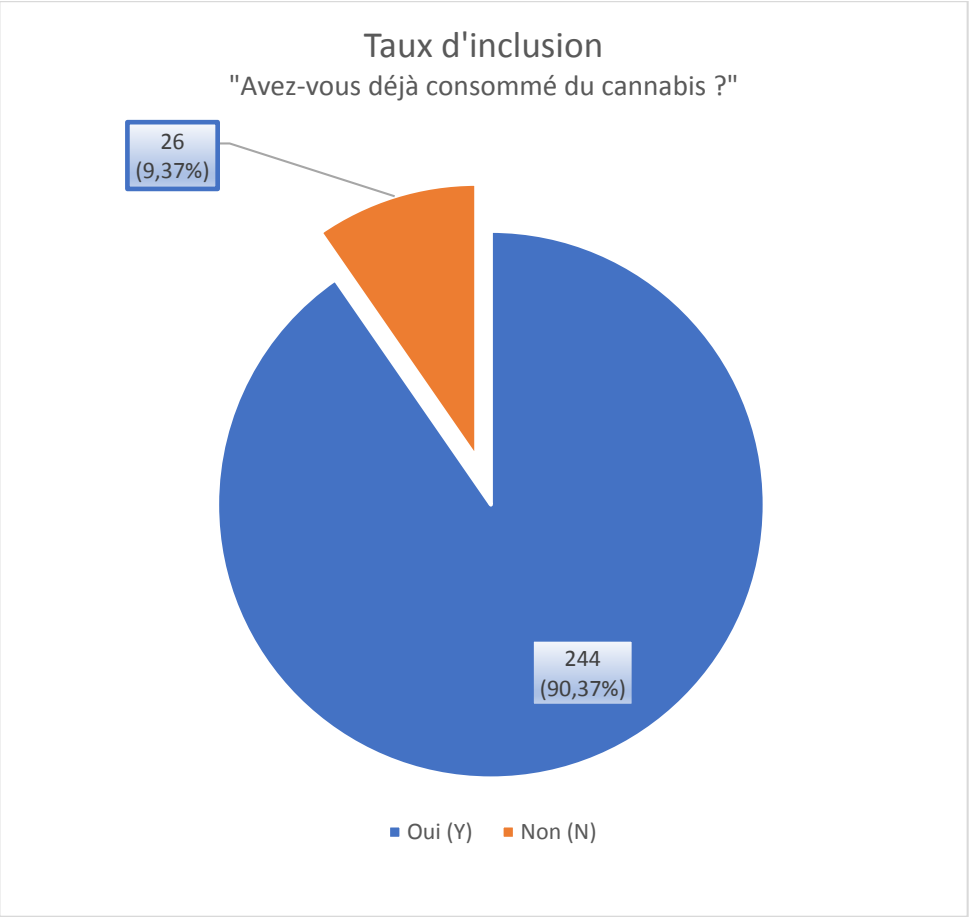


Figure 3 : Inclusion si consommation actuelle ou ancienne

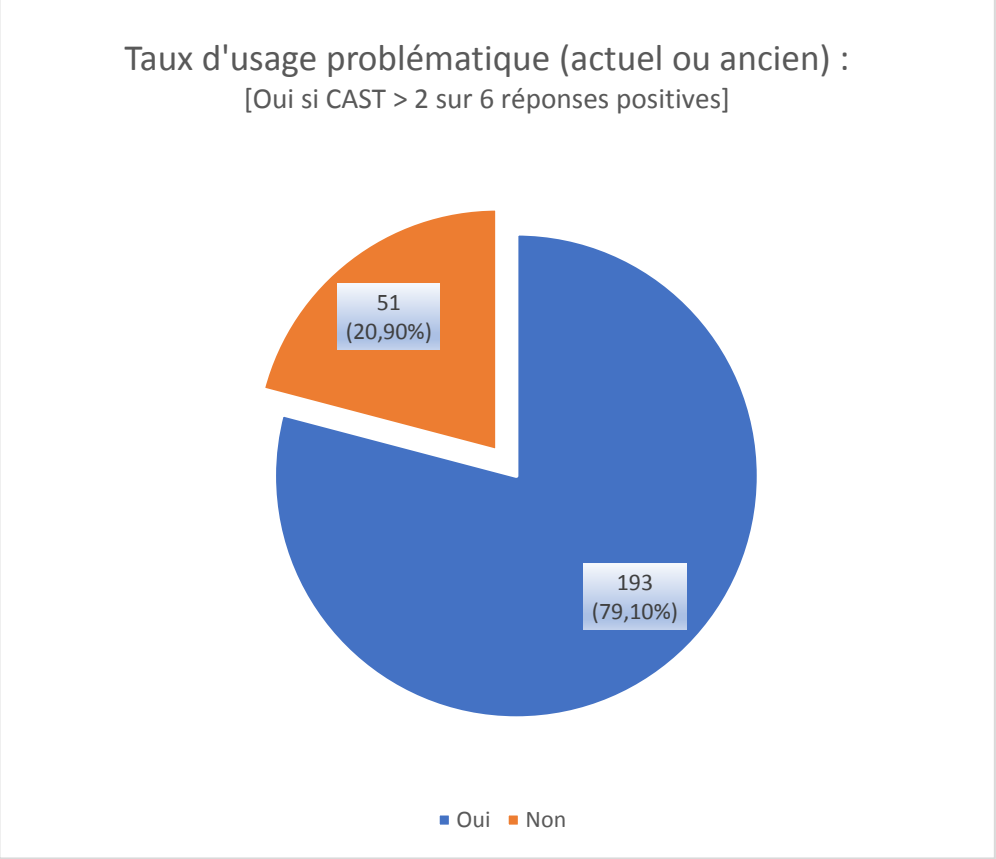


Figure 4 : Exclusion si aucun usage problématique

Parmi les 193 patients retenus pour l'étude, 104 n'étaient pas repérés, soit 53,9% des patients.

Cela donne un taux de repérage de 46,1 % avec un échantillon repéré de 89 personnes.

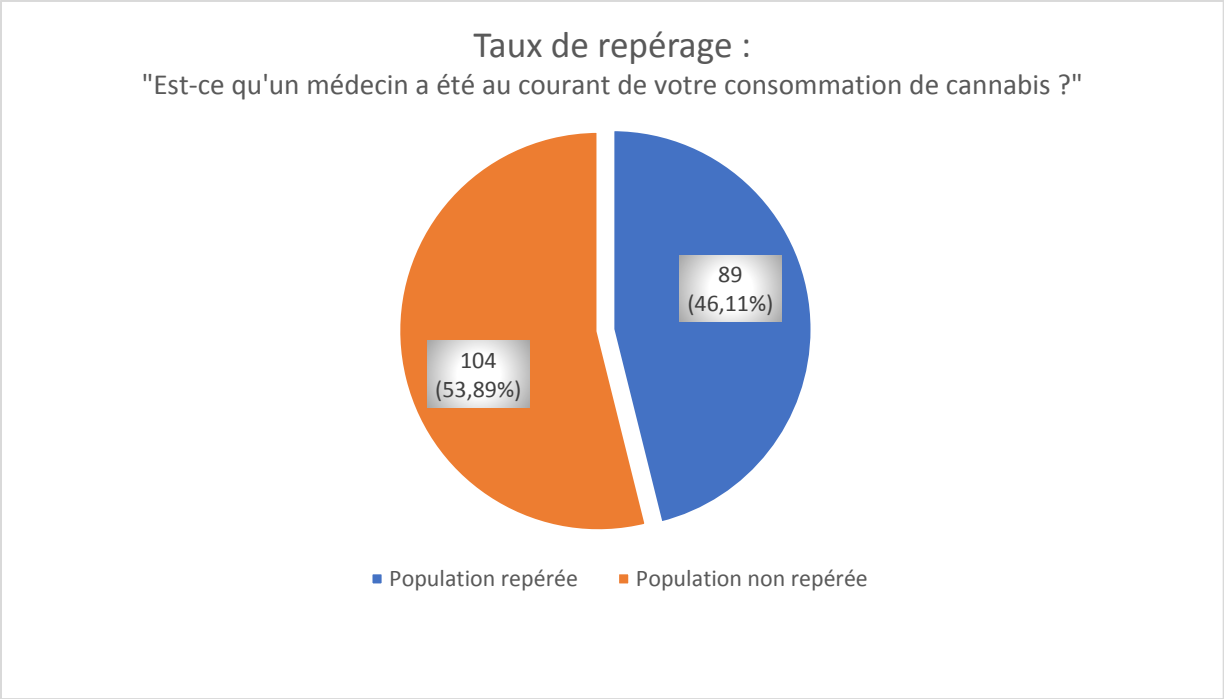


Figure 5 : Taux de repérage

2. Les caractéristiques socio-professionnelles

i. Le sexe

La répartition du sexe dans l'échantillon global était de 72 femmes (37,3% de l'échantillon) pour 121 hommes (62,7%). Dans le groupe repéré, il y avait 27 femmes (30,3%) et 62 hommes (69,7%). Dans le groupe non repéré, il y avait 45 femmes sur 104 personnes soit 43,3% du groupe pour 56,7% d'hommes.

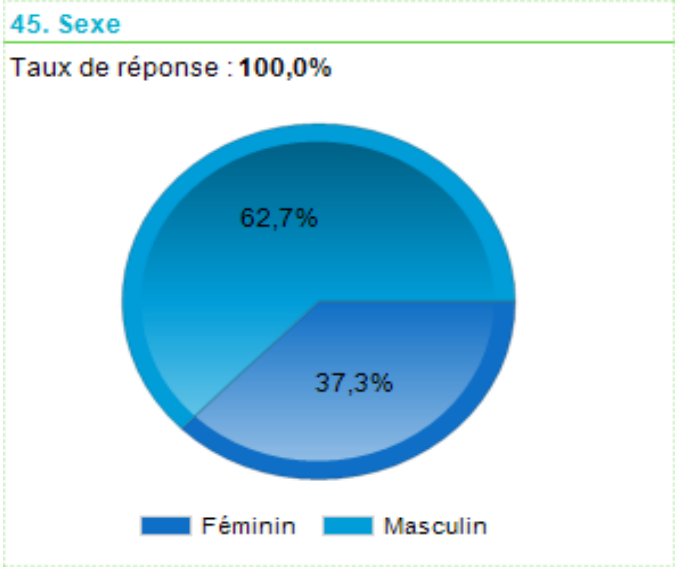


Figure 6 : Sexe dans l'échantillon global

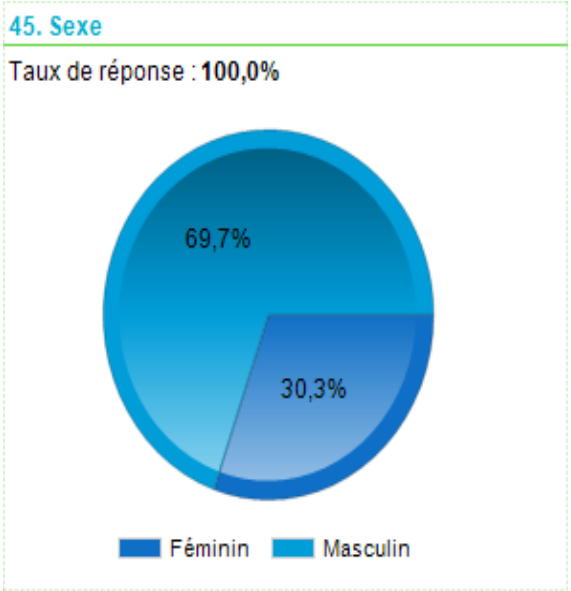


Figure 7 : Sexe dans le groupe repéré

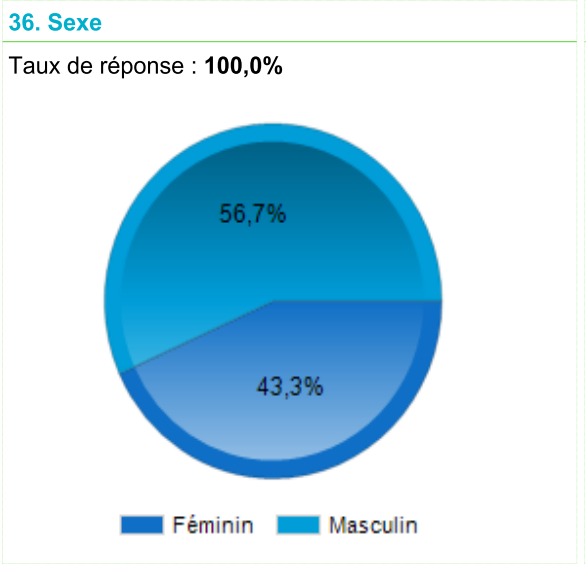


Figure 8 : Sexe dans le groupe non repéré

ii. Le milieu d'habitation

Au niveau géographique, l'échantillon global était composé de 41 personnes vivant en milieu rural (21,2%), 50 en milieu péri-urbain (25,9%) et 102 en milieu urbain (52,8%).

Dans le groupe repéré, la proportion de gens vivant en milieu urbain était de 50,6% (n=45), celle en péri-urbain de 28,1% (n=25) et celle en milieu rural de de 21,3% (n=19).

Pour le groupe non repéré, la répartition était de 55,4% vivant en milieu urbain (n=58), 24% vivant en milieu-périurbain (n=25) et de 20,2% en milieu rural (n=21).

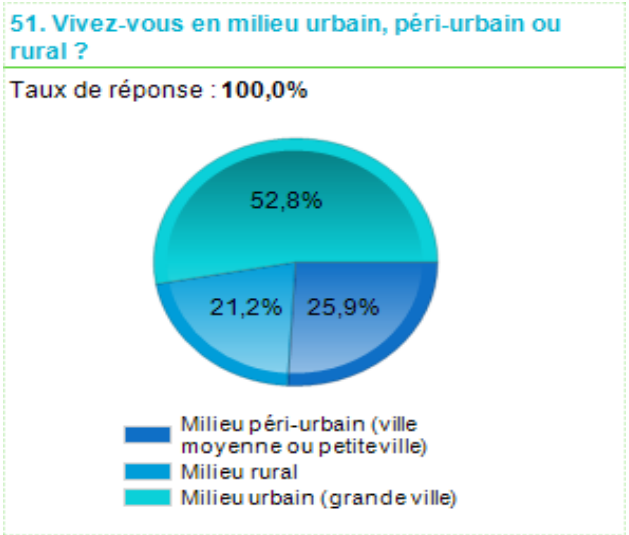


Figure 9 : Milieu d'habitation dans l'échantillon global

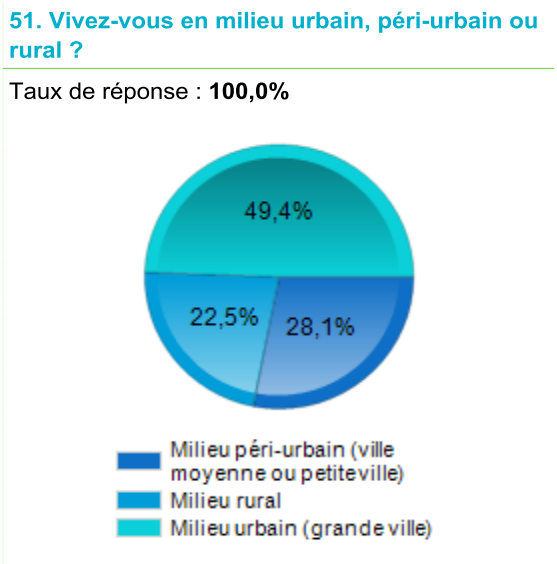


Figure 10 : Milieu d'habitation dans le groupe repéré

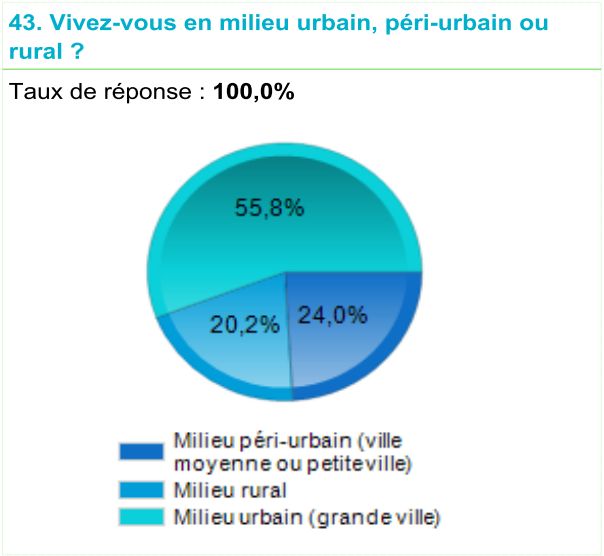


Figure 11 : Milieu d'habitation dans le groupe non repéré

iii. Conditions de logement

Au niveau des conditions de logement, on retrouvait 1 personne sans domicile, 11 personnes qui vivaient en logement provisoire (impossibilité de rester plus de 6 mois) et 181 personnes résidents dans un logement stable, soit 93,8% de l'échantillon.

Dans le groupe repéré, il y avait 89,9% (n=80) de personnes qui vivaient dans un logement durable, 9% (n=8) dans un logement provisoire et 1,1% (n=1) était sans domicile.

Dans le groupe non repéré, 97,1% du groupe (n=101) vivaient dans un logement durable et 2,9% du groupe (n=3) vivaient dans un logement provisoire.

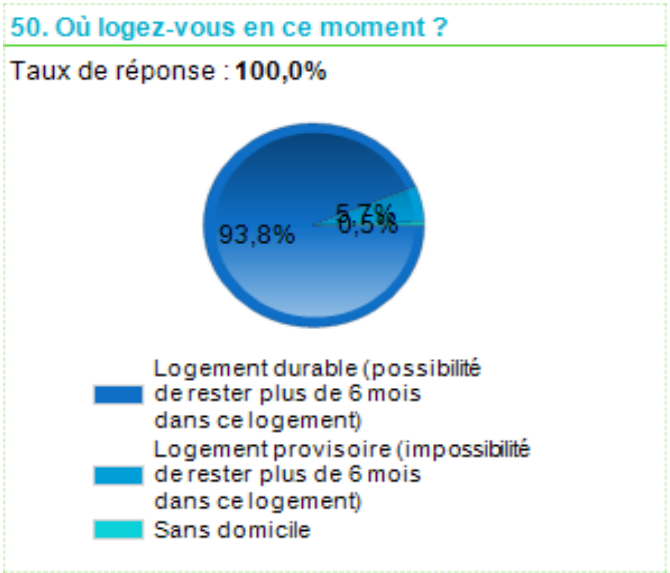


Figure 12 : Type de logement dans l'échantillon global

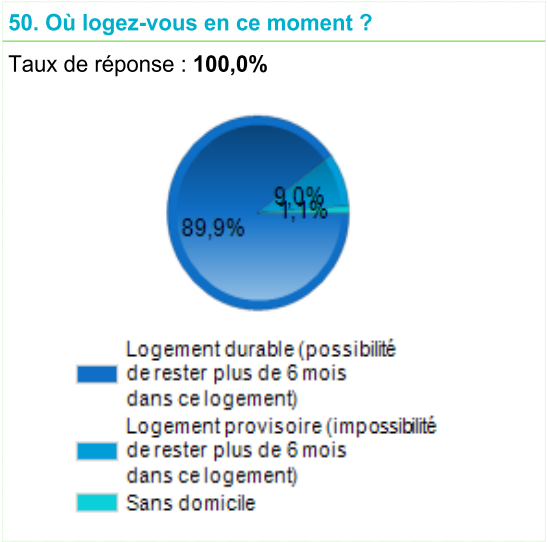


Figure 13 : Type de logement dans le groupe repéré

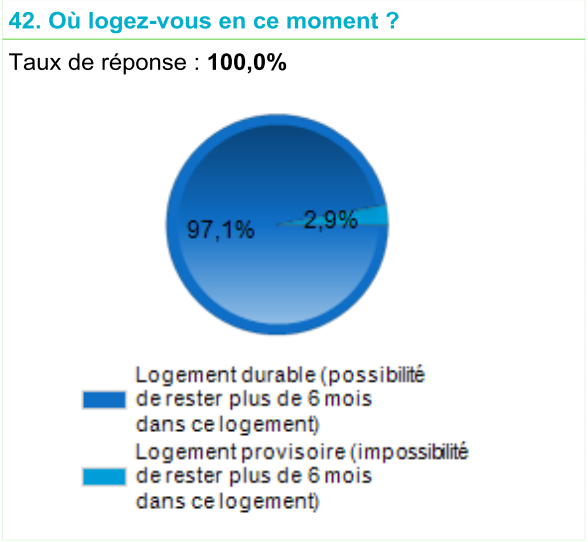


Figure 14: Type de logements dans le groupe non repéré

iv. Taux d'étudiants

Il y avait 34 étudiants dans l'échantillon global, soit 17,61% des participants. Ils étaient 8 étudiants dans le groupe repéré, soit 9% de ce groupe et 26 étudiants dans le groupe non repéré, soit 25% de ce groupe.

