



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 Khelifaoui

► To cite this version:

Karim Khelifaoui. 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-02094402v1>

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 :

- * 1^{er} cycle : Jean-Marc DURAND et Marc BARTHET
- * 2^{ème} cycle : Marie-Aleth RICHARD
- * 3^{ème} 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	MM	FIGARELLA Jacques
	ALDIGHERI René		FONTES Michel
	ALESSANDRINI Pierre		FRANCOIS Georges
	ALLIEZ Bernard		FUENTES Pierre
	AQUARON Robert		GABRIEL Bernard
	ARGEME Maxime		GALINIER Louis
	ASSADOURIAN Robert		GALLAIS Hervé
	AUFFRAY Jean-Pierre		GAMERRE Marc
	AUTILLO-TOUATI Amapola		GARCIN Michel
	AZORIN Jean-Michel		GARNIER Jean-Marc
	BAILLE Yves		GAUTHIER André
	BARDOT Jacques		GERARD Raymond
	BARDOT André		GEROLAMI-SANTANDREA André
	BERARD Pierre		GIUDICELLI Roger
	BERGOIN Maurice		GIUDICELLI Sébastien
	BERNARD Dominique		GOUDARD Alain
	BERNARD Jean-Louis		GOUIN François
	BERNARD Pierre-Marie		GRISOLI François
	BERTRAND Edmond		GROULIER Pierre
	BISSET Jean-Pierre		HADIDA/SAYAG Jacqueline
	BLANC Bernard		HASSOUN Jacques
	BLANC Jean-Louis		HEIM Marc
	BOLLINI Gérard		HOUEL Jean
	BONGRAND Pierre		HUGUET Jean-François
	BONNEAU Henri		JAQUET Philippe
	BONNOIT Jean		JAMMES Yves
	BORY Michel		JOUBE Paulette
	BOTTA Alain		JUHAN Claude
	BOURGEADE Augustin		JUIN Pierre
	BOUVENOT Gilles		KAPHAN Gérard
	BOUYALA Jean-Marie		KASBARIAN Michel
	BREMOND Georges		KLEISBAUER Jean-Pierre
	BRICOT René		LACHARD Jean
	BRUNET Christian		LAFFARGUE Pierre
	BUREAU Henri		LAUGIER René
	CAMBOULIVES Jean		LEVY Samuel
	CANNONI Maurice		LOUCHET Edmond
	CARTOUZOU Guy		LOUIS René
			LUCIANI Jean-Marie
	CHAMLIAN Albert		MAGALON Guy
	CHARREL Michel		MAGNAN Jacques
	CHAUVEL Patrick		MALLAN- MANCINI Josette
	CHOUX Maurice		MALMEJAC Claude
	CIANFARANI François		MATTEI Jean François
	CLEMENT Robert		MERCIER Claude
	COMBALBERT André		METGE Paul
	CONTE-DEVOLX Bernard		MICHOTEY Georges
	CORRIOL Jacques		MILLET Yves
	COULANGE Christian		MIRANDA François
	DALMAS Henri		MONFORT Gérard
	DE MICO Philippe		MONGES André
	DELARQUE Alain		MONGIN Maurice
	DEVIN Robert		MONTIES Jean-Raoul
	DEVRED Philippe		NAZARIAN Serge
	DJIANE Pierre		NICOLI René
	DONNET Vincent		NOIRCLERC Michel
	DUCASSOU Jacques		OLMER Michel
	DUFOUR Michel		OREHEK Jean
	DUMON Henri		PAPY Jean-Jacques
	FARNARIER Georges		PAULIN Raymond
	FAVRE Roger		PELOUX Yves
	FIECHI Marius		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 Sir	T. MARRIE (Canada) G.K. RADDI (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	SEBAHOUN Gérard	31/08/2018

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS

AGOSTINI FERRANDES Aubert	CHOSSEGROS Cyrille	GRIMAUD Jean-Charles
ALBANESE Jacques	<i>CLAVERIE Jean-Michel Surnombre</i>	GROB Jean-Jacques
ALIMI Yves	COLLART Frédéric	GUEDJ Eric
AMABILE Philippe	COSTELLO Régis	GUIEU Régis
AMBROSI Pierre	COURBIERE Blandine	GUIS Sandrine
ANDRE Nicolas	COWEN Didier	GUYE Maxime
ARGENSON Jean-Noël	CRAVELLO Ludovic	GUYOT Laurent
ASTOUL Philippe	CUISSET Thomas	GUYS Jean-Michel
ATTARIAN Shahram	CURVALE Georges	HABIB Gilbert
AUDOUIN Bertrand	DA FONSECA David	HARDWIGSEN Jean
AUQUIER Pascal	DAHAN-ALCARAZ Laetitia	HARLE Jean-Robert
AVIERINOS Jean-François	DANIEL Laurent	HOFFART Louis
AZULAY Jean-Philippe	DARMON Patrice	HOUVENAEGHEL Gilles
BAILLY Daniel	D'ERCOLE Claude	JACQUIER Alexis
BARLESI Fabrice	D'JOURNO Xavier	JOURDE-CHICHE Noémie
BARLIER-SETTI Anne	DEHARO Jean-Claude	JOUVE Jean-Luc
BARTHET Marc	DELPERO Jean-Robert	KAPLANSKI Gilles
BARTOLI Jean-Michel	DENIS Danièle	KARSENTY Gilles
BARTOLI Michel	<i>DESSEIN Alain Surnombre</i>	KERBAUL François
<i>BARTOLIN Robert Surnombre</i>	DESSI Patrick	KRAHN Martin
BARTOLOMEI Fabrice	DISDIER Patrick	LAFFORGUE Pierre
BASTIDE Cyrille	DODDOLI Christophe	LAGIER Jean-Christophe
BENSOUSSAN Laurent	DRANCOURT Michel	LAMBAUDIE Eric
BERBIS Philippe	DUBUS Jean-Christophe	LANCON Christophe
BERDAH Stéphane	DUFFAUD Florence	LA SCOLA Bernard
<i>BERLAND Yvon Surnombre</i>	DUFOUR Henry	LAUNAY Franck
BERNARD Jean-Paul	DURAND Jean-Marc	LAVIEILLE Jean-Pierre
BEROUD Christophe	DUSSOL Bertrand	LE CORROLLER Thomas
BERTUCCI François	<i>ENJALBERT Alain Surnombre</i>	<i>LE TREUT Yves-Patrice Surnombre</i>
BLAISE Didier	EUSEBIO Alexandre	LECHEVALLIER Eric
BLIN Olivier	FAKHRY Nicolas	LEGRE Régis
BLONDEL Benjamin	<i>FAUGERE Gérard Surnombre</i>	LEHUCHER-MICHEL Marie-Pascale
BONIN/GUILLAUME Sylvie	FELICIAN Olivier	LEONE Marc
BONELLO Laurent	FENOLLAR Florence	LEONETTI Georges
BONNET Jean-Louis	FIGARELLA/BRANGER Dominique	LEPIDI Hubert
BOTTA/FRIDLUND Danielle	FLECHER Xavier	LEVY Nicolas
BOUBLI Léon	FOURNIER Pierre-Edouard	MACE Loïc
BOYER Laurent	<i>FRANCES Yves Surnombre</i>	MAGNAN Pierre-Edouard
BREGEON Fabienne	FUENTES Stéphane	<i>MARANINCHI Dominique Surnombre</i>
BRETELLE Florence	GABERT Jean	<i>MARTIN Claude Surnombre</i>
BROUQUI Philippe	GAINNIER Marc	MATONTI Frédéric
BRUDER Nicolas	GARCIA Stéphane	MEGE Jean-Louis
BRUE Thierry	GARIBOLDI Vlad	MERROT Thierry
BRUNET Philippe	GAUDART Jean	METZLER/GUILLEMAIN Catherine
BURTEY Stéphane	GAUDY-MARQUESTE Caroline	MEYER/DUTOUR Anne