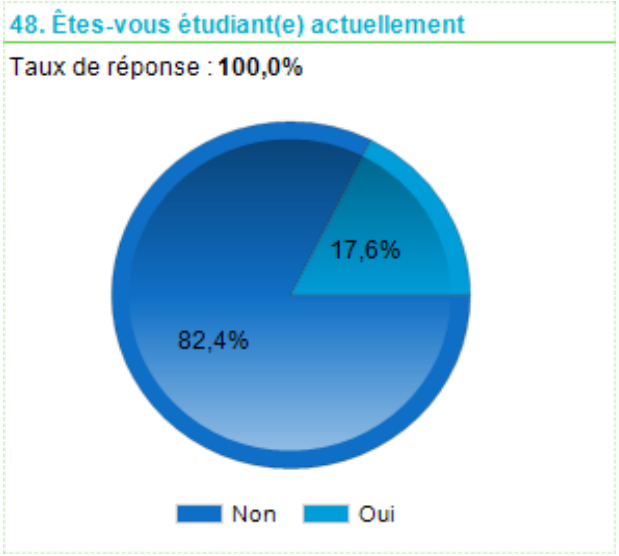


Figure 15 : Taux d'étudiant dans l'échantillon global

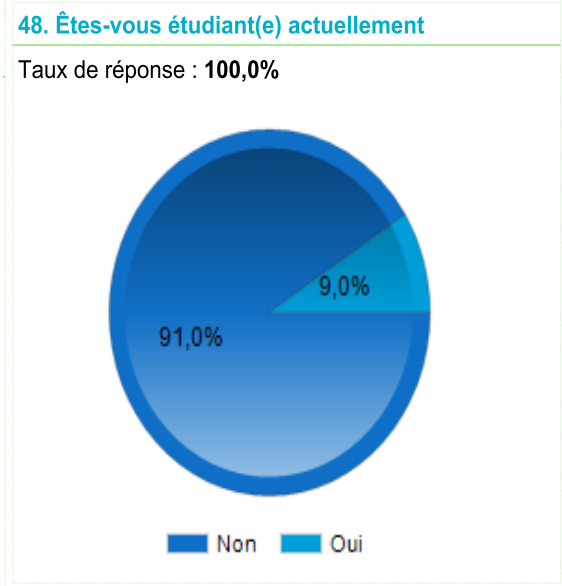


Figure 16 : Taux d'étudiant dans le groupe repéré

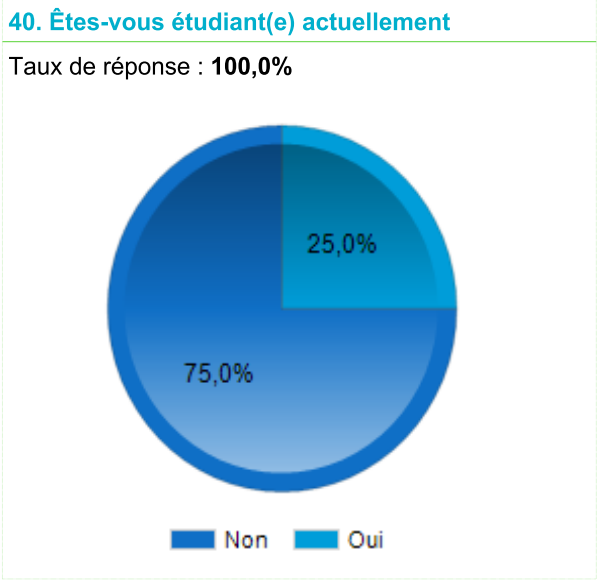


Figure 17 : Taux d'étudiants dans le groupe non repéré

v. Niveau d'étude

Dans l'échantillon global, 136 personnes avaient un « niveau Bac +2 et plus » soit 70,5% de l'effectif. Le reste de l'échantillon était composé à 20,2% avec un niveau Bac, 7,3% avec un niveau BEP ou CAP et 2,1% avec un niveau brevet des collèges.

Dans le groupe repéré, 56 personnes sur 89 (62,9%) avaient un niveau Bac +2 et plus. Le reste du groupe était composé à 23,6% d'un niveau BAC, 11,2% d'un BEP ou CAP et à 2,1% d'un brevet des collèges.

Dans le groupe non repéré, 80 personnes avaient un niveau Bac +2 ou plus sur 104, soit 76,9 % de l'effectif, 17,3% avaient un niveau BAC (n=18), 3,8% avaient un niveau BEP/CAP (n=4) et 1,9% avaient un niveau brevet des collèges (n=2).

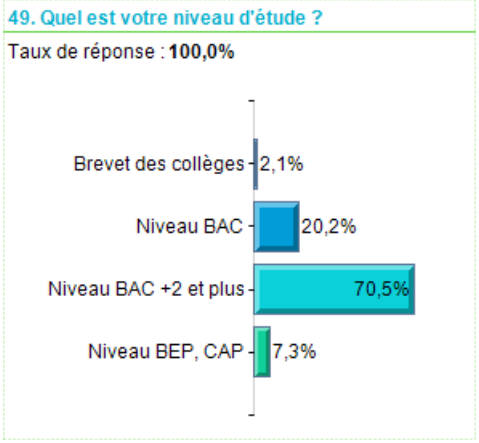


Figure 18 : Niveau d'étude dans l'échantillon global

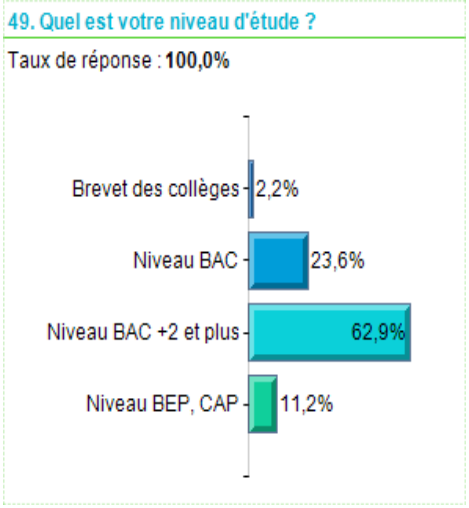


Figure 19 : Niveau d'étude dans le groupe repéré

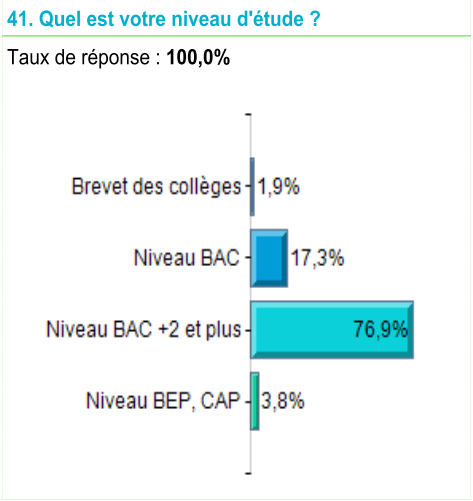


Figure 20 : Niveau d'étude dans le groupe non repéré

vi. Tranches d'âge

Dans l'échantillon global, 19,17% de l'effectif avaient 25 ans ou moins (n=37), 29,53% avaient entre 26 et 35 ans (n=57), 27,46% avaient entre 36 et 45 ans (n=53) et 23,83% avaient 46 ans ou plus (n=46).

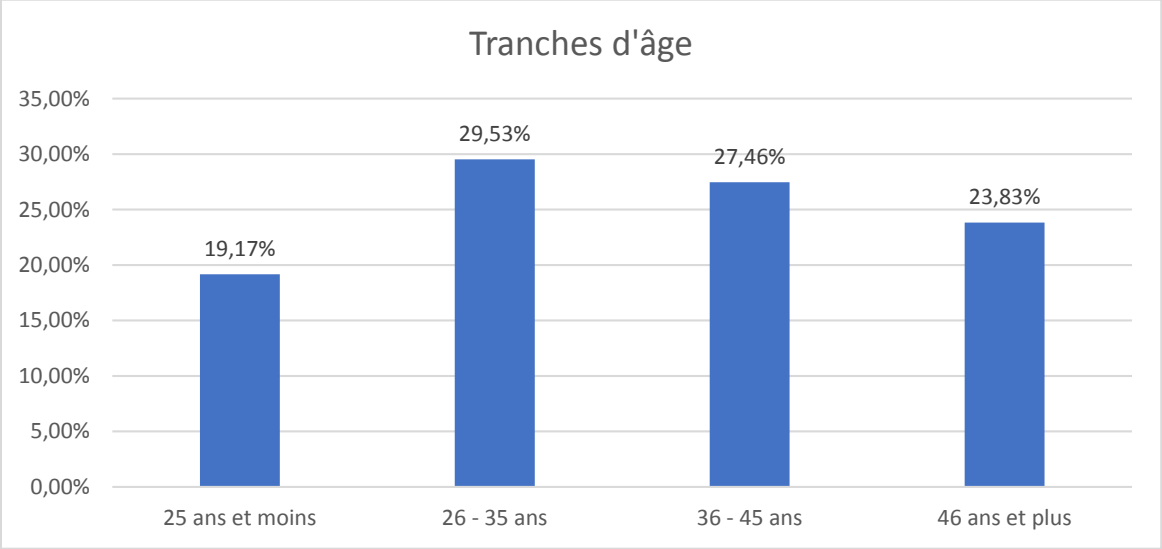


Figure 21 : Tranches d'âge dans l'échantillon global

Dans le groupe repéré, 17,98% de l'effectif avaient 25 ans ou moins (n=16), 30,34% avaient entre 26 et 35 ans (n=27), 22,47% avaient entre 36 et 45 ans (n=20) et 29,21% avaient 46 ans ou plus (n=26).

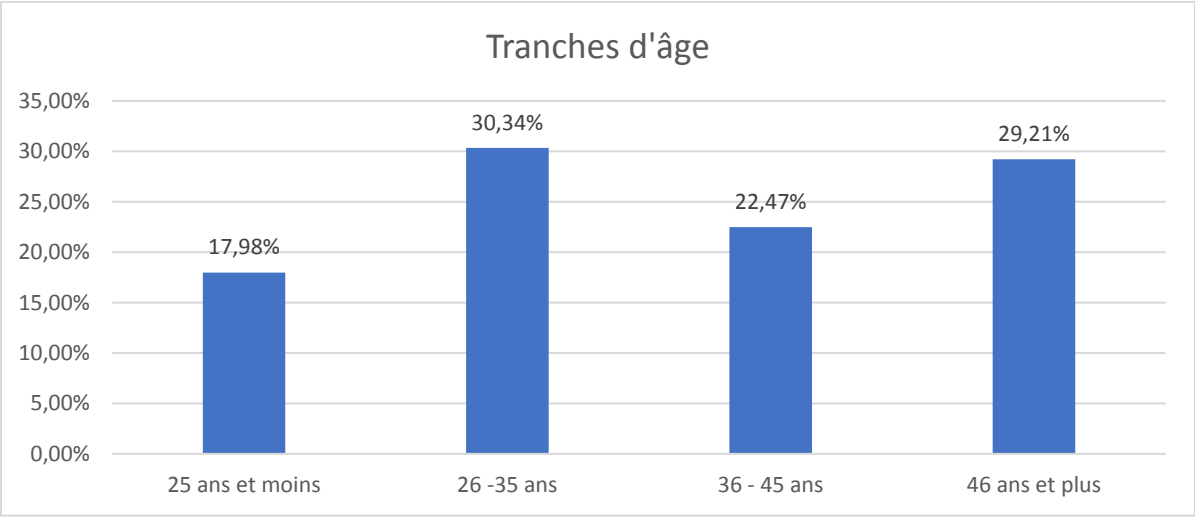


Figure 22 : Tranches d'âge dans le groupe repéré

Dans le groupe non repéré, 20,19% du groupe avaient 25 ans ou moins (n=21), 28,85% avaient entre 26 et 35 ans (n=30), 31,73% avaient entre 36 et 45 ans (n=33) et 19,23% du groupe avaient 46 ans ou plus (n=20).

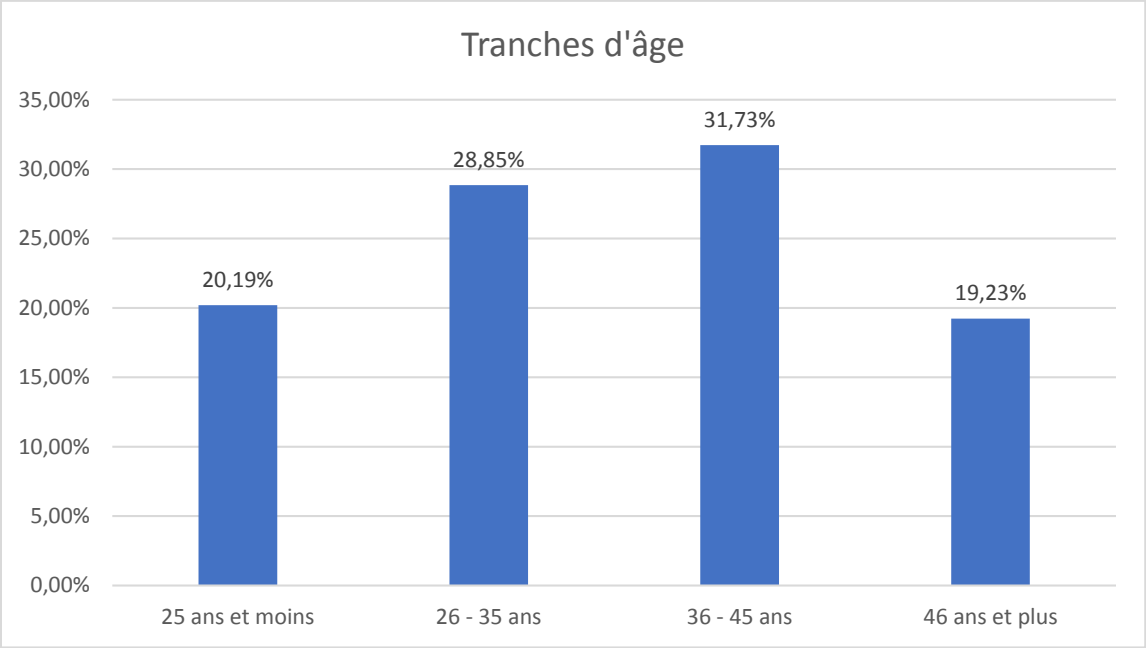


Figure 23 : Tranche d'âge dans le groupe non repéré

vii. Source principale des revenus

Au niveau des revenus, ils provenaient principalement au cours des 6 derniers mois d'un revenu d'emploi, de retraite ou d'une pension d'invalidité pour 147 personnes dans l'échantillon global, soit 77%. Les prestations sociales ou les allocations chômage représentaient la principale source de revenu pour 11,5% de l'échantillon globale, 7,9% avaient des ressources provenant d'un tiers quand 3,7 % de l'échantillon déclarait être sans revenu.

Ces proportions étaient dans le groupe repéré de 73,6% pour les revenus d'un emploi, d'une retraite ou d'une pension d'invalidité, de 16% pour les revenus provenant des prestations sociales, du RSA ou des allocations chômages, 6,9% pour les revenus provenant d'un tiers et que 3,4% se déclaraient sans revenu. Notons que 2 personnes du groupe repéré n'ont pas répondu à cette question.

Dans le groupe non repéré, 79,8% des personnes avaient pour principale ressource des revenus d'emplois, de retraite ou d'une pension d'invalidité (n=83), 7,7% déclaraient des ressources provenant des allocations chômage, du RSA ou d'autres prestations sociales (n=8), 8,7% avaient des ressources provenant d'un tiers (n=9) et 3,8% étaient sans revenu (n=4).

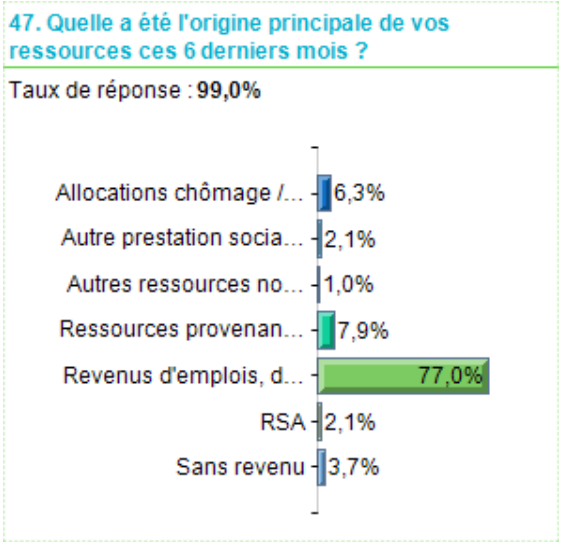


Figure 24 : Origine des ressources dans l'échantillon global

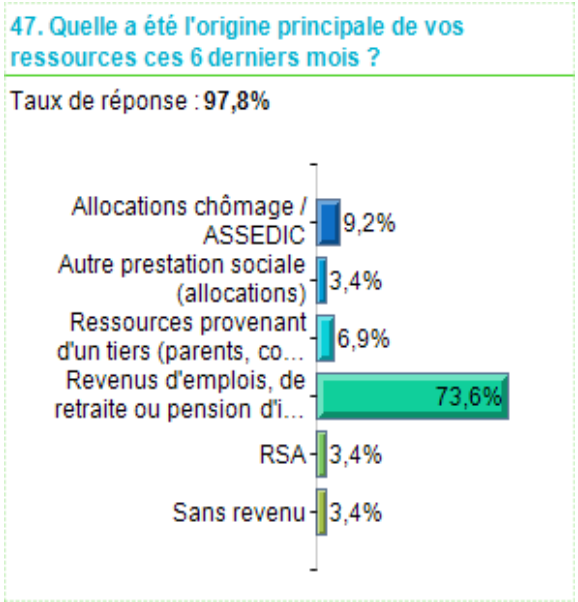


Figure 25 : Origine des ressources dans l'échantillon repéré *Figure 26 : Origine des ressources dans l'échantillon non repéré*

3. Histoire de la consommation

i. Age de première consommation

L'âge moyen de première consommation était de 19 ans et 4,32 mois dans le groupe repéré et l'âge médian était 16 ans et 10,92 mois. L'âge de première consommation le moins élevé dans ce groupe était 6 ans et le plus élevé 54 ans.

L'âge moyen de première consommation était de 20,89 ans dans le groupe non repéré avec un âge médian de première consommation de 17,30 ans. L'âge de première consommation le moins élevé dans ce groupe était 7 ans et le plus élevé 49 ans.