CARCOPINO-TUSOLI Xavier	GENTILE Stéphanie	MICCALEF/ROLL Joëlle
CASANOVA Dominique	GERBEAUX Patrick	MICHEL Fabrice
CASTINETTI Frédéric	GEROLAMI/SANTANDREA René	MICHEL Gérard
CECCALDI Mathieu	GILBERT/ALESSI Marie-Christine	MICHELET Pierre
CHABOT Jean-Michel	GIORGI Roch	MILH Mathieu
CHAGNAUD Christophe	GIOVANNI Antoine	MOAL Valérie
CHAMBOST Hervé	GIRARD Nadine	MONCLA Anne
CHAMPSAUR Pierre	GIRAUD/CHABROL Brigitte	MORANGE Pierre-Emmanuel
CHANEZ Pascal	GONCALVES Anthony	MOULIN Guy
CHARAFFE-JAUFFRET Emmanuelle	GORINCOUR Guillaume	MOUTARDIER Vincent
CHARREL Rémi	GRANEL/REY Brigitte	<i>MUNDLER Olivier Surnombre</i>
<i>CHARPIN Denis Surnombre</i>	GRANVAL Philippe	NAUDIN Jean
CHAUMOITRE Kathia	GREILLIER Laurent	NICOLAS DE LAMBALLERIE Xavier
CHIARONI Jacques	<i>GRILLO Jean-Marie Surnombre</i>	NICOLLAS Richard
CHINOT Olivier		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 (<i>disponibilité</i>)	FABRE Alexandre	NINOVE Laetitia
ANGELAKIS Emmanouil	FOLETTI Jean- Marc	NOUGAIREDE Antoine
ATLAN Catherine (<i>disponibilité</i>)	FOUILLOUX Virginie	OLLIVIER Matthieu
BARTHELEMY Pierre	FROMNOT Julien	OUDIN Claire
BARTOLI Christophe	GABORIT Bénédicte	OVAERT Caroline
BEGE Thierry	GASTALDI Marguerite	PAULMYER/LACROIX Odile
BELIARD Sophie	GELSI/BOYER Véronique	PERRIN Jeanne
BERBIS Julie	GIUSIANO Bernard	RANQUE Stéphane
BERGE-LEFRANC Jean-Louis	GIUSIANO COURCAMBECK Sophie	REY Marc
BEYER-BERJOT Laura	GONZALEZ Jean-Michel	ROBERT Philippe
BIRNBAUM David	GOURIET Frédérique	SABATIER Renaud
BONINI Francesca	GRAILLON Thomas	SARI-MINODIER Irène
BOUCRAUT Joseph	GRISOLI Dominique	SARLON-BARTOLI Gabrielle
BOULAMERY Audrey	GUENOUN MEYSSIGNAC Daphné	SAVEANU Alexandru
BOULLU/CIOCCA Sandrine	GUIDON Catherine	SECQ Véronique
BUFFAT Christophe	HAUTIER/KRAHN Aurélie	TOGA Caroline
CAMILLERI Serge	HRAIECH Sami	TOGA Isabelle
CARRON Romain	KASPI-PEZZOLI Elise	TROUSSE Delphine
CASSAGNE Carole	L'OLLIVIER Coralie	TUCHTAN-TORRENTS Lucile
CHAUDET Hervé	LABIT-BOUVIER Corinne	VALLI Marc
COZE Carole	LAFAGE/POCHITALOFF-HUVALE Marina	VELY Frédéric
DADOUN Frédéric (<i>disponibilité</i>)	LAGIER Aude (<i>disponibilité</i>)	VION-DURY Jean
DALES Jean-Philippe	LAGOUANELLE/SIMEONI Marie-Claude	ZATTARA/CANNONI Hélène
DAUMAS Aurélie	LEVY/MOZZICONACCI Annie	
DEGEORGES/VITTE Joëlle	LOOSVELD Marie	
DEL VOLGO/GORI Marie-José	MANCINI Julien	
DELLIAUX Stéphane	MARY Charles	
DESPLAT/JEGO Sophie	MASCAUX Céline	
DEVEZE Arnaud (<i>Disponibilité</i>)	MAUES DE PAULA André	
DUBOURG Grégory	MILLION Matthieu	
DUFOUR Jean-Charles	MOTTOLA GHIGO Giovanna	
EBBO Mikaël	NGUYEN PHONG Karine	