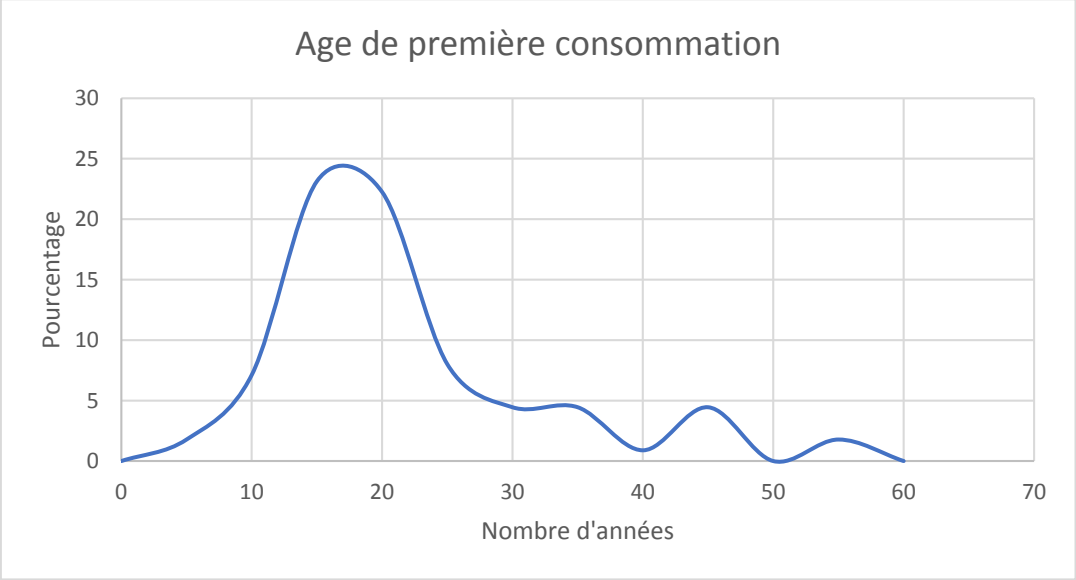


Figure 27 : Age de première consommation dans le groupe repéré

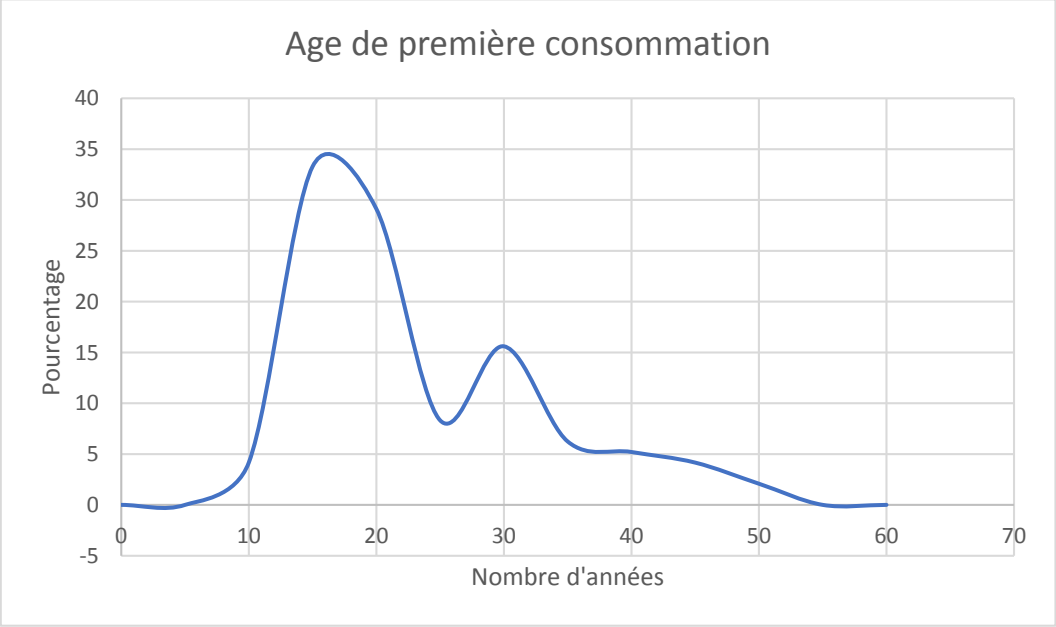


Figure 28 : Age de première consommation dans le groupe non repéré

ii. Période avant usage problématique

Dans le groupe repéré, la période moyenne entre la première consommation et le début d'un usage problématique était de 73,57 mois, soit 6 ans et 1,57 mois. La période la plus courte était de 0 mois, autrement dit l'usage problématique était immédiat après le début de la consommation et la période la plus longue était de 465,7 mois, soit 38 ans et 9,7 mois.

Dans le groupe non repéré, la période moyenne en mois entre la première consommation et le début d'un usage problématique était de 47,46 mois, soit 3 ans et 11,46 mois. La période la plus courte avant usage problématique était de 0 mois et la période la plus longue avant usage problématique était de 378,47 mois, soit 31 ans et 6,47 mois.

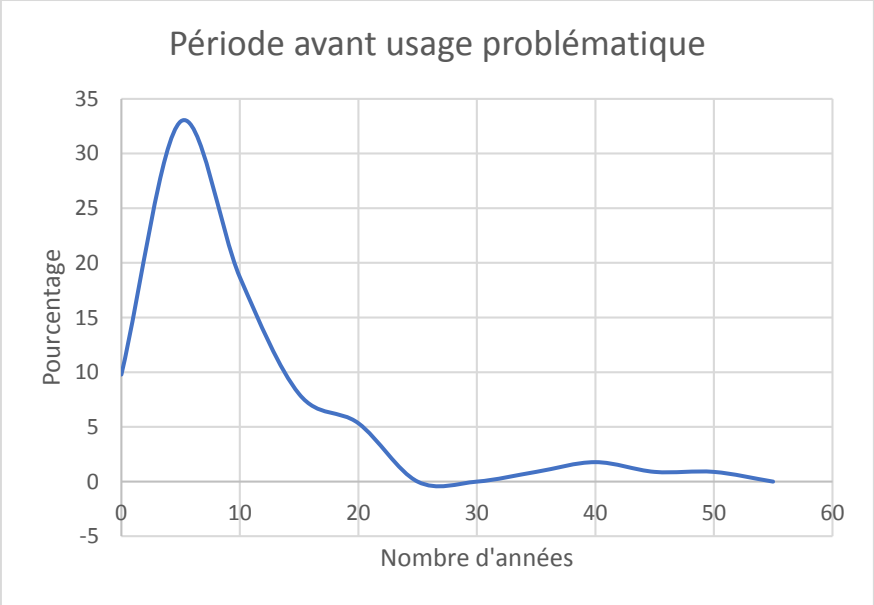


Figure 29 : Période avant usage problématique dans le groupe repéré

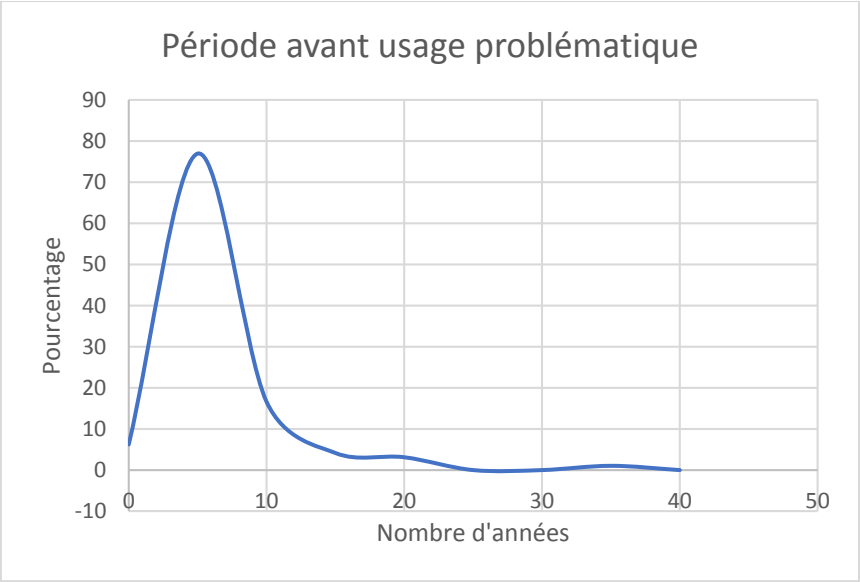


Figure 30 : Période avant usage problématique dans le groupe non repéré

iii. Durée de l'usage problématique

Dans le groupe repéré, la durée moyenne de l'usage problématique était de 87,76 mois soit 7 ans et 3,76 mois. La durée médiane de l'usage problématique était de 53,8 mois soit 4 ans et 5,8 mois. La durée minimum était de 2 mois et la durée maximum était de 489 mois.

Dans le groupe non repéré, la durée moyenne de l'usage problématique était de 47,33 mois soit 3 ans et 11,33 mois. La durée médiane de l'usage problématique était de 28,42 mois soit 2 ans et 4,42 mois. La durée minimum était de 0 mois, cela signifie que l'usage problématique a duré moins d'un mois selon les participants. La durée maximum était de 413 mois soit 34 ans et 5 mois.

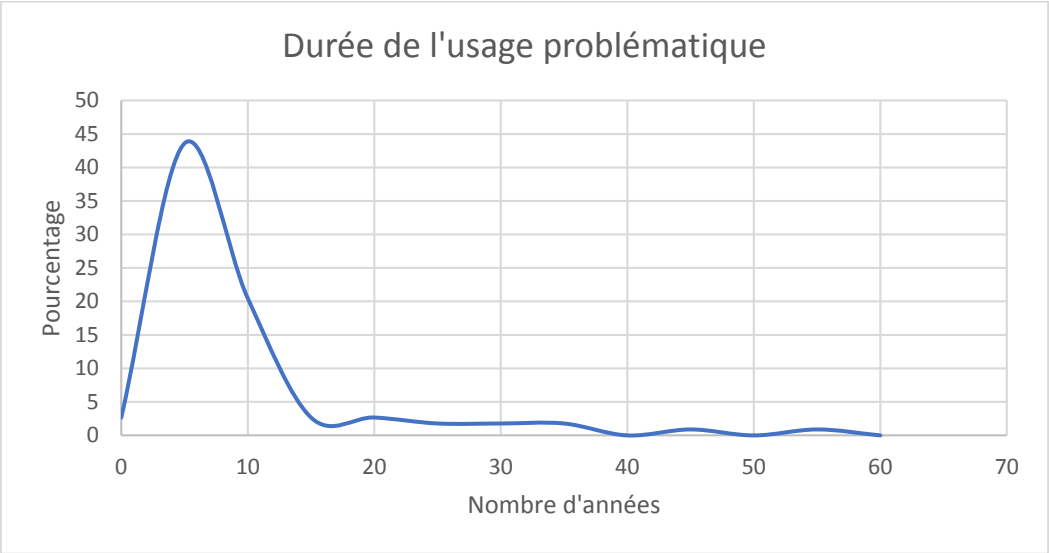


Figure 31 : Durée de l'usage problématique dans le groupe repéré

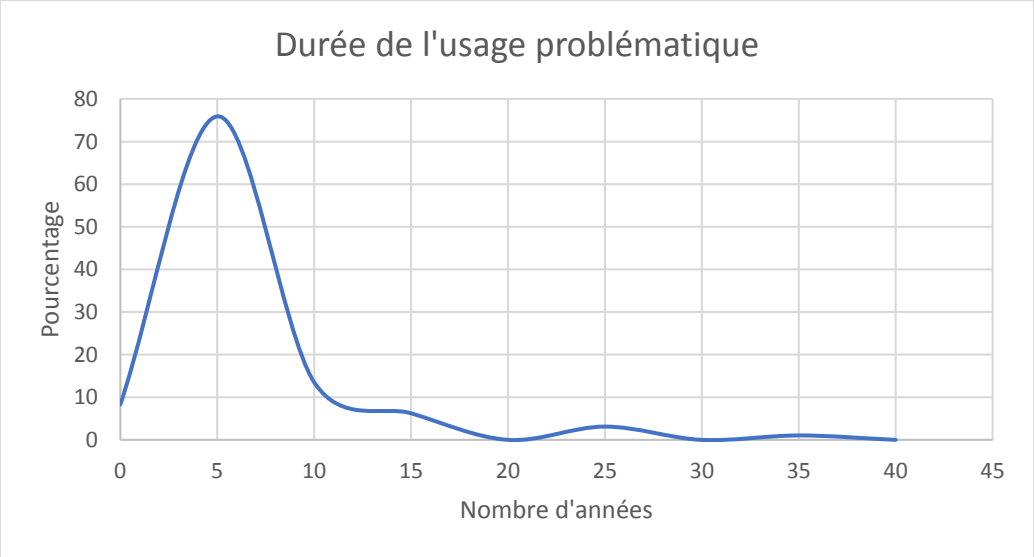


Figure 32 : Durée de l'usage problématique dans le groupe non repéré

iv. Taux d'anciens consommateurs

Dans le groupe repéré, il y avait 12,4% d'anciens consommateurs (n=11).

Dans le groupe non repéré, il y avait 35,6% d'anciens consommateurs (n=38).

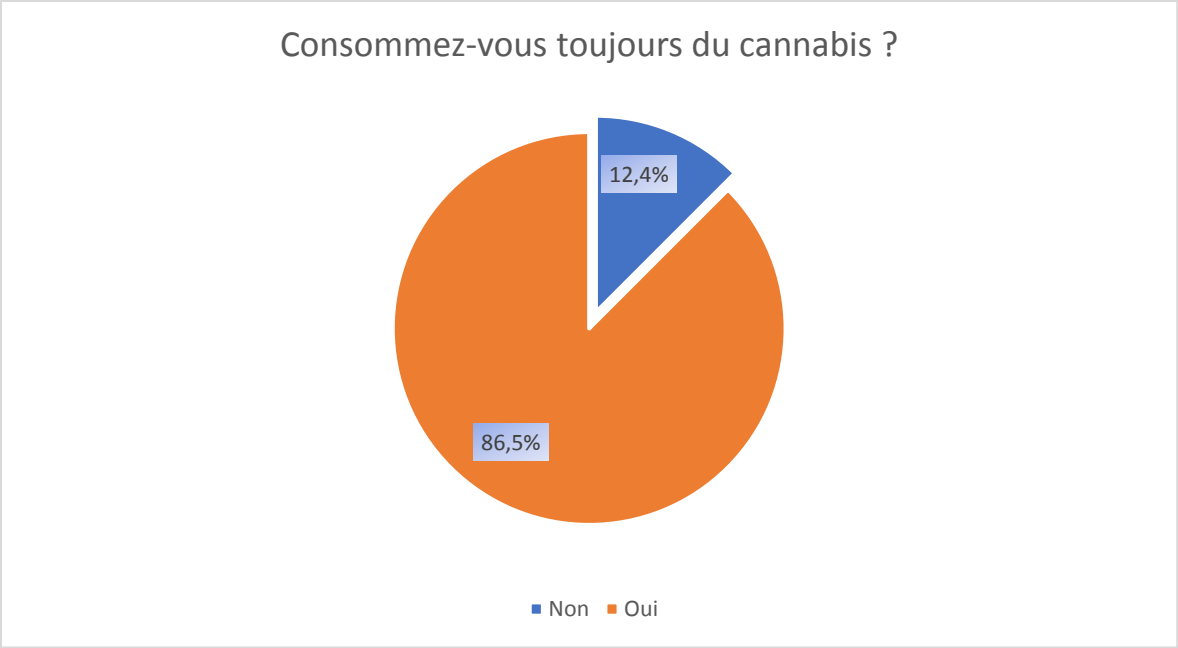


Figure 33 : Taux d'ancien consommateurs dans le groupe repéré

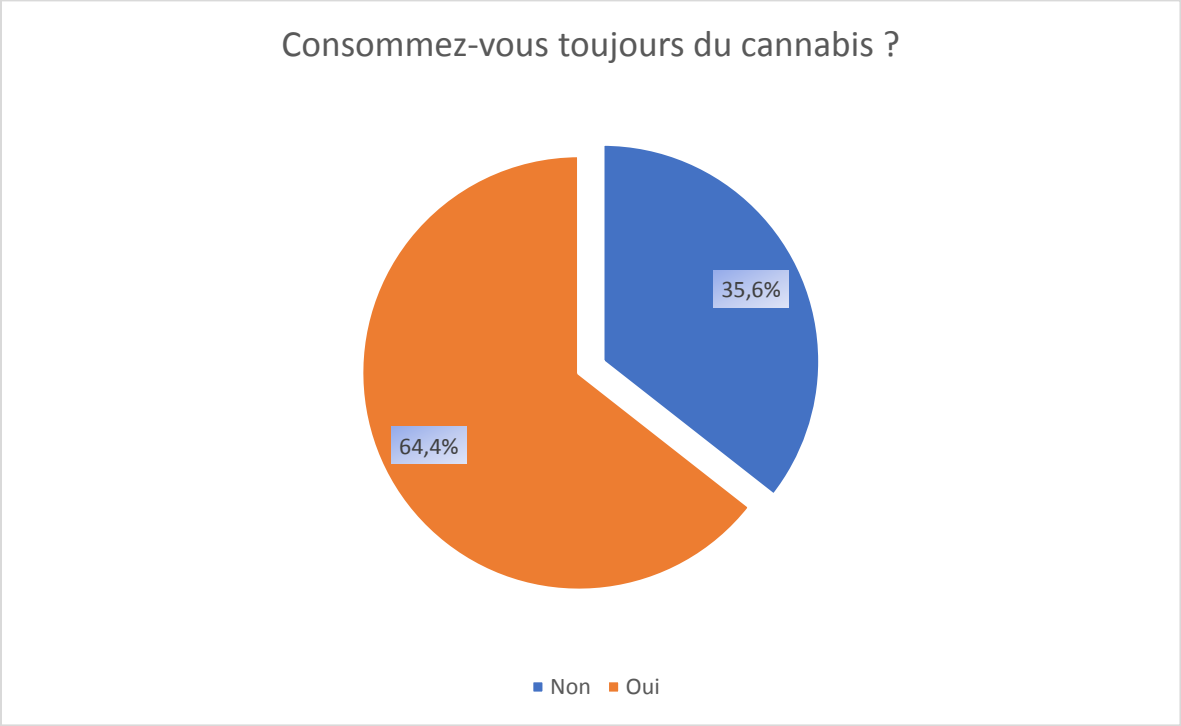


Figure 34 : Taux d'anciens consommateurs dans le groupe non repéré

4. Le repérage

i. Le retard au repérage

Parmi ceux qui ont été repérés, 22,25% ont été repérés avant le début de l'usage problématique (n=25) et 2,67% ont été repérés dès le début de la période de repérage (n=3). Ils n'étaient donc pas concernés par le retard au repérage. Pour les autres, le retard au repérage était en moyenne de 64,65 mois soit 5 ans et 4,65 mois.

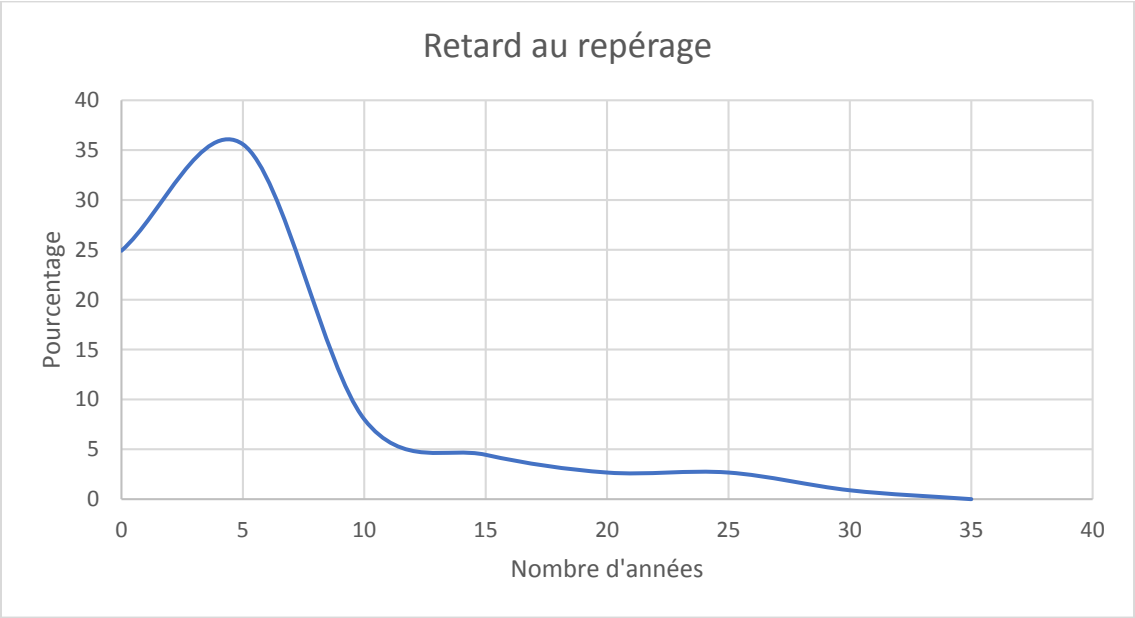


Figure 35 : Retard au repérage en années

ii. Type de praticiens faisant le repérage

Dans 65,17% des cas (n=58), c'est avec le médecin généraliste que le sujet de la consommation de cannabis était abordé la première fois. Pour 10,11% des cas (n=9), le sujet était abordé avec un médecin spécialiste des addictions (psychiatre ou addictologue) ; 6,74% en ont parlé avec un médecin urgentiste (n=6) et 2,25% avec un médecin gynécologue (n=2). Dans 15,73% des cas (n=14), c'est avec un autre médecin que le sujet était abordé parmi lesquels on retrouve le médecin du travail (n=3), le dentiste (n=3), l'anesthésiste (n=2), le médecin du sport (n=1), le médecin scolaire (n=1), le médecin neurologue (n=1), le médecin pneumologue (n=1), le médecin interniste (n=1) et le chirurgien urologue (n=1).

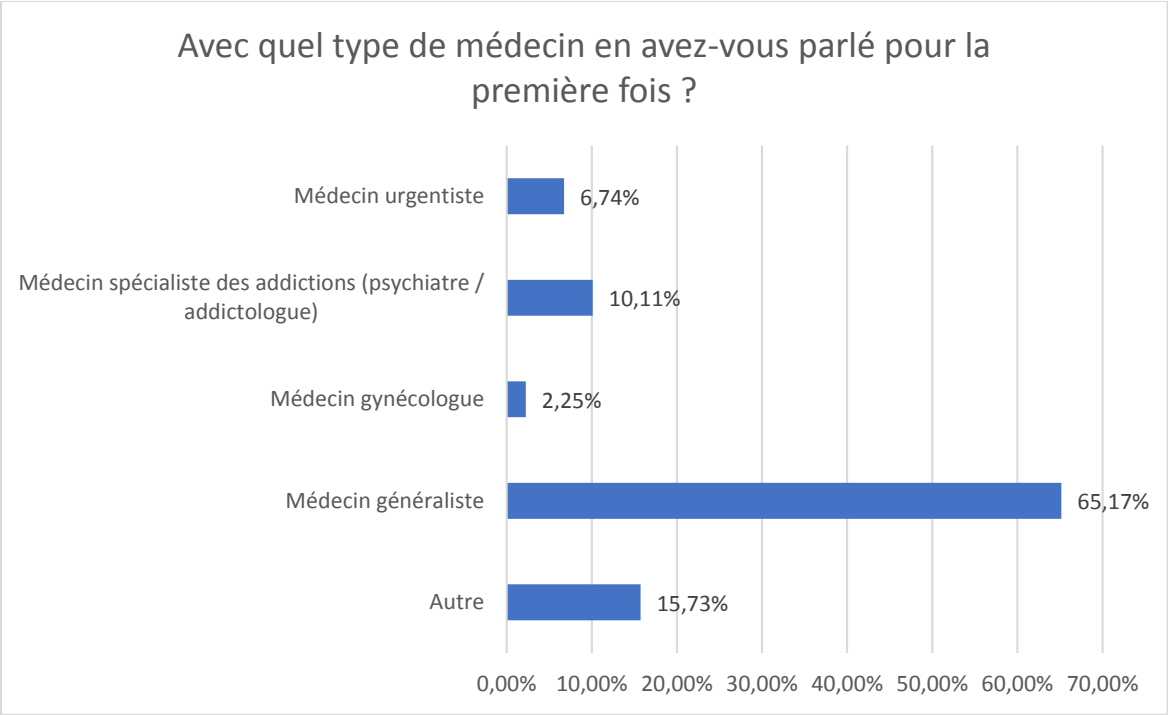


Figure 36 : Type de médecins faisant le repérage

iii. Le niveau d'angoisse au moment du repérage

67,4% évaluaient leur niveau d'angoisse entre 1 et 3 (n=60), 19,1% l'évaluaient entre 4 et 6 (n=17) et 13,5% l'évaluaient entre 7 et 10 (n=12). La moyenne était à 3,22 et la médiane à 2,00.

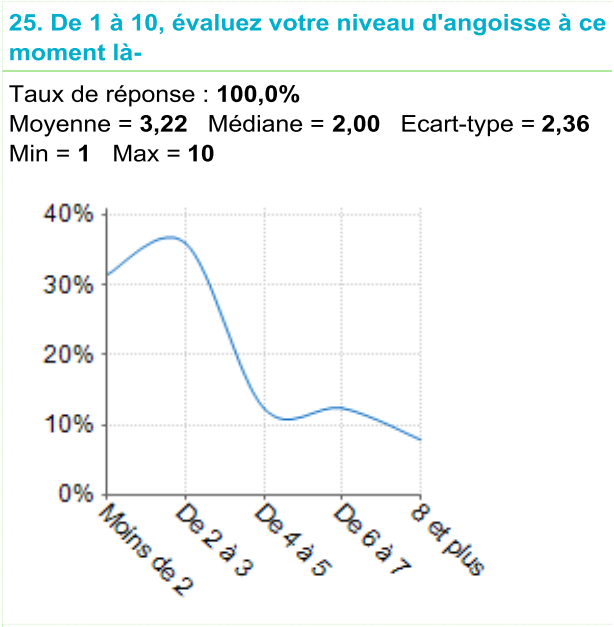


Figure 37 : Niveau d'angoisse au moment du repérage

iv. Qui aborde le sujet de la consommation ?

Parmi les repérés, 71,9% du groupe déclaraient avoir aborder eux-mêmes le sujet de leur consommation (n=64) contre 28,1% qui affirment que c'est le médecin qui a abordé le sujet (n=25).

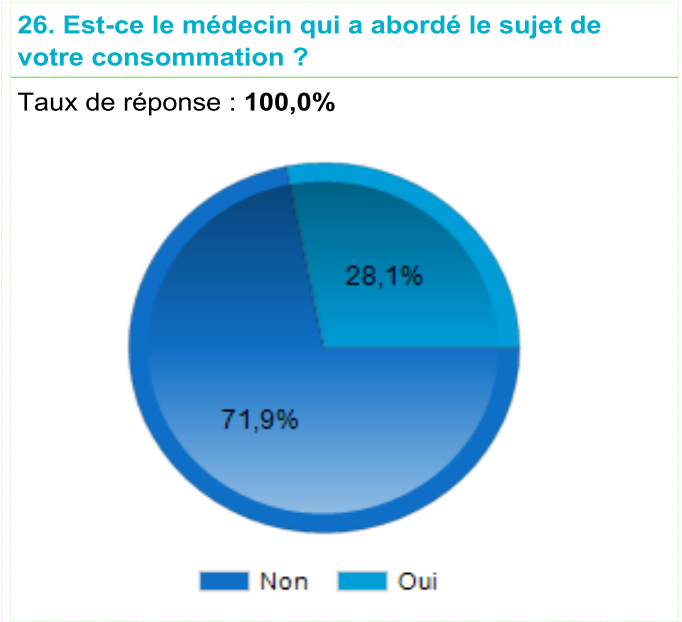


Figure 38 : Taux de repérage par le médecin

v. Nombre de consultation du médecin généraliste dans l'année

Dans le groupe repéré, le médecin généraliste avait été consulté en moyenne 2,66 fois dans l'année. Il n'y avait eu aucune consultation dans 18,69% des cas. Le nombre minimum de consultation était 0 et le nombre maximum de consultations dans l'année était 22.

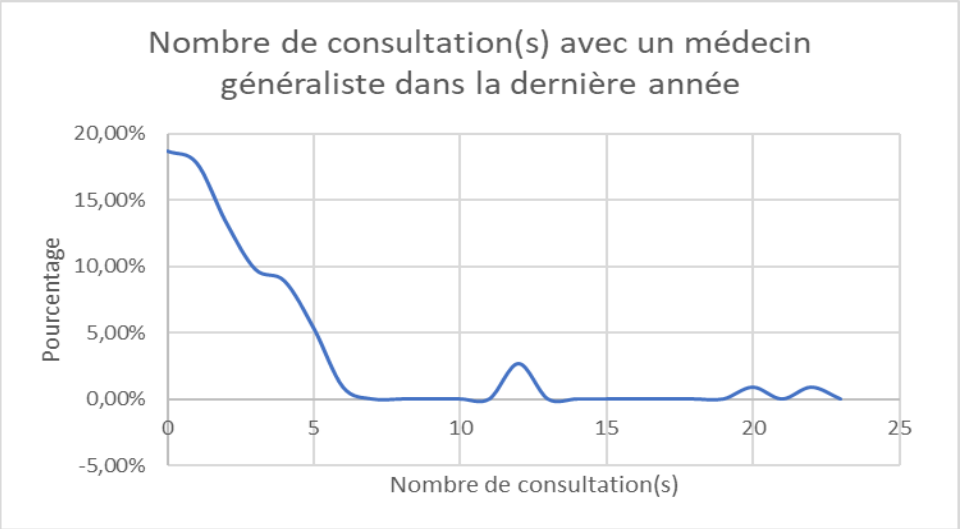


Figure 39 : Nombre de consultation(s) avec un médecin généraliste dans la dernière année

5. Les freins

i. Dans le groupe repéré

1. Les freins propres au patient

Le frein « cette consommation n'est pas un problème / pas besoin d'aide » était considéré comme un frein fort par 42,7% du groupe (n=38) et comme un frein moyen par 21,3% du groupe (n=19). 32 personnes ont considéré que c'était un frein faible, soit 36% du groupe.

Le frein « c'est au médecin de poser la question » était considéré comme fort par 21,3% du groupe (n=19), comme moyen par 24,7% du groupe (n=22) et comme faible par 53,9% (n=48).

La « vente associée à la consommation » était un frein fort pour 7,9% du groupe (n=7), un frein moyen pour 15,7% du groupe (n=14) et un frein faible pour 76,4% du groupe (n=68).

Frein : Cette consommation n'était pas un problème pour moi / Pas besoin d'aide

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Frein faible	32	36,0%
Frein fort	38	42,7%
Frein moyen	19	21,3%
Total	**89**	

Frein : C'est au médecin de poser la question

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Frein faible	48	53,9%
Frein fort	19	21,3%
Frein moyen	22	24,7%
Total	**89**	

Frein : Vente de cannabis associé à ma consommation

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Frein faible	68	76,4%
Frein fort	7	7,9%
Frein moyen	14	15,7%
Total	**89**	

Figure 40 : Freins propres au patient dans le groupe repéré

2. Les freins en lien avec la relation médecin-patient

Le frein « manque de connaissance de mon médecin sur le cannabis » était considéré comme un frein fort par 33,7% du groupe (n=30), comme un frein moyen par 23,6% du groupe (n=21) et comme un frein faible par 42,7% du groupe (n=38).

Le frein « peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin » était considéré comme fort par 23,6% du groupe (n=21), moyen par 21,3% (n=19) et faible par 55,1% du groupe (n=49).

Le « manque de temps ou d'écoute du médecin » était considéré comme un frein fort par 18% du groupe (n=16), comme un frein moyen par 20,2% du groupe (n=18) et comme un frein faible par 61,8% du groupe (n=55).

Le frein « pas assez proche de mon médecin » était considéré comme fort par 20,2% du groupe (n=18), comme moyen par 20,2% (n=18) et comme faible par 59,6% du groupe (n=53).

Le frein « trop proche de mon médecin » était considéré comme fort par 10,1% du groupe (n=9), comme moyen par 7,9% du groupe (n=7) et comme un frein faible par 82% du groupe (n=73).

Le frein « peur d'être jugé / discours moralisateur du médecin » était fort pour 29,2% du groupe (n=26), moyen pour 12,4% (n=11) et faible pour 58,4% du groupe (n=52).

Frein : Manque de connaissance de mon médecin / Mon médecin n'a pas les moyens de m'aider / Ce n'est pas sa spécialité

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Frein faible	38	42,7%
Frein fort	30	33,7%
Frein moyen	21	23,6%
Total	**89**	

Frein : Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Frein faible	49	55,1%
Frein fort	21	23,6%
Frein moyen	19	21,3%
Total	**89**	

Frein : Pas assez proche de mon médecin

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Frein faible	53	59,6%
Frein fort	18	20,2%
Frein moyen	18	20,2%
Total	**89**	

Frein : Trop proche de mon médecin

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Frein faible	73	82,0%
Frein fort	9	10,1%
Frein moyen	7	7,9%
Total	**89**	

Frein : Manque de temps ou d'écoute du médecin

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Frein faible	55	61,8%
Frein fort	16	18,0%
Frein moyen	18	20,2%
Total	**89**	

Frein : Peur d'être jugé / Discours moralisateur du médecin

Taux de réponse : **100,0%**

	Nb	
Frein faible	52	58,4%
Frein fort	26	29,2%
Frein moyen	11	12,4%
Total	**89**	

Figure 41 : Freins en lien avec la relation médecin patient dans le groupe repéré

3. Les freins en lien avec le regard de la société

Le frein « c'est illégal » était considéré comme un frein fort par 24,7% du groupe (n=22), comme un frein moyen par 13,5 % du groupe (n=12) et comme un frein faible par 61,8% du groupe (n=55).

Le frein « peur que mon entourage/famille l'apprennent » était un frein fort pour 15,7% du groupe (n=14), un frein moyen pour 10,1% du groupe (n=9) et un frein faible pour 74,2% du groupe (n=66).

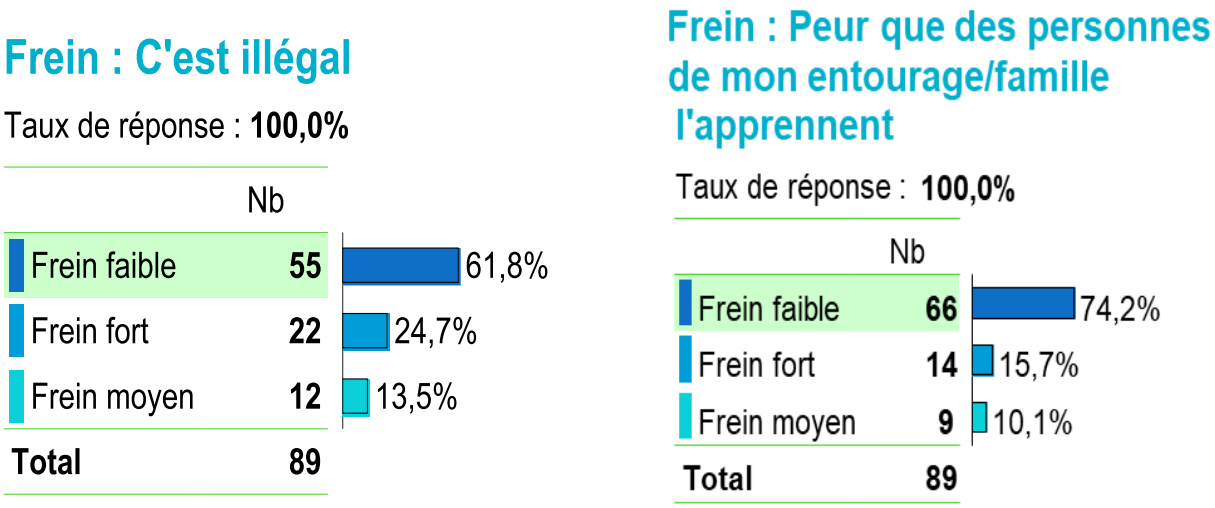


Figure 42 : Freins en lien avec le regard de la société dans le groupe repéré

4. Les relations significatives

Il y avait une relation significative entre le frein « c'est illégal » et la tranche d'âge « 25 ans et moins » avec une surreprésentation dans la catégorie frein fort avec 56,3% de cette tranche d'âge (n=9) et une sous-représentation dans la catégorie frein faible (p=0,01).

On trouvait également une relation statistiquement significative entre le frein « trop proche de mon médecin » et les personnes ayant débuté une consommation après 50 ans. Ces derniers étaient sur-représentés dans la catégorie frein fort (n=3) et sous-représentés dans la catégorie frein faible (n=0) (p<0,01).

Le sexe féminin et le frein « peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin » avaient une relation significative avec une sur-représentation dans la catégorie freins fort et une sous-représentation dans la catégorie frein faible (p=0,04).

Frein : C'est illégal, Tranche d'âge

	Frein faible	Frein fort	Frein moyen
25 ans et moins	5	9	2
26 -35 ans	16	4	7
36 - 45 ans	16	3	1
46 ans et plus	18	6	2

p = **0,01** ; Khi2 = **16,87** ; ddl = **6** (**TS**)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

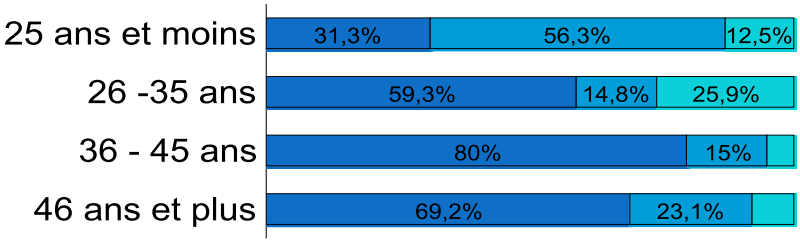


Figure 43 : Relation entre le frein "C'est illégal" et la tranche d'âge dans le groupe repéré

Frein : Peur d'être réduit à cette conso, Sexe

	Frein faible	Frein fort	Frein moyen
Féminin	12	11	4
Masculin	37	10	15

p = **0,04** ; Khi2 = **6,40** ; ddl = **2** (**S**)

La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

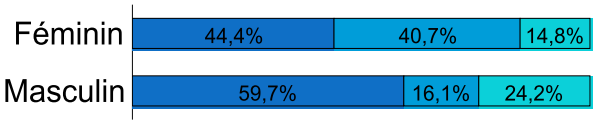


Figure 44 : Relation entre le frein "Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin" et le sexe dans le groupe repéré

Age de première consommation (en annéee), Frein : Trop proche de mon médecin

	Moins de 10,00	De 10,00 à 20,00	De 20,00 à 30,00	De 30,00 à 40,00	De 40,00 à 50,00	50,00 et plus
Frein faible	**8**	**44**	**11**	**5**	**5**	**0**
Frein fort	**1**	**4**	**0**	**1**	**0**	**3**
Frein moyen	**1**	**3**	**3**	**0**	**0**	**0**

p = **<0,01** ; Khi2 = **33,89** ; ddl = **10** (**TS**)

La relation est très significative.
Répartition en 6 classes de même amplitude
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

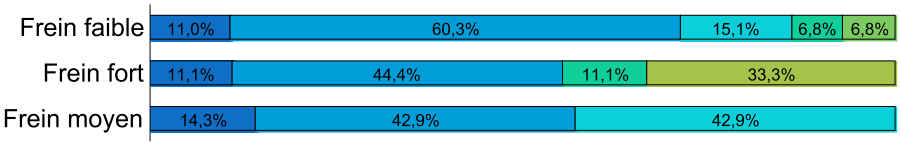


Figure 45 : Relation entre le frein "Trop proche de mon médecin" et l'âge de première consommation dans le groupe repéré

ii. Dans le groupe non repéré

1. Les freins propres au patient

L'absence de perception du problème de la consommation ou l'impression de ne « pas avoir besoin d'aide » était un frein fort pour 61,5% (n=64), moyen pour 24% (n=25) et faible pour 14,4% du groupe (n=15).

La « vente associée à la consommation » était un frein fort pour 12,5% (n=13), moyen pour 8,7% (n=9) et faible pour 78,8% du groupe (n=82).

La sensation que « c'est au médecin de poser la question » était un frein fort pour 23,1% (n=24), moyen pour 32,7% (n=34) et faible pour 44,2% (n=46) du groupe.

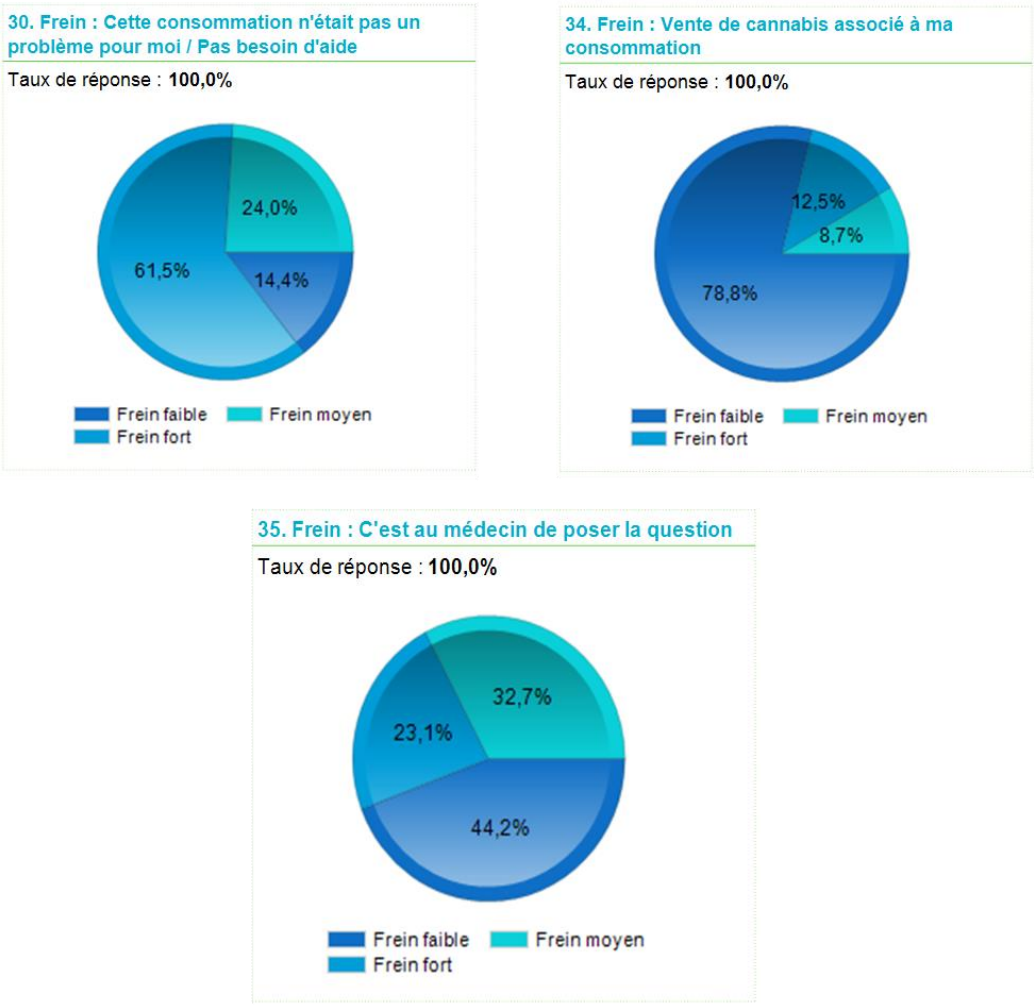


Figure 46 : Freins propres au patient dans le groupe non repéré

2. Les freins en lien avec la relation médecin-patient

Le frein « peur d'être jugé / discours moralisateur du médecin » était fort pour 52,9% du groupe (n=55), moyen pour 15,4% (n=16) et faible pour 31,7% du groupe (n=33).

La « peur d'être réduit à cette consommation par le médecin » était un frein fort pour 31,7% (n=33), moyen pour 26,9% (n=28) et faible pour 41,3% (n=43) du groupe.

Le « manque de connaissance du médecin sur le cannabis » ou la sensation qu'il « n'a pas les moyens d'aider » était un frein fort pour 33,7% (n=35), moyen pour 27,9% (n=29) et faible pour 38,5% (n=40) du groupe.

Le « manque de temps ou d'écoute du médecin » était un frein fort pour 24% (n=25), moyen pour 21,2% (n=22) et faible pour 54,2% du groupe (n=57).

Le fait de se sentir « pas assez proche du médecin » constituait un frein fort pour 35,6% (n=37), moyen pour 22,1% (n=23) et faible pour 42,3% (n=44) du groupe.

Le fait de se sentir « trop proche du médecin » était un frein fort pour 12,5% (n=13), moyen pour 10,6% (n=11) et faible pour 76,9% (n=80) du groupe.

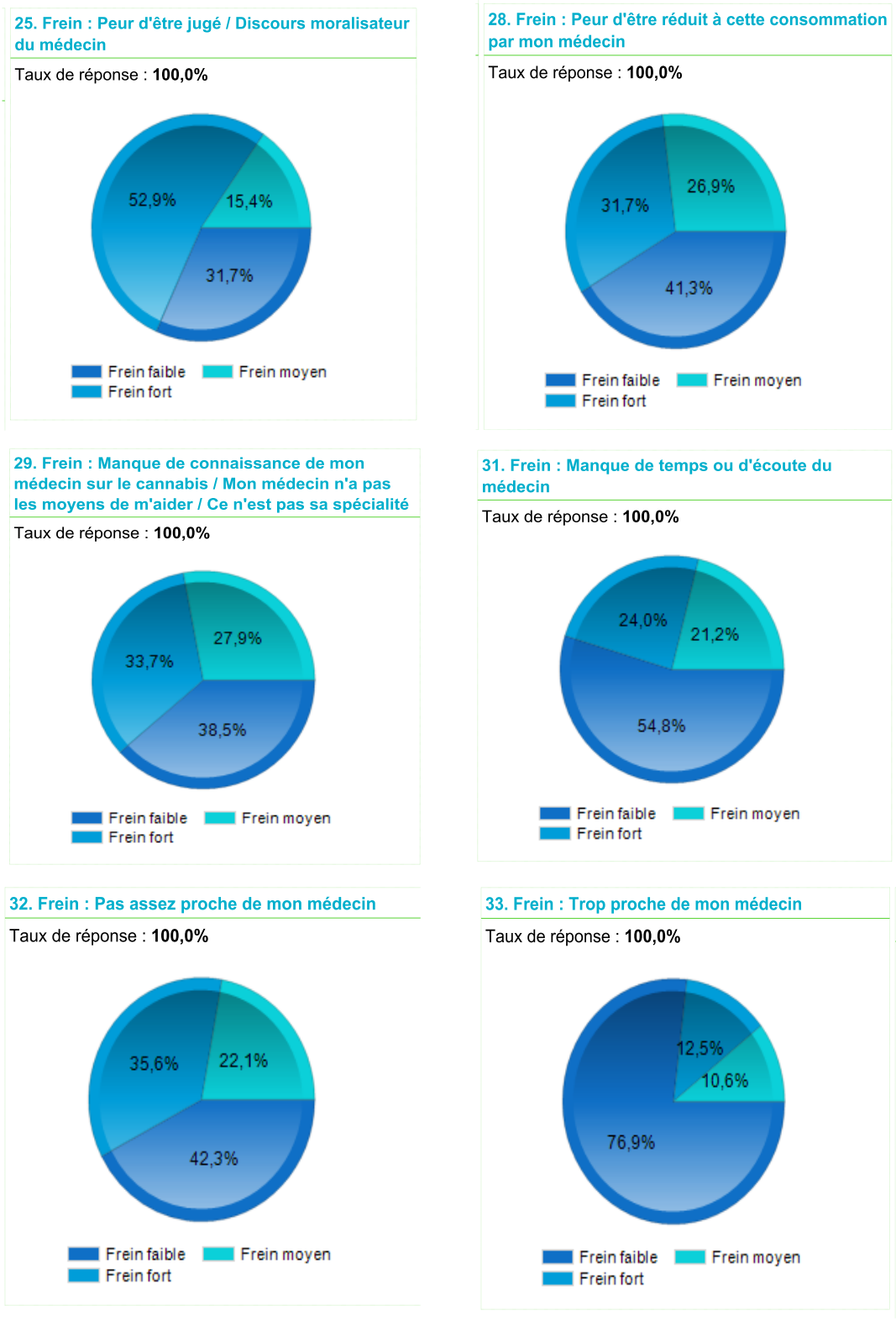
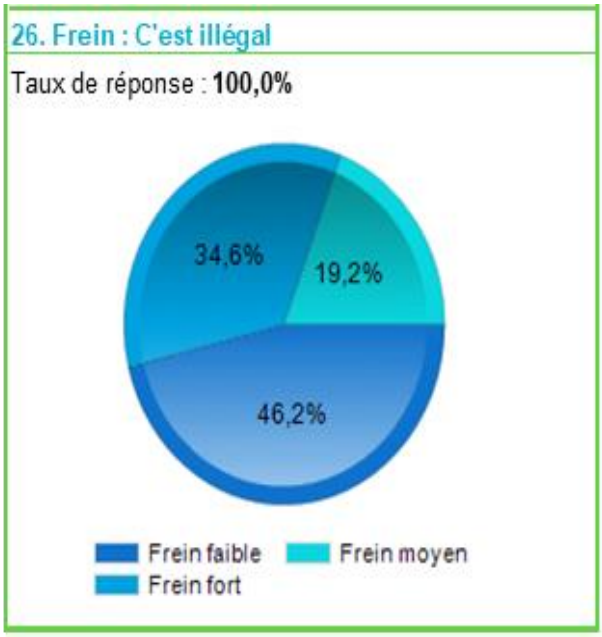


Figure 47 : Freins en lien avec la relation médecin-patient dans le groupe non repéré

3. Les freins en lien avec le regard de la société

Le frein « c'est illégal » était fort pour 34,6% du groupe (n=36), moyen pour 19,2% (n=20) et faible pour 46,2% du groupe (n=48).

La « peur que l'entourage ou la famille l'apprenne » était un frein fort pour 17,3% (n=18), moyen pour 15,4% (n=16) et faible pour 67,3% du groupe (n=70).



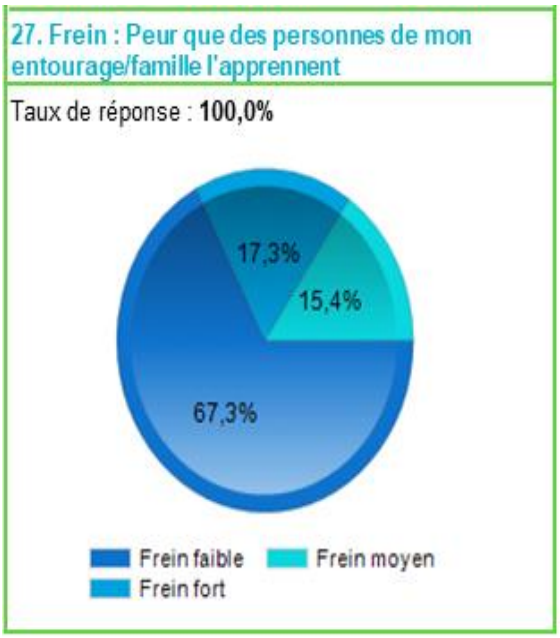


Figure 48 : Freins en lien avec le regard de la société dans le groupe non repéré

4. Les relations significatives

Il y avait une relation statistiquement très significative entre le sexe et le frein « peur d'être réduit à cette consommation par le médecin » avec une sur-représentation des femmes dans la catégorie frein fort où elles représentent 72,9% de l'effectif (n=24) et une sur-représentation des hommes dans la catégorie frein faible où ils représentent 79,1% (n=34) de l'effectif (p<0,01).

Le fait de se sentir « pas assez proche du médecin » était significativement lié au milieu d'habitation. Le milieu rural était sous-représenté dans la catégorie frein faible où il ne représenté que 9,1% (n=4) de l'effectif et sur-représenté dans les freins moyens où ils représentaient 34,8% (n=8) de l'effectif. Le milieu péri-urbain était sur-représenté dans la catégorie frein fort avec 35,1% (n=13). Le milieu urbain était sous-représenté dans la catégorie frein fort avec 40% (n=15) de l'effectif. La relation était statistiquement très significative (p<0,01).

Le frein « vente associé à la consommation » était significativement lié au niveau d'étude (p=0,02). Les « BAC+2 et plus » étaient sur-représenté dans la catégorie frein faible avec 82,9% de l'effectif (n=83) tandis qu'ils étaient sous-représentés dans la catégorie frein fort avec 53,8% (n=7) de l'effectif. Ceux qui avaient un niveau BEP/CAP étaient sur-représenté dans la catégorie frein fort avec 15,4% (n=2) de l'effectif et ceux qui avaient un niveau BAC étaient sous-représenté dans la catégorie frein faible avec 13,4% (n=11) de l'effectif.

Le frein « c'est illégal » était significativement lié au sexe (p=0,02). Dans la catégorie frein fort, les femmes étaient sur-représentées avec 58,3% (n=21) et les hommes sous-représentés avec 41,7% (n=15) de l'effectif. Dans la catégorie frein faible, les femmes étaient sous-représentées avec 29,2% (n=14) de l'effectif et les hommes sur-représenté avec 70,8% (n=34) de l'effectif. Dans ce groupe, la tranche d'âge « 25 ans et moins » était sous-représenté dans la catégorie frein faible, alors que la tranche d'âge 26-35 ans était sur-représenté dans cette même catégorie et sous-représenté dans la catégorie frein fort (p=0,05).

Le frein « manque de temps ou d'écoute du médecin » était significativement lié au sexe avec une sur-représentation des femmes dans la catégorie frein fort où elle constituait 64% (n=16) de l'effectif (p=0,05).

Le frein « cette consommation n'était pas un problème pour moi / pas besoin d'aide » avait un impact significativement moins important chez ceux qui avaient un niveau BAC qui étaient sur-représenté dans la catégorie frein faible que chez ceux qui avaient un niveau BAC+2 ou plus qui étaient sous-représentés dans cette catégorie (p=0,009).

Pour le frein « peur que des membres de mon entourage / famille l'apprennent », il y avait une relation statistiquement significative pour les étudiants qui étaient sur-représentés dans la catégorie frein moyen (p=0,03).

Sexe, Frein : Peur d'être réduit à cette consommation par le médecin

	Féminin	Masculin
Frein faible	9	34
Frein fort	24	9
Frein moyen	12	16

p = <0,01 ; Khi2 = 20,41 ; ddl = 2 (TS)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

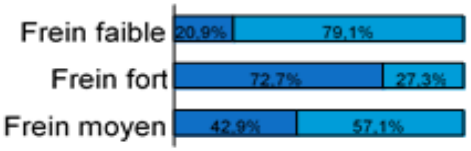


Figure 49 : Relation entre le frein "Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin" et le sexe

Vivez-vous en milieu urbain, péri-urbain, Frein : Pas assez proche de mon médecin

	Milieu péri-urbain	Milieu rural	Milieu urbain
Frein faible	11	4	29
Frein fort	13	9	15
Frein moyen	1	8	14

p = 0,009 ; Khi2 = 13,50 ; ddl = 4 (TS)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

Figure 50 : Relation entre le frein "Pas assez proche de mon médecin" et le lieu de résidence

Quel est votre niveau d'étude ?, Frein : Vente de cannabis associé à ma consommation

	Brevet des collèges	Niveau BAC	Niveau BAC +2 et plus	Niveau BEP, CAP
Frein faible	1	11	68	2
Frein fort	1	3	7	2
Frein moyen	0	4	5	0

p = **0,02** ; Khi2 = **14,52** ; ddl = **6** (**S**)

La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

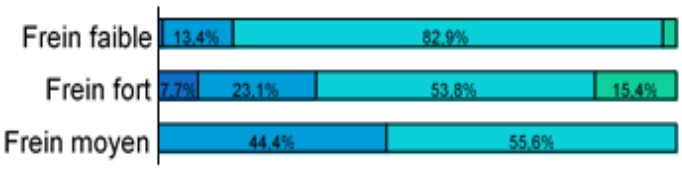


Figure 51 : Relation entre le frein "Vente associé à ma consommation" et le niveau d'étude

Sexe, Frein : C'est illégal

	Féminin	Masculin
Frein faible	14	34
Frein fort	21	15
Frein moyen	10	10

p = **0,02** ; Khi2 = **7,59** ; ddl = **2** (**S**)

La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

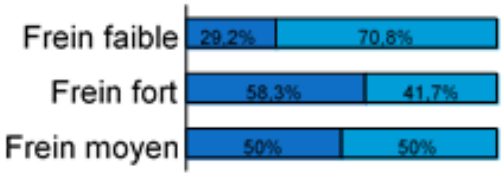


Figure 52 : Relation entre le frein "C'est illégal" et le sexe

Sexe, Frein : Manque de temps ou d'écoute du médecin

	Féminin	Masculin
Frein faible	22	35
Frein fort	16	9
Frein moyen	7	15

p = **0,05** ; Khi2 = **6,06** ; ddl = **2** (**S**)

La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

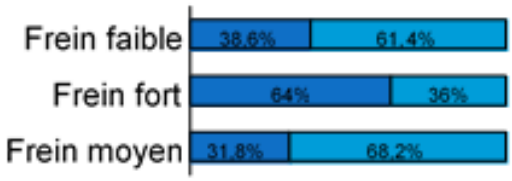


Figure 53 : Relation entre le frein "Manque de temps ou d'écoute du médecin" et le sexe

Quel est votre niveau d'étude ?, Frein : Cette consommation n'était pas un problème pour moi

	Brevet des collèges	Niveau BAC	Niveau BAC +2 et plus	Niveau BEP, CAP
Frein faible	0	8	7	0
Frein fort	1	8	52	3
Frein moyen	1	2	21	1

p = **0,009** ; Khi2 = **17,05** ; ddl = **6** (**TS**)

La relation est très significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

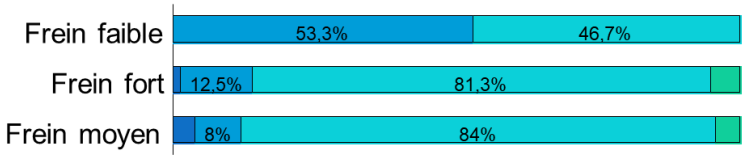


Figure 54 : Relation entre le frein "Pas besoin d'aide" et le niveau d'étude

Êtes-vous étudiant(e) actuellement, Frein : Peur que des personnes de mon entourage l'apprennent

	Non	Oui
Frein faible	62	4
Frein fort	13	1
Frein moyen	6	3

p = **0,03** ; Khi2 = **7,27** ; ddl = **2** (**S**)

La relation est significative.
Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

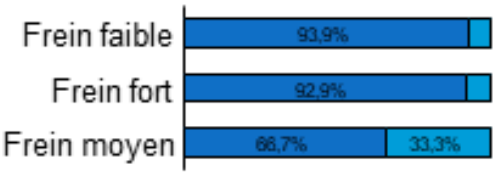


Figure 55 : Relation entre le frein "Peur que des personnes de mon entourage l'apprennent" et la condition étudiante

Quel est votre année de naissance ?, Frein : C'est illégal

	25 ans et moins	26 - 35 ans	36 - 45 ans	46 ans et plus
Frein faible	5	20	12	11
Frein fort	9	6	14	7
Frein moyen	7	4	7	2

p = **0,05** ; Khi2 = **12,54** ; ddl = **6** (**PS**)

La relation est peu significative.

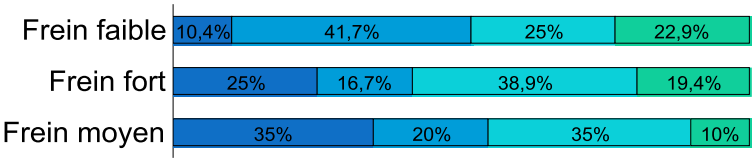


Figure 56 : Relation entre le frein "C'est illégal" et la tranche d'âge

6. Représentations sur la dangerosité du cannabis

A la question : « est-ce que la consommation de cannabis est un danger pour la santé en général ? », 7,9% du groupe repéré répondaient « complètement » (n=7), 6,7% répondaient « beaucoup » (n=6), 69,7% répondaient « un peu » (n=62) et 15,7% répondaient « pas du tout » (n=14).

A la même question, ils étaient 9,6% du groupe non repéré à répondre « complètement » (n=10), 18,3% répondaient « beaucoup » (n=19), 63,5% répondaient « un peu » (n=66) et 8,7% répondaient « pas du tout » (n=9).

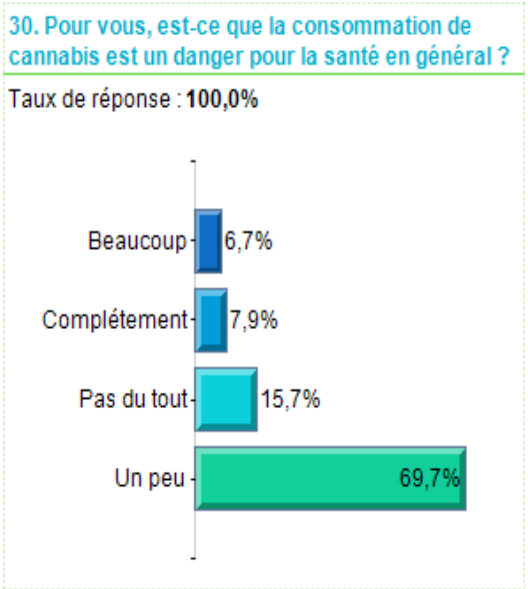


Figure 57 : Dangerosité du cannabis dans le groupe repéré

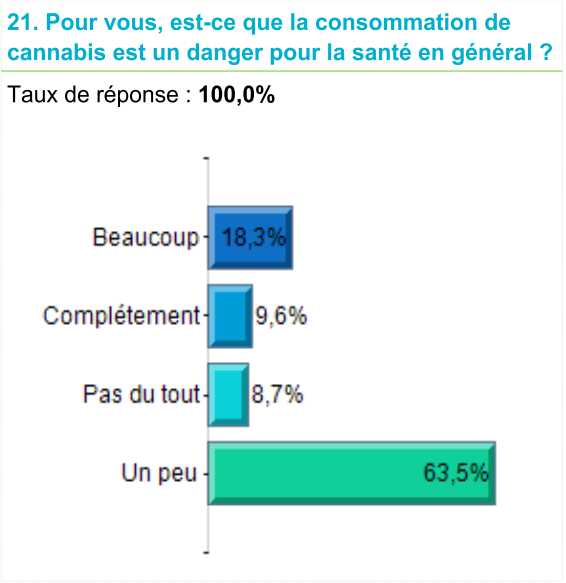


Figure 58 : Dangerosité du cannabis dans le groupe non repéré

7. Les autres consommations pendant la période d'usage problématique

Dans l'échantillon global, 7,8% de l'échantillon global déclaraient ne rien consommer d'autre (n=15) ; 73,1% consommaient aussi de l'alcool (n=141) ; 84,5% consommaient du tabac (n=163) ; 26,4% consommaient des stimulants (Cocaïne, Ecstasy, Amphétamines, MDMA, Ritaline, etc.) (n=51) ; 7,8% consommaient des opiacés (Héroïne, Morphine, Subutex, Méthadone, Tramadol, Codéine, etc.) (n=15) ; 22,8% consommaient des hallucinogènes (Champignons, LSD, PCP, etc.) (n=44) ; 7,3% déclaraient consommer des médicaments anxiolytiques (Valium, Lysanxia, Seresta, Xanax, etc.) (n=14) et 3,6% prenaient des médicaments somnifères (Stilnox, Imovane, etc.) (n=7).

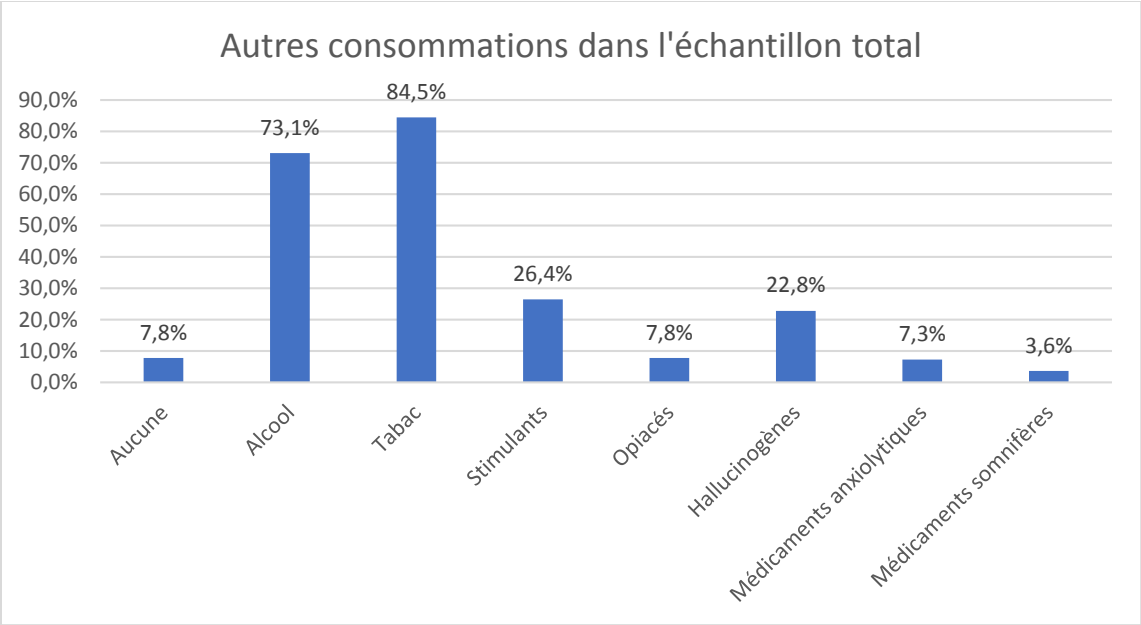


Figure 59 : Autres consommations dans l'échantillon global

Dans le groupe repéré, 7,9% déclaraient ne pas avoir d'autre consommation (n=7) ; 71,9% consommaient aussi de l'alcool (n=64) ; 84,3% consommaient du tabac (n=75) ; 33,7% consommaient des stimulants (Cocaïne, Ecstasy, Amphétamines, MDMA, Ritaline, etc.) (n=30) ; 12,4% consommaient des opiacés (Héroïne, Morphine, Subutex, Méthadone, Tramadol, Codéine, etc.) (n=11) ; 29,2% consommaient des hallucinogènes (Champignons, LSD, PCP, etc.) (n=26) ; 10,1% déclaraient consommer des médicaments anxiolytiques (Valium, Lysanxia, Seresta, Xanax, etc.) (n=9) et 6,7% prenaient des médicaments somnifères (Stilnox, Imovane, etc.) (n=6).

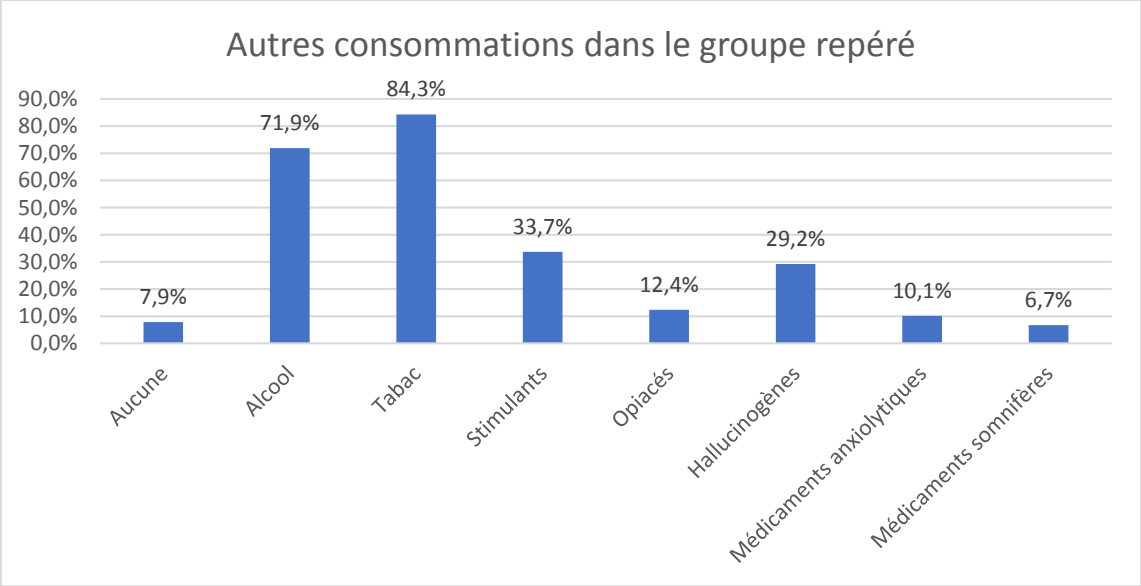


Figure 60 : Autres consommations dans le groupe repéré

Dans le groupe non repéré, 7,7% déclaraient ne rien consommer d'autre (n=8) ; 74,0% consommaient aussi de l'alcool (n=77) ; 84,6% consommaient du tabac (n=88) ; 20,2% consommaient des stimulants (Cocaïne, Ecstasy, Amphétamines, MDMA, Ritaline, etc.) (n=21) ; 3,8% consommaient des opiacés (Héroïne, Morphine, Subutex, Méthadone, Tramadol, Codéine, etc.) (n=4) ; 17,3% consommaient des hallucinogènes (Champignons, LSD, PCP, etc.) (n=18) ; 4,8% déclaraient consommer des médicaments anxiolytiques (Valium, Lysanxia, Seresta, Xanax, etc.) (n=5) et 1,0% prenaient des médicaments somnifères (Stilnox, Imovane, etc.) (n=1).

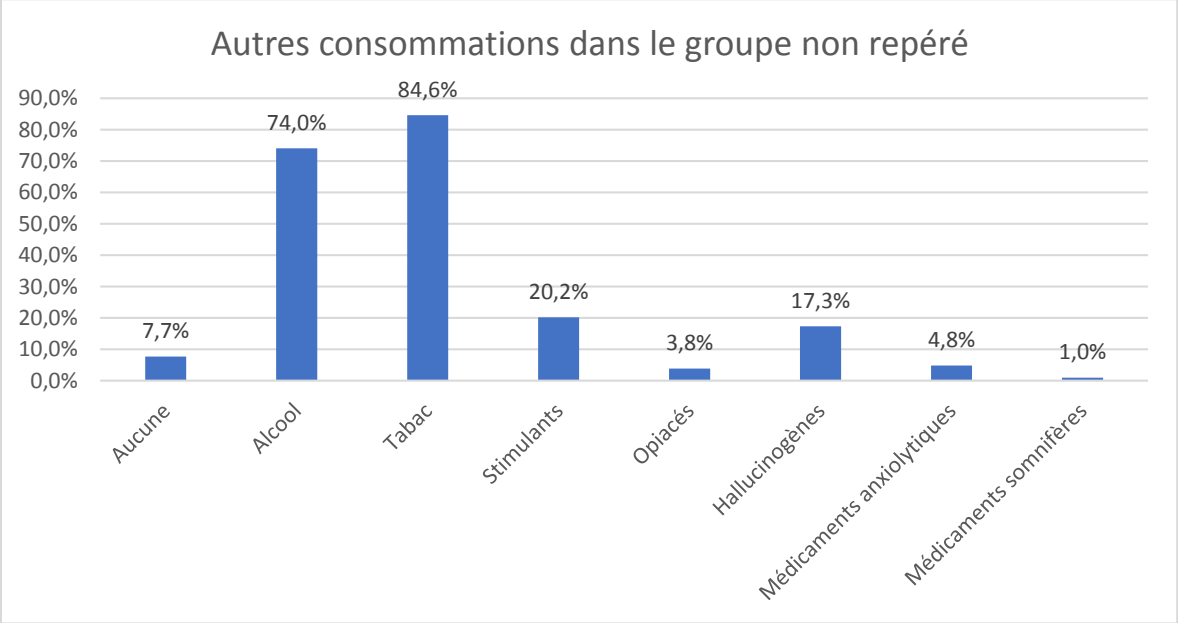


Figure 61 : Autres consommations dans le groupe non repéré

8. Les représentations sur le médecin généraliste

   i. Capable d'aider à la compréhension de la consommation

Dans le groupe repéré, ils étaient 40,5% à évaluer entre 1 et 3 la capacité de leur médecin généraliste à les aider dans la compréhension de leur consommation de cannabis (n=36), 31,5% l'évaluaient entre 4 et 6 (n=28) et 28% l'évaluaient entre 7 et 10 (n=25). La moyenne était à 4,24 et la médiane à 4.

Dans le groupe non repéré, ils étaient 51,92% à évaluer entre 1 et 3 la capacité de leur médecin généraliste à les aider dans la compréhension de leur consommation de cannabis (n=54), 28,85% l'évaluaient entre 4 et 6 (n=30) et 19,23% l'évaluaient entre 7 et 10 (n=20). La moyenne était à 4,00 et la médiane à 3.

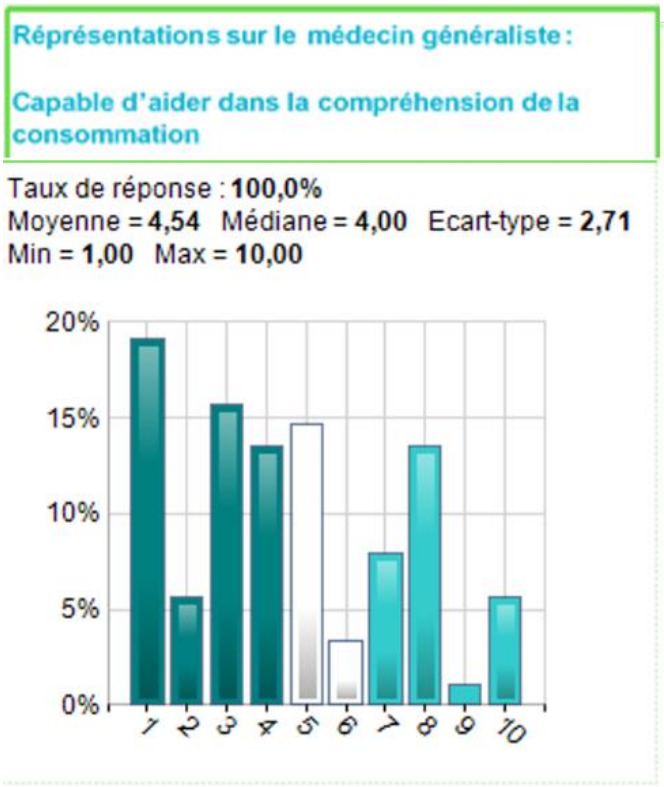


Figure 62 : Représentation sur la capacité du médecin généraliste à aider dans la compréhension de la consommation dans le groupe repéré

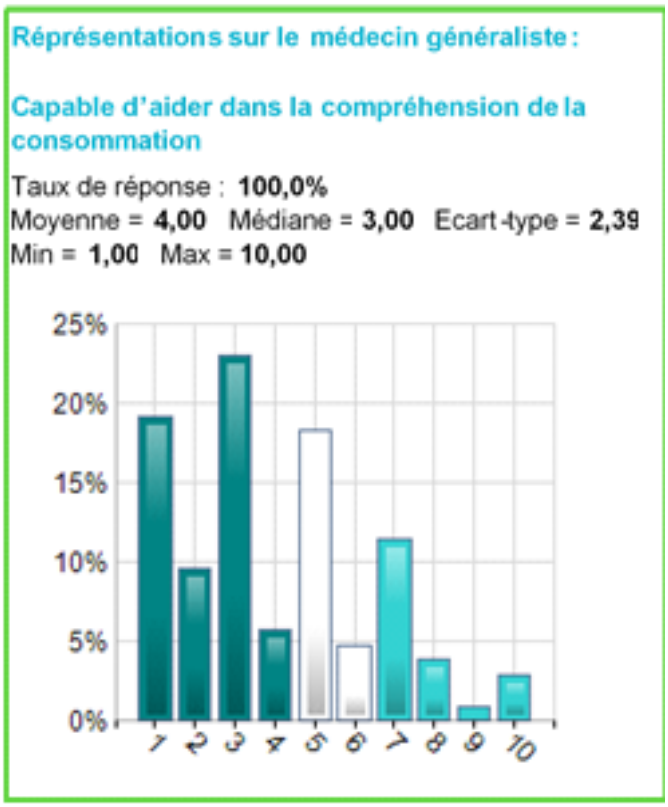


Figure 63 : Représentation sur la capacité du médecin généraliste à aider dans la compréhension de la consommation dans le groupe non repéré

ii. Capable d'écouter les préoccupations sur la consommation

Dans le groupe repéré, ils étaient 32,7% à évaluer entre 1 et 3 la capacité du médecin généraliste à écouter leurs préoccupations sur leur consommation (n=29), 30,3% à l'évaluer entre 4 et 6 (n=27) et 27,0% à l'évaluer entre 7 et 10 (n=24). La moyenne était à 5,22 et la médiane à 5.

Dans le groupe non repéré, ils étaient 30,8% à évaluer entre 1 et 3 la capacité du médecin généraliste à écouter leurs préoccupations sur leur consommation (n=32), 34,6% à l'évaluer entre 4 et 6 (n=36) et 34,6% à l'évaluer entre 7 et 10 (n=36). La moyenne était à 5,37 et la médiane à 5.

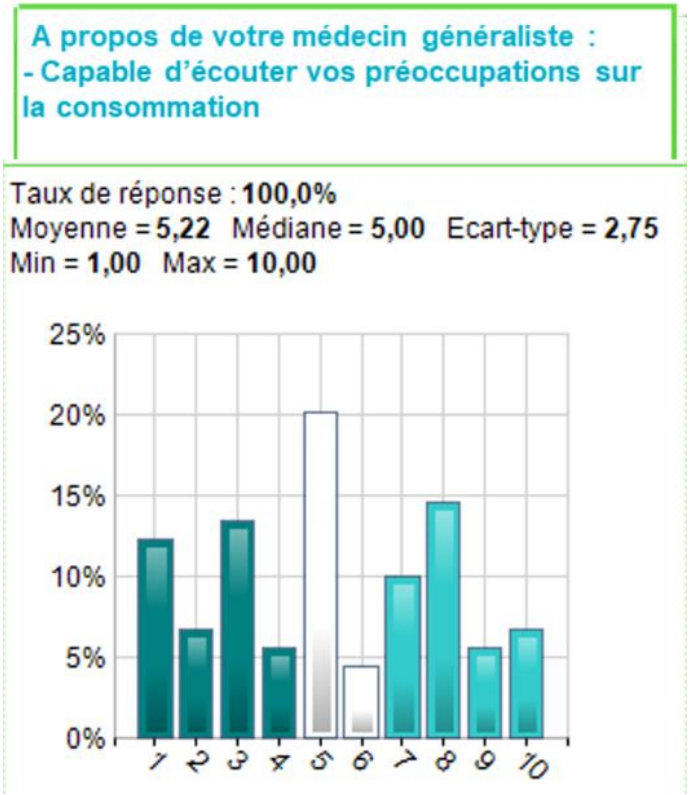


Figure 64 : Représentation sur la capacité du médecin généraliste à écouter les préoccupations sur la consommation dans le groupe repéré

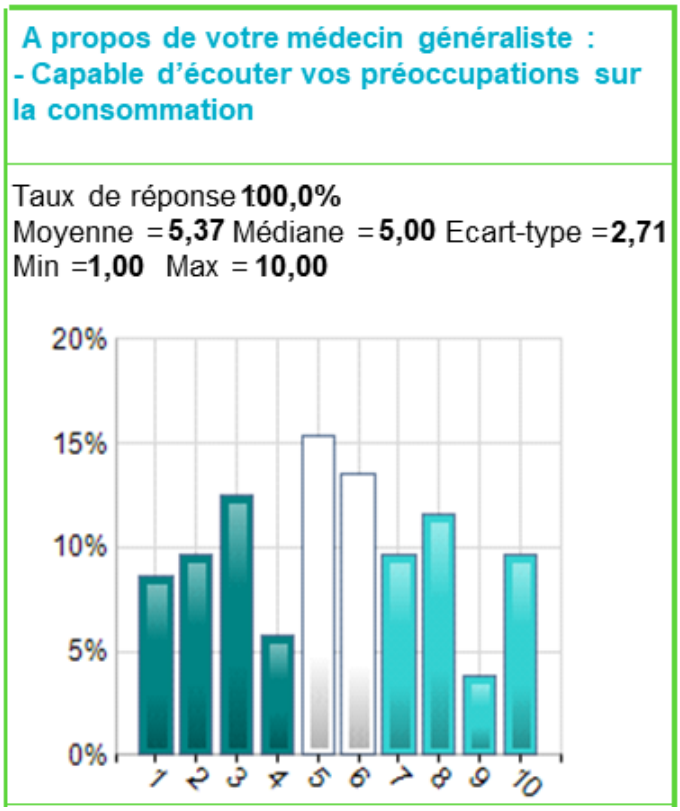


Figure 65 : Représentations sur la capacité du médecin généraliste à écouter les préoccupations sur la consommation dans le groupe non repéré

iii. Capable de tenir compte des préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge

Dans le groupe repéré, ils étaient 34,8% à évaluer entre 1 et 3 la capacité du médecin généraliste à prendre en compte leurs préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge (n=31), 36% à l'évaluer entre 4 et 6 (n=32) et 29,2% à l'évaluer entre 7 et 10 (n=26). La moyenne était à 4,91 et la médiane à 5.

Dans le groupe non repéré, ils étaient 32,7% à évaluer entre 1 et 3 la capacité du médecin généraliste à prendre en compte leurs préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge (n=34), 43,3% à l'évaluer entre 4 et 6 (n=45) et 24,0% à l'évaluer entre 7 et 10 (n=25). La moyenne était à 4,73 et la médiane à 5.

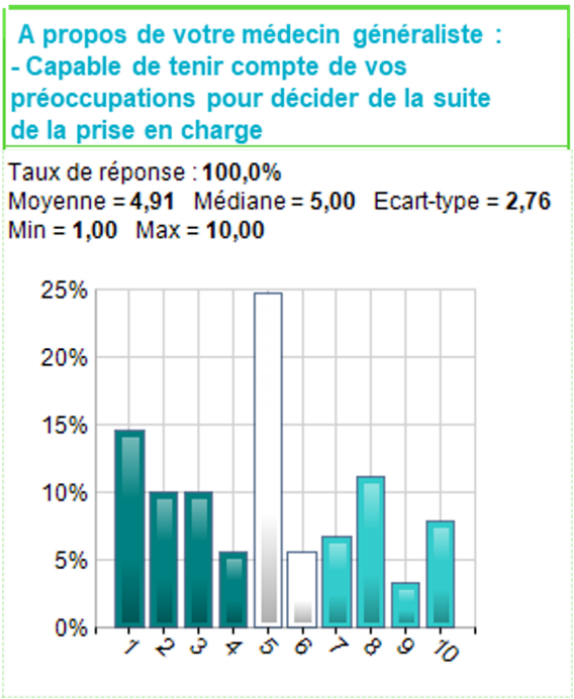


Figure 66 : Représentations sur la capacité du médecin généraliste à tenir compte des préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge dans le groupe repéré

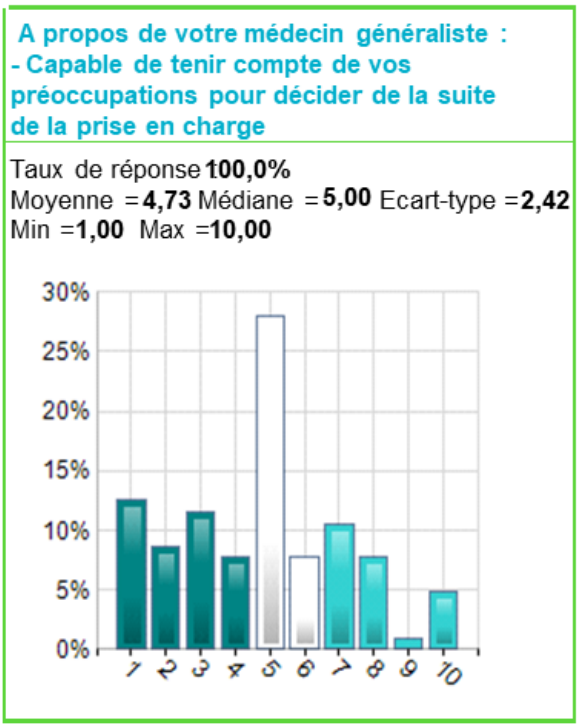


Figure 67 : Représentations sur la capacité du médecin généraliste à tenir compte des préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge dans le groupe non repéré

IV. Discussion

1. Analyse des résultats

L'âge moyen de première consommation était plus important dans cette étude que celui rapporté dans les études épidémiologiques récentes qui le situe autour de 15 ans. [59] [60] Cette différence peut s'expliquer par la composition de l'échantillon au niveau de l'âge. Les pratiques de générations de consommateurs problématiques plus anciennes étaient prises en compte. Lorsque seule la tranche d'âge « 25 ans et moins » était prise en compte, l'âge moyen de première consommation était de 15 ans et 7,68 mois dans le groupe non repéré et de 14 ans et 5,62 mois dans le groupe repéré. Le groupe repéré présentait une période moyenne avant usage problématique deux fois plus longue que le groupe non repéré mais la durée de l'usage problématique était également deux fois plus longue. Aucune donnée de ce type n'a été trouvé dans la littérature. Des études complémentaires doivent être menées pour vérifier et expliquer ces données. On peut faire l'hypothèse qu'une durée moyenne de l'usage problématique plus longue a pu favoriser le repérage.

L'absence de repérage ou le retard au repérage concernaient 89,1% de l'échantillon total, soit 172 personnes sur 193 alors que 76,4% du groupe repéré avaient vu le médecin au moins une fois dans l'année (n=68) et que ces derniers avaient été consultés en moyenne 2,66 fois par an. Avec une durée moyenne de retard au repérage de plus de 5 ans et 4 mois, les occasions manquées de faire le repérage sont nombreuses. De plus lorsqu'il y a un repérage de cette consommation, il est le plus souvent dû au patient qui éprouve le besoin de parler de cette consommation puisque le sujet n'est abordé par le médecin que dans 28,1% des cas de repérage (n=25). Cela signifie que dans 87% (n=168) des cas, aucun médecin n'a pas posé la question de la consommation de cannabis alors que le patient avait un usage problématique. Il y a donc une grande difficulté à repérer et à aborder le sujet de la part des médecins qui pourtant font de plus en plus souvent le repérage des conduites addictives pour l'alcool et le tabac[61]. Le médecin généraliste est le mieux placé pour faire le repérage d'un usage problématique du cannabis dans cette étude puisque dans près des deux tiers des cas, c'est avec lui que la question de la consommation est évoquée en premier, ce qui correspond aux données de la littérature.[62]

Si les médecins ont des difficultés à aborder le sujet et que dans la majorité des cas de repérage, ce sont les patients qui finissent par l'aborder d'eux-mêmes, on retrouve souvent l'idée que « c'est au médecin de poser la question », notamment dans le groupe non repéré où ce frein a eu une influence chez 55,8% du groupe (n=58). Cette attente des patients, mise en miroir avec la difficulté des médecins à aborder le sujet, explique en partie qu'il y ait autant de retard au repérage, voir pas de repérage du tout d'un usage pourtant problématique. En l'occurrence, une étude met en évidence que les patients adolescents sont prêts à répondre honnêtement si la question de leur consommation est posée[63]. Bien qu'il n'y ait pas de recommandations officielles en France, la recherche systématique d'une consommation de cannabis, notamment chez les jeunes (25 ans et moins), parait indispensable pour réduire les risques liés à cette consommation.[64]

Le frein qui a eu le plus d'impact dans cette étude, tant sur le groupe repéré que non repéré, est la sensation que la consommation « n'est pas un problème », « qu'ils n'ont pas besoin d'aide ». Ce résultat rentre en résonnance avec la perception du danger que représente une consommation de cannabis pour la santé, qui est vu comme inexistante ou faible pour la grande majorité des deux groupes. Il a déjà été démontré qu'il y a une relation significative entre le fait de consommer et le fait de minimiser les dangers de cette consommation, voir le fait de ne pas considérer le cannabis comme une drogue[65]. Cette négation des usagers du caractère problématique de leur consommation peut être expliqué en partie par le stade de pré contemplation du cycle de Prochaska et Di Clemente[66]. Toutefois, l'importance des actions de prévention et d'information, comme le conseil minimal utilisé en tabacologie, sur les dangers d'une consommation de cannabis apparait dès lors comme essentiel pour prévenir la mise en place de représentations permissives qui freinent le repérage de manière importante.

La sensation que le médecin « manque de connaissance » sur le sujet a eu également une influence chez une majorité de personnes, tant dans le groupe repéré que non repéré. Ce frein se retrouve dans les représentations qu'ont les patients de leur médecin généraliste où celui-ci apparait peu capable de les aider à la compréhension de leur consommation. Ce frein est partagé par les médecins eux-mêmes, qui invoquent leur manque de connaissances sur le sujet pour expliquer qu'ils l'abordent peu avec leurs patients[67]. L'absence de questionnement sur la consommation est vécue par le patient comme un manque d'intérêt pour sa santé ou comme un manque de compétence sur le sujet[68]. Ce frein par son action double : chez le

médecin et chez le patient, se renforce lui-même et souligne donc l'importance de la formation des médecins sur les effets et les dangers du cannabis.

La question de la distance thérapeutique apparaissait également comme importante puisque le fait de se sentir « pas assez proche du médecin » avaient une influence pour 57,7% du groupe repéré (n=60) et 40,4% du groupe non repéré (n=36) alors qu'au contraire le fait d'être « trop proche du médecin » avait peu d'influence sur le patient. Paradoxalement, pour le médecin c'est le « fait d'être trop proche » qui est cité comme un frein dans d'autres études[69]. L'absence de corrélation entre ce que pense le médecin et le patient amène à ce que toute distance thérapeutique mal ajustée joue un rôle dans le retard au repérage et rappelle l'importance du travail sur la relation thérapeutique comme de l'alliance à mettre en œuvre avec le patient. L'écoute empathique du soignant semble très propice à l'établissement de ce rapport collaboratif.

Dans les freins en lien avec la relation médecin-patient, la « peur d'être jugé par le médecin » ou que le médecin ait un « discours moralisateur » étaient très importants dans le groupe non repéré où il a eu une influence sur 68,3% du groupe avec une influence forte pour 52,9% d'entre eux, cette influence était moins importante dans le groupe repéré. Le frein « peur d'être réduit à cette consommation » a aussi eu une influence plus importante sur le groupe non repéré que sur le groupe repéré. Il n'y a pas eu de vérification statistique sur ces différences de résultats entre les deux groupes et nous ne pouvons conclure qu'à une tendance du repérage à diminuer ces craintes. Cependant, le rôle important que ces freins ont eu dans le groupe non repéré souligne la nécessité pour le corps médical de délivrer une information et un discours neutre, en faisant abstraction des considérations morales, juridiques ou des débats sociétaux et politiques en cours.

L'illégalité du cannabis a eu une influence sur 53,8% (n=56) du groupe non repéré et une influence importante sur près d'un tiers du groupe. Chez les moins de 25 ans, ce frein avait un impact significativement plus important que dans les autres tranches d'âge. Ce frein est aussi retrouvé dans plusieurs études qualitatives qui portent sur des populations d'adolescents.[70] [71] [72] La politique de prohibition joue donc un rôle non négligeable dans le retard au repérage et en particulier chez les plus jeunes. C'est pourtant la population la plus à risque de développer des complications, y compris irréversibles, liées à la consommation de cannabis. Dans son rapport annuel de 2015, l'OICS, organe de l'ONU en charge du contrôle

internationale des stupéfiants, invite les états à « réexaminer les politiques et pratiques » concernant le cannabis et précise que « les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues ne préconisent aucune “guerre contre la drogue” ».[73] Le rapport annuel de 2016 précise que la légalisation du cannabis à des fins récréatives n’est pas une solution adéquate. Cependant ce rapport encourage les états ayant signé les 3 conventions internationales relatives aux contrôles des drogues à ne pas avoir une politique du « tout répressif » et de mettre en place des mesures « non punitives » à l’encontre des usagers du cannabis. L’objectif affiché est de mener des politiques améliorant « la santé physique et morale » des usagers. Le rapport rappelle également que la convention de 1961 autorise l’utilisation du cannabis à des fins médicales.[74]

La réglementation de l’usage du cannabis pour remplacer la politique de prohibition étant de plus en plus présente dans le débat public, il est essentiel de comparer les expériences menées depuis quelques années dans d’autres pays. Deux modèles de réglementation peuvent être comparés : le modèle des USA et le modèle Uruguayen.

Aux USA, une réglementation très permissive et pro business a été mis en place dans deux états : le Colorado et Washington DC. Au Colorado, 1er état à avoir autorisé l’usage du cannabis thérapeutique au début des années 2000 et un usage récréatif en 2014, montre les dérives de cette réglementation permissives. Entre 2000 et 2010, l’usage médical était exclusivement issu de cultures personnelles non commerciales. A cette période, le nombre d’usager du cannabis est resté stable. En 2010, la production et la commercialisation de cannabis médical ont été autorisées et le nombre de dispensaires comme d’usagers a augmenté rapidement. En 2014, l’usage récréatif a été autorisé sans législation stricte pour l’encadrer. Les produits à bases de cannabis comestibles ou fumables se sont très vite multipliés, les taux de THC dans les produits consommés sont passés d’en moyenne 15% à 20%[75]. Le nombre d’appels au centre antipoison a augmenté de 70% entre 2013 et 2014[76] notamment pour des ingestions accidentelles concernant des enfants. Les hospitalisations d’enfants dû à des accidents d’exposition au cannabis ont également augmentés après l’autorisation de commercialisation[77]. Le nombre d’accidents mortels de la route sous influence du cannabis a également augmenté de manière inquiétante[78].

L’usage du cannabis pour raison médical ou récréative est dépénalisé en Uruguay depuis le milieu des années 70 mais sa production et sa commercialisation ne sont autorisées que

depuis 2013 avec un cadre strict où l'état joue le rôle de régulateur. Cette législation est intervenue dans un contexte de renforcement du crime organisé autour de la distribution du cannabis et d'autres drogues[79]. Tout usage, y compris récréatif, doit faire l'objet d'un enregistrement auprès de l'office de contrôle gouvernementale du cannabis et la législation encadre l'ouverture de « Social Club » et la production personnelle. La distribution est strictement limitée aux pharmacies qui contrôlent l'âge des usagers ainsi que la quantité délivrée par mois limitée à 40g par personne[80]. Les prix, les taux de THC et la nature des variétés produites sont également très encadrés. L'Observatoire des Drogues Uruguayen note une augmentation de l'usage du cannabis plus faible depuis la mise en place de cette législation[81] même si l'application de cette législation n'est pas encore arrivée à maturité.

Les autres freins tels que la « vente associée à la consommation », « la peur que l'entourage ou la famille l'apprenne » ou le « manque de temps ou d'écoute du médecin » semblent avoir une influence moins importante dans les deux groupes. On note toutefois que le « manque de temps ou d'écoute du médecin » était significativement plus fort chez les femmes que chez les hommes.

L'angoisse des patients était plutôt faible lors du repérage et ne semble donc pas être un élément déterminant dans celui-ci. Dans le groupe repéré, ils étaient plus nombreux en proportion à avoir d'autres consommations comme des hallucinogènes, des somnifères ou des stimulants que dans le groupe non repéré et ils étaient plus nombreux à toujours avoir une consommation de cannabis. Cela peut traduire des troubles d'ordre addictologiques plus importants qui ont pu favoriser le repérage mais cela doit être vérifié par des études complémentaires car il n'y a pas eu d'analyse statistique pour vérifier si ces différences entre les deux groupes étaient significatives.

2. Forces et faiblesses de l'étude

L'approche quantitative et centrée patient, utilisée dans cette étude, pour identifier les freins les plus influents dans le retard au repérage n'a pas été retrouvé ailleurs dans la littérature. Cette approche constituait une validité intrinsèque de l'étude.

La taille de l'échantillon retenu a permis d'obtenir une puissance suffisante à l'étude pour mettre en évidences des relations statistiquement significatives entre certains freins et certains sous-groupes de population. La puissance était une force de l'étude.

Le principal biais de l'étude était un biais de sélection dû au mode de recrutement. La période estivale n'a pas permis de recruter beaucoup de monde dans les services d'addictologie, CSAPA et CJC auxquels le questionnaire a été transmis car leur activité est réduite durant cette période. Le recrutement s'est principalement fait sur la plateforme Facebook. Cela a entrainé la sur-représentation de catégories socio-professionnelles élevées : diplômés supérieurs, revenus d'emploi, logement stable ; alors que certaines catégories étaient sous-représentées comme les précaires du logement ou les chômeurs bien que ces derniers soient les plus à risque de développer des addictions[82].

L'utilisation d'un auto-questionnaire portant sur des périodes parfois éloignés pour les participants est à l'origine d'un biais de réponses. Les données récoltées ont un titre indicatif et donne seulement des tendances.

La recherche de liens entre certaines variables et les freins a pu faire l'objet d'un biais de confusion car il n'y a pas eu d'analyse multivariée.

3. Implications pour les futures recherches

La mise en évidence du faible taux de repérage et d'un retard au repérage très important lorsqu'il a lieu est alarmant. Il parait dès lors essentiel que de nouveaux travaux précisent ces données en recherchant notamment quelles sont les populations les plus à risques d'avoir un retard au repérage ou de ne pas être du tout repéré. De même, des travaux qui précisent quels sont les freins qui exercent une forte influence sur les médecins paraissent indispensable compte tenu du nombre important de patients ayant un usage problématique qui ne sont pas repérés par le corps médical.

La faible perception de la dangerosité du cannabis a eu une influence majeure sur les deux groupes. Des études sont menées pour évaluer les perceptions des français sur les drogues en population générale et dans chez les usagers. Des études complémentaires pourraient être

menées pour évaluer l'efficacité des campagnes d'informations et de préventions sur les représentations de la dangerosité du cannabis.

4. Conclusion

Les usagers problématiques du cannabis sont très nombreux en France, en particulier chez les jeunes et présentes des risques importants de développer des complications d'ordres somatiques, psychiques, addictologiques et sociales. Le repérage précoce d'un usage problématique représente donc un enjeu de santé publique majeur d'autant que les interventions brèves du médecin et les entretiens motivationnels ont prouvé leur efficacité pour changer les pratiques de ces usagers à risque.

Cette étude a montré que plus de la moitié de ces usagers n'étaient jamais repéré par le corps médical. Le repérage n'était dû que dans ¼ des cas à un médecin qui posait la question de la consommation. Le reste du repérage était dû aux patients qui abordaient d'eux-mêmes le sujet. Le retard au repérage était de l'ordre de plusieurs années alors qu'un médecin généraliste avait été consulté en moyenne 2 à 3 fois dans la dernière année. L'identification des freins les plus influents chez ces usagers était donc très important pour comprendre le retard au repérage ou l'absence de repérage. La peur d'être jugé par le médecin était le frein le plus influent dans la population non repérée soulignant l'importance de la neutralité bienveillante dans la relation médecin patient. Pour l'ensemble des participants, l'impression que la consommation n'était pas un problème avait beaucoup influé et traduit l'importance des campagnes d'informations et de prévention pour limiter le retard au repérage. De même, l'impression que le médecin manque de connaissance sur le sujet a joué un rôle important dans l'absence de repérage ou le retard au repérage. Enfin, l'illégalité du produit jouait un rôle non négligeable dans le retard ou l'absence de repérage, en particulier chez les plus jeunes et montre que la politique de prohibition et du « tout répressif » est contre-productive en termes de santé publique.

Références Bibliographiques

1 "Early Holocene Coastal Environment Change Inferred from Deposits at Okinoshima Archeological Site, Boso Peninsula, Central Japan," *Quaternary International* 230, no. 1–2 (January 15, 2011): 87–94, https://doi.org/10.1016/j.quaint.2009.11.002.

2 "Biodiversity Variability across Elevations in the Carpathians: Parallel Change with Landscape Openness and Land Use," accessed October 25, 2018, https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____1131::8976fa513a37af4a81defa82741ed3cf.

3 Peter Stafford Bellwood, *First Farmers: The Origins of Agricultural Societies* (London [etc.]: Blackwell, 2005).

4 Donatella Lippi, "THIERRY BARDINET, Les Papyrus Médicaux de L'Egypte Pharaonique. Traductionintégrale et Commentaire, Paris, Fayard, 1995, 591 Pp.," n.d., 882–84, https://doi.org/10.1163/221058785X01407.

5 Shouzhong Yang, *The Divine Farmer's Materia Medica: A Translation of the Shen Nong Ben Cao Jing* (Blue Poppy Enterprises, Inc., 1998).

6 R. Desgenettes, *Histoire Médicale de l'armée d'Orient.*, 3. éd., augm. d'une table alphabétique. (Paris, 1835), http://hdl.handle.net/2027/nnc1.cu56188552.

7 Jacques Arveiller, "Le Cannabis En France Au Xixe Siècle : Une Histoire Médicale," *L'Évolution Psychiatrique* 78, no. 3 (July 1, 2013): 451–84, https://doi.org/10.1016/j.evopsy.2013.06.004.

8 Louis Léonard and Mohamed Ben Amar, *Les psychotropes: pharmacologie et toxicomanie* (Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal, 2002).

9 "Cannabinoid Receptors in the Human Brain: A Detailed Anatomical and Quantitative Autoradiographic Study in the Fetal, Neonatal and Adult Human Brain," *Neuroscience* 77, no. 2 (February 21, 1997): 299–318, https://doi.org/10.1016/S0306-4522(96)00428-9.

10 "Cannabis et Récepteurs Cannabinoïdes : De La Physiopathologie Aux Possibilités Thérapeutiques - ScienceDirect," accessed October 25, 2018, https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0035378704710139.

11 "Neurochemical Basis of Cannabis Addiction," *Neuroscience* 181 (May 5, 2011): 1–17, https://doi.org/10.1016/j.neuroscience.2011.02.035.

12 S. Munro, K. L. Thomas, and M. Abu-Shaar, "Molecular Characterization of a Peripheral Receptor for Cannabinoids," *Nature* 365, no. 6441 (September 2, 1993): 61–65, https://doi.org/10.1038/365061a0.

13 Lisa Walter et al., "Nonpsychotropic Cannabinoid Receptors Regulate Microglial Cell Migration," *The Journal of Neuroscience: The Official Journal of the Society for Neuroscience* 23, no. 4 (February 15, 2003): 1398–1405.

14 "Cannabis et Récepteurs Cannabinoïdes : De La Physiopathologie Aux Possibilités Thérapeutiques - ScienceDirect."

15 "Le Rôle Des Récepteurs Aux Cannabinoïdes CB1 et CB2 Dans Le Guidage Axonal - ProQuest," accessed October 23, 2018, https://search-proquest-com.lama.univ-amu.fr/docview/304653915?pq-origsite=summon.

16 Mohamed Ben Amar, "Pharmacologie du cannabis et synthèse des analyses des principaux comités d'experts," *Drogues, santé et société* 2, no. 2 (2004), https://doi.org/10.7202/008535ar.

17 "Can Recreational Doses of THC Produce Significant Dopamine Release in the Human Striatum?," *NeuroImage* 48, no. 1 (October 15, 2009): 186–90, https://doi.org/10.1016/j.neuroimage.2009.06.029.

18 "Neurochemical Basis of Cannabis Addiction."

19 Raphael Mechoulam et al., "Cannabidiol – Recent Advances," *Chemistry & Biodiversity* 4, no. 8 (August 1, 2007): 1678–92, https://doi.org/10.1002/cbdv.200790147.

20 "Statistical Bulletin 2018 — Prevalence of Drug Use | Www.Emcdda.Europa.Eu," accessed September 21, 2018, http://www.emcdda.europa.eu/data/stats2018/gps.

21 "Cannabis, Données Essentielles - OFDT," accessed October 10, 2017, https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/cannabis-donnees-essentielles/.

22 "Jeunes et Addictions - OFDT," accessed October 10, 2017, https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/jeunes-et-addictions/.

23 "Drogues et Addictions, Données Essentielles - OFDT," accessed October 10, 2017, https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/.

24 "Les Drogues à 17 Ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 - Tendances 123 - Février 2018 - OFDT," accessed October 30, 2018, https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-drogues-17-ans-analyse-de-lenquete-escapad-2017-tendances-123-fevrier-2018.

[25] "Les Niveaux d'usage Des Drogues En France En 2014 - Tendances 99 - Mars 2015 - OFDT," accessed October 15, 2018, https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusage-des-drogues-en-france-en-2014-tendances-99-mars-2015/.

[26] "Les Niveaux d'usage Des Drogues En France En 2014 - Tendances 99 - Mars 2015 - OFDT," accessed October 1, 2017, https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusage-des-drogues-en-france-en-2014-tendances-99-mars-2015/.

[27] "Jeunes et Addictions - OFDT."

[28] Lauren Frost et al., "Marijuana Use and Long-Term Mortality among Survivors of Acute Myocardial Infarction," *American Heart Journal* 165, no. 2 (February 1, 2013): 170–75, https://doi.org/10.1016/j.ahj.2012.11.007.

[29] "Cannabis Arteritis: Review of the Literature:," accessed October 20, 2018, https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=od_____2659::f5c3435b25721a614df436c8c19acae8.

[30] Andrew Johns, "Psychiatric Effects of Cannabis," *The British Journal of Psychiatry* 178, no. 2 (February 1, 2001): 116–22, https://doi.org/10.1192/bjp.178.2.116.

[31] "Cannabis Use and Risk of Psychotic or Affective Mental Health Outcomes: A Systematic Review - The Lancet," accessed October 22, 2018, https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(07)61162-3/fulltext.

[32] X. Laqueille, C. Launay, and M. Kanit, "Les Troubles Psychiatriques et Somatiques Induits Par Le Cannabis," *Annales Pharmaceutiques Françaises* 66, no. 4 (August 1, 2008): 245–54, https://doi.org/10.1016/j.pharma.2008.06.001.

[33] M. Underner et al., "Cannabis et Cancer Bronchique," *Revue Des Maladies Respiratoires* 31, no. 6 (June 1, 2014): 488–98, https://doi.org/10.1016/j.rmr.2013.12.002.

[34] S. Sidney et al., "Marijuana Use and Cancer Incidence (California, United States)," *Cancer Causes & Control* 8, no. 5 (September 1, 1997): 722–28, https://doi.org/10.1023/A:1018427320658.

[35] E. Quoix and E. Lemarié, "Épidémiologie Du Cancer Bronchique Primitif : Aspects Classiques et Nouveautés," *Revue Des Maladies Respiratoires* 28, no. 8 (October 1, 2011): 1048–58, https://doi.org/10.1016/j.rmr.2010.12.015.

[36] Jeannette Brodbeck, Monika Matter, and Franz Moggi, "Association Between Cannabis Use and Sexual Risk Behavior Among Young Heterosexual Adults," *AIDS and Behavior* 10, no. 5 (May 12, 2006): 599, https://doi.org/10.1007/s10461-006-9103-9.

[37] Rebecca L. Hartman and Marilyn A. Huestis, "Cannabis Effects on Driving Skills," *Clinical Chemistry* 59, no. 3 (March 1, 2013): 478–92, https://doi.org/10.1373/clinchem.2012.194381.

[38] Murat Yücel et al., "Regional Brain Abnormalities Associated With Long-Term Heavy Cannabis Use," *Archives of General Psychiatry* 65, no. 6 (June 2, 2008): 694–701, https://doi.org/10.1001/archpsyc.65.6.694.

[39] "Long-Term Consequences of Adolescent Cannabinoid Exposure in Adult Psychopathology | Directory of Open Access Journals," accessed October 20, 2018, https://doaj.org/article/3b2b9b810a614c24874bed1a08045510.

[40] Aaron B. Ilan, Michael E. Smith, and Alan Gevins, "Effects of Marijuana on Neurophysiological Signals of Working and Episodic Memory," *Psychopharmacology* 176, no. 2 (November 1, 2004): 214–22, https://doi.org/10.1007/s00213-004-1868-9.

[41] Matthew W. Johnson et al., "Delay Discounting in Current and Former Marijuana-Dependent Individuals," *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 18, no. 1 (February 2010): 99–107, https://doi.org/10.1037/a0018333.

[42] "Cannabis Use and Risk of Psychotic or Affective Mental Health Outcomes: A Systematic Review - The Lancet."

[43] Sophie Pustetto, "Consommation de cannabis pendant la grossesse," June 2, 2015, 96.

[44] H. el Marroun et al., "Intrauterine Cannabis Exposure Affects Fetal Growth Trajectories: The Generation R Study," *1181*, 2009, https://repository.ubn.ru.nl/handle/2066/90437.

[45] L. Karila et al., "Conséquences à Court et Long Terme d'une Exposition Prénatale Au Cannabis," *Journal de Gynécologie Obstétrique et Biologie de La Reproduction*, Episiotomie / Prévention de l'Allo-immunisation Rhésus -D foeto-maternelle (CNGOF 2005), 35, no. 1 (January 1, 2006): 62–70, https://doi.org/10.1016/S0368-2315(06)76373-6.

[46] "Prenatal Substance Exposure: Effects on Attention and Impulsivity of 6-Year-Olds - ScienceDirect," accessed September 21, 2018, https://www-sciencedirect-com.lama.univ-amu.fr/science/article/pii/S0892036298000427.

[47] P. A. Fried and A. M. Smith, "A Literature Review of the Consequences of Prenatal Marihuana Exposure: An Emerging Theme of a Deficiency in Aspects of Executive Function," *Neurotoxicology and Teratology* 23, no. 1 (January 1, 2001): 1–11, https://doi.org/10.1016/S0892-0362(00)00119-7.

[48] "Outils de Surveillance et d'évaluation - Résultats d'enquêtes - ANSM : Agence Nationale de Sécurité Du Médicament et Des Produits de Santé," accessed October 29, 2018, https://www.ansm.sante.fr/Declarer-un-effet-indesirable/Pharmacodependance-Addictovigilance/Outils-de-surveillance-et-d-evaluation-Resultats-d-enquetes/(offset)/5#paragraph_54409.

[49] Catherine Laporte et al., "Cannabis and Young Users—A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care," *The Annals of Family Medicine* 15, no. 2 (January 3, 2017): 131–39, https://doi.org/10.1370/afm.2003.

[50] Jan Copeland et al., "A Randomized Controlled Trial of Brief Cognitive–Behavioral Interventions for Cannabis Use Disorder," *Journal of Substance Abuse Treatment* 21, no. 2 (September 1, 2001): 55–64, https://doi.org/10.1016/S0740-5472(01)00179-9.

[51] François Beck and Jean-Baptiste Richard, *Les comportements de santé des jeunes analyses du baromètre santé 2010* (Saint-Denis (France): INPES éditions, 2013).

[52] F. Beck et al., "Le Développement Du Repérage Des Pratiques Addictives En Médecine Générale En France," *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 59, no. 5 (October 1, 2011): 285–94, https://doi.org/10.1016/j.respe.2011.03.059.

[53] "Haute Autorité de Santé - Arrêt de La Consommation de Tabac : Du Dépistage Individuel Au Maintien de l'abstinence En Premier Recours," accessed September 9, 2018, https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours.

[54] Philippe Vorilhon et al., "Attitudes of Family Physicians towards Adolescent Cannabis Users: A Qualitative Study in France," *Family Practice* 31, no. 5 (October 2014): 585–91, https://doi.org/10.1093/fampra/cmu030.

[55] Christian DANG and Université Paris 7 Denis Diderot. Paris. FRA / com., "Freins au repérage des usagers de cannabis en médecine générale." (2010), Base documentaire BDSP - Banque de données en santé publique (BDSP/BIUM : PA7-2010-100).

[56] Catherine Laporte, "Le Médecin Généraliste et La Consommation de Cannabis Des Adolescents En France." (PhD Thesis, Université d'Auvergne-Clermont-Ferrand I, 2016).

[57] "Haute Autorité de Santé - Arrêt de La Consommation de Tabac : Du Dépistage Individuel Au Maintien de l'abstinence En Premier Recours."

[58] Stéphane Legleye et al., "Validation of the CAST, a General Population Cannabis Abuse Screening Test," *J Subst Use* 12 (July 12, 2009): 233–42, https://doi.org/10.1080/14659890701476532.

[59] "Les Drogues à 17 Ans : Analyse Régionale - Enquête ESCAPAD 2017 - OFDT," accessed October 15, 2018, https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/rapports-d-etudes/rapports-detudes-ofdt-parus-en-2018/les-drogues-17-ans-analyse-regionale-enquete-escapad-2017/.

[60] "Alcool, Tabac et Cannabis En 2014, Durant Les « années Collège » - Tendances 106 - Décembre 2015 - OFDT," accessed October 15, 2018, https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/alcool-tabac-et-cannabis-en-2014-durant-les-annees-college-tendances-106-decembre-2015/.

[61] Beck et al., "Le Développement Du Repérage Des Pratiques Addictives En Médecine Générale En France."

[62] I. Obradovic, "Usage Problématique de Cannabis. Revue de La Littérature Internationale." (Saint-Denis: OFDT, 2013), BDSP/OFDT : 73655.

[63] Laporte, "Le Médecin Généraliste et La Consommation de Cannabis Des Adolescents En France."

[64] Laporte C et al., "Médecins Généralistes et Cannabis En France : Interroger Les Jeunes Sur Leur Consommation ?," *Exercer* 125 (January 1, 2016): 120–29.

[65] H. Chabrol et al., "Modes de Consommation, Représentations Du Cannabis et Dépendance : Étude de 159 Adolescents Consommateurs," *Archives de Pédiatrie* 9, no. 8 (August 1, 2002): 780–88, https://doi.org/10.1016/S0929-693X(01)00989-7.

[66] "The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. - PubMed - NCBI," accessed October 29, 2018, https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10170434.

[67] Vorilhon et al., "Attitudes of Family Physicians towards Adolescent Cannabis Users."

[68] Lucy Biddle et al., "Young Adults' Perceptions of GPs as a Help Source for Mental Distress: A Qualitative Study," *The British Journal of General Practice* 56, no. 533 (December 1, 2006): 924–31.

[69] Dang and Université Paris 7 Denis Diderot. Paris. FRA / com., "Freins au repérage des usagers de cannabis en médecine générale."

[70] "Adolescent Consommateur de Cannabis et Médecin Généraliste : Comment Dialoguer ? | Base Documentaire | BDSP," accessed October 14, 2018, http://www.bdsp.ehesp.fr/Base/428463/.

[71] Laporte, “Le Médecin Généraliste et La Consommation de Cannabis Des Adolescents En France.”

[72] J. D. Mabila, H. Chabrol, and E. Chauchard, “Déterminants de La Consommation Du Cannabis Chez Des Lycéens,” *Journal de Thérapie Comportementale et Cognitive* 17 (December 1, 2007): 46, https://doi.org/10.1016/S1155-1704(07)74121-6.

[73] OICS, “Rapport Annuel 2015,” March 2, 2016, https://www.incb.org/documents /Publications/AnnualReports/AR2015/French/Press_kit_2015_F.pdf.

[74] UNODC and Office des Nations unies contre la drogue et le crime, “Groupes régionaux et sous-régionaux figurant dans le rapport de l’Organe international de contrôle des stupéfiants pour 2016,” 2017.

[75] Tista S. Ghosh et al., “Medical Marijuana’s Public Health Lessons — Implications for Retail Marijuana in Colorado,” n-perspective, http://dx.doi.org.lama.univ-amu.fr/10.1056/NEJMp1500043, March 11, 2015, https://doi.org/10.1056/NEJMp1500043.

[76] “Marijuana Use Trends and Health Effects | Department of Public Health and Environment,” accessed October 29, 2018, https://www.colorado.gov/pacific/cdphe/marijuana-health-report.

[77] “Unintentional Pediatric Exposures to Marijuana in Colorado, 2009-2015 | Pediatrics | JAMA Pediatrics | JAMA Network,” accessed October 29, 2018, https://jamanetwork-com.lama.univ-amu.fr/journals/jamapediatrics/fullarticle/2534480.

[78] “Trends in Fatal Motor Vehicle Crashes before and after Marijuana Commercialization in Colorado.,” accessed October 29, 2018, https://www.medscape.com/medline/abstract/24831752.

[79] “Uruguay, Organized Crime and the Politics of Drugs,” *InSight Crime* (blog), accessed October 29, 2018, https://www.insightcrime.org/investigations/uruguay-marijuana-legalization/.

[80] Bryce Pardo, “Cannabis Policy Reforms in the Americas: A Comparative Analysis of Colorado, Washington, and Uruguay,” *International Journal of Drug Policy* 25, no. 4 (July 1, 2014): 727–35, https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2014.05.010.

[81] José Miguel Cruz, Maria Fernanda Boidi, and Rosario Queirolo, “The Status of Support for Cannabis Regulation in Uruguay 4 Years after Reform: Evidence from Public Opinion Surveys,” *Drug and Alcohol Review* 37, no. S1 (n.d.): S429–34, https://doi.org/10.1111/dar.12642.

[82] “Substances Psychoactives, Usagers et Marchés : Les Tendances Récentes (2016-2017) - Tendances 121 - Décembre 2017 - OFDT,” accessed September 21, 2018, https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/substances-psychoactives-usagers-et-marches-les-tendances-recentes-2016-2017-tendances-121-decembre-2017/.

ANNEXE 1 : Auto-questionnaire de l'étude

Merci par avance du temps que vous prendrez pour le remplir et faire avancer la médecine !

Partie A: L'histoire de la consommation

Quelques questions sur votre histoire de consommation

A1. Avez-vous déjà consommé du cannabis ?

Oui ☐

Non ☐

A2. Quand avez-vous consommé du cannabis pour la première fois ?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A3. Consommez-vous toujours du cannabis ?

Oui ☐

Non ☐

A4. Quand avez-vous consommé du cannabis pour la dernière fois ?

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A5. A quelle période avez-vous consommé le plus de cannabis ?

Entre :

Renseignez ici le début de la période

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

A6. A quelle période avez-vous consommé le plus de cannabis ?

Et :

Renseignez ici la fin de la période.

☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Partie B: Usage problématique

Au cours de cette période :

B1. Au cours de cette période :

	Oui	Non
Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?	☐	☐
Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?	☐	☐
Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?	☐	☐

	Oui	Non
Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?	☐	☐
Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?	☐	☐

Partie C: Autres consommations

C1. Au cours de cette période, quel(s) autre(s) substance(s) psychoactive(s) consommiez-vous ?

- Aucune ☐
- Alcool ☐
- Tabac ☐
- Stimulants (Cocaïne, Ecstasy, Amphétamines, MDMA, Ritaline, etc.) ☐
- Opiacés (Héroïne, Morphine, Subutex, Méthadone, Tramadol, Codéine, etc.) ☐
- Hallucinogènes (Champignons, LSD, PCP, etc.) ☐
- Médicaments anxiolytiques (Valium, Lysanxia, Seresta, Xanax, etc.) ☐
- Médicaments somnifères (Stilnox, Imovane, Zolpidem, etc.) ☐
- Autre ☐

Autre

Partie D: Histoire du repérage

Quelques questions sur le repérage de votre consommation s'il y en a eu une.

D1. Est-ce qu'un médecin a été au courant de votre consommation de cannabis ?

- Oui ☐
- Non ☐

D2. Quand un médecin a-t-il était au courant de votre consommation pour la première fois ?

Remplissez le mois et l'année seulement.

D3. De 1 à 10, évaluez votre niveau d'angoisse à ce moment là.

1 = aucune angoisse ; 10 = angoisse extrême

- 1 ☐
- 2 ☐
- 3 ☐
- 4 ☐
- 5 ☐
- 6 ☐
- 7 ☐
- 8 ☐
- 9 ☐
- 10 ☐

D4. Est-ce le médecin qui a abordé le sujet de votre consommation ?

- Oui ☐
- Non ☐

D5. Avec quel type de médecin en avez-vous parlé pour la première fois ?

- Médecin généraliste ☐
- Médecin urgentiste ☐
- Médecin spécialiste des addictions (psychiatre / addictologue) ☐
- Médecin gynécologue ☐
- Autre ☐

Autre

D6. Combien de fois avez-vu votre médecin généraliste depuis un an ?

Partie E: Représentations

E1. Pour vous, est-ce que la consommation de cannabis est un danger pour la santé en général ?

- ☐ Pas du tout
- ☐ Un peu
- ☐ Beaucoup
- ☐ Complétement

E2. A propos de votre médecin généraliste :

1 = Pas du tout ; 10 = Autant que possible

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Dans quelle mesure le pensez-vous capable de vous aider dans la compréhension de votre consommation de cannabis ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Dans quelle mesure le pensez-vous capable d'écouter vos préoccupations concernant votre consommation de cannabis ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
c) Dans quelle mesure le pensez-vous capable de tenir compte de vos préoccupations pour décider de la suite de votre prise en charge ?	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Partie F: Freins à la déclaration de la consommation

F1. Dans quelle mesure les affirmations suivantes vous ont gêné pour parler de votre consommation de cannabis avec un médecin ?

1 = Pas du tout ; 10 = Extrêmement

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Peur d'être jugé / Discours moralisateur du médecin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C'est illégal	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Peur que des personnes de mon entourage/famille l'apprennent	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manque de connaissance de mon médecin sur le cannabis / Mon médecin n'a pas les moyens de m'aider / Ce n'est pas sa spécialité	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Cette consommation n'était pas un problème pour moi / Pas besoin d'aide	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Manque de temps ou d'écoute du médecin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Pas assez proche de mon médecin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Trop proche de mon médecin	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
Vente de cannabis associé à ma consommation	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐
C'est au médecin de poser la question	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐

Partie G: Caractéristiques socio-démographiques

G1. Sexe

Féminin ☐

Masculin ☐

G2. Quel est votre année de naissance ?

Remplissez l'année seulement.

G3. Quelle a été l'origine principale de vos ressources ces 6 derniers mois ?

- Revenus d'emplois, de retraite ou pension d'invalidité ☐
- Allocations chômage / ASSEDIC ☐
- RSA ☐
- Autre prestation sociale (allocations) ☐
- Ressources provenant d'un tiers (parents, conjoint(e) etc.) ☐
- Autres ressources non officielles (deal, travail au noir) ☐
- Sans revenu ☐
- ☐

G4. Êtes-vous étudiant(e) actuellement

- Oui ☐
- Non ☐

G5. Quel est votre niveau d'étude ?

- Brevet des collèges ☐
- Niveau BEP, CAP ☐
- Niveau BAC ☐
- Niveau BAC +2 et plus ☐

G6. Où logez-vous en ce moment ?

- Logement durable (possibilité de rester plus de 6 mois dans ce logement) ☐
- Logement provisoire (impossibilité de rester plus de 6 mois dans ce logement) ☐
- Sans domicile ☐

G7. Vivez-vous en milieu urbain, péri-urbain ou rural ?

- Milieu urbain (grande ville) ☐
- Milieu péri-urbain (ville moyenne ou petite ville) ☐
- Milieu rural ☐

Merci d'avoir participé !

Si vous avez 2 ou plus de réponses positives aux questions sur la manière dont vous consommiez (matin, seul, etc), il est conseillé de parler de votre consommation à un médecin.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les moeurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque.

ORDRE NATIONAL DES MÉDECINS
Conseil National de l'Ordre

RESUME

Introduction

L'usage problématique du cannabis est un usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui. En 2017, il concernait 7,4% des jeunes de 17 ans et près d'1,2% de la population entre 15 et 64 ans. Un repérage précoce de ce type d'usage est donc essentiel pour limiter le risque de complications, d'autant que les interventions brèves et les entretiens motivationnels ont montré leurs efficacités pour transformer les pratiques de consommations des usagers. Cette étude avait pour but de déterminer les freins les plus fréquents et les plus influents dans la déclaration d'un usage problématique du cannabis au corps médical.

Méthode

Un auto-questionnaire a été envoyé à 168 structures d'addictologie française et diffusé sur le réseau social Facebook entre Mai et Septembre 2018. Le critère d'inclusion était une consommation actuelle ou ancienne de cannabis. Le critère d'exclusion était l'absence d'usage problématique. Les résultats ont été traité par une méthode d'analyse structurale et un test X^2 était effectué pour rechercher des relations significatives.

Résultats

L'échantillon global comportait 193 personnes répartis en deux groupes : repéré et non repéré. 54% de l'échantillon n'avait jamais été repéré. Le retard au repérage concernait 75% du groupe repéré et était en moyenne de plus de 5 ans. Les freins plus influents étaient « pas besoin d'aide », « manque de connaissance du médecin », « pas assez proche du médecin », « peur du jugement du médecin » et « c'est illégal » qui était significativement plus important chez les moins de 25 ans.

Discussion – Conclusion

L'absence de repérage ou le retard au repérage importants mis en évidence rappelle la nécessité de systématiquement poser la question de la consommation de cannabis chez les jeunes. Les freins les plus influents identifiés dans l'étude rappellent l'importance des campagnes d'information et de prévention, d'une distance thérapeutique bien ajusté, de la formation des médecins sur le cannabis et ses effets, ainsi que d'avoir une attitude de neutralité bienveillante vis-à-vis des patients. Le rôle important de l'illégalité comme frein à la déclaration de la consommation montre que les politiques de prohibition et de répression sont contre-productives en termes de santé publique.

Mots clés : cannabis, usage problématique, repérage, freins, étude quantitative