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

(mono-appartenants)

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

EPIDEMIOLOGIE, 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

GUYSS Jean-Michel (PU-PH)
JOUVE Jean-Luc (PU-PH)
LAUNAY Franck (PU-PH)
MERRROT 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 ; BRÛOLOGIE 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)
BRETTELLE 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)
TUCHANT-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 Stéphanne (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)
LAVIELLE 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, PSYCHOLOGIE 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)

PHILOSOPHIE 17

LE COZ Pierre (PR) (17ème section)

PHYSIOLOGIE 4402

BARTOLOMEI Fabrice (PU-PH)
BREGON 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)
DADOIN 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 intéressants 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 paraît loin le temps où on avait d'interminables 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 semblaient 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 transformé 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 catches 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 plaît. 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'Abraadard. 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 trouvés. 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 plaît 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 paraît 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 CB₁ :	Récepteur Cannabinoïde type 1
Récepteur CB₂ :	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 associée 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'archéobotanique retrouvent des traces de cannabis dans plusieurs foyers avant même l'époque néolithique à la fois au Japon, sous forme de graines en 10 200 av. J.C¹ et en Europe de l'est daté avant 11 500 avant J.C². 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 vulvites⁴, dans le premier traité de phytothérapie Chinois attribué à l'Empereur Shennong⁵ ou encore dans les écrits du médecin botaniste Dioscorides nommé « De Materia Medica » où il fait référence au « kannabis emeros ».

Au XVII^e siècle, la colonisation des Indes orientales et du Proche Orient, par les anglais et les français, fait connaître 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 consommation⁶.

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 XVIII^{ème} 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 Briere 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.

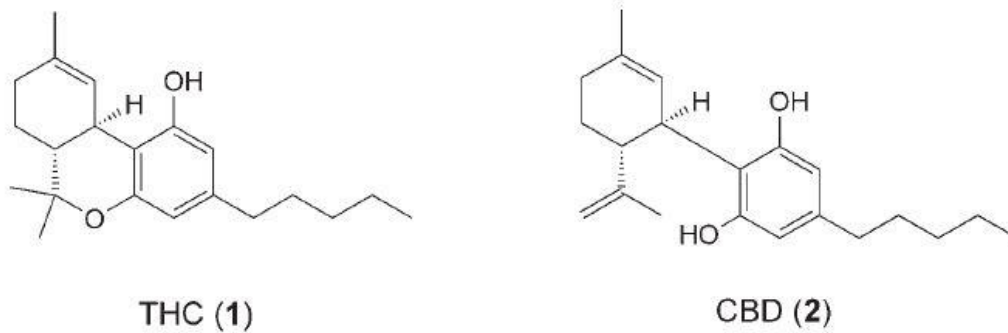


Figure 1 : Formule chimique des deux principaux cannabinoïdes

Ces composés ont une action sur deux récepteurs de types endocannabinoïdes dénommés CB₁ et CB₂.⁸

Le récepteur CB₁ 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 cingulaire⁹. Au niveau cellulaire, on le retrouve surtout dans les neurones, principalement sur les axones présynaptiques des neurones GABAergiques et glutatatergiques, 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 THC¹¹.

Le récepteur CB₂ est retrouvé principalement dans les cellules immunitaires¹² mais aussi dans le SNC dans les microglies dans des proportions bien moindres¹³. 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 CB₁.¹⁵

Le THC est un agoniste partiel des récepteurs CB₁ et CB₂ 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 somnolence¹⁶. 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 drogues¹⁷ ainsi que dans le cortex mésolimbic qui est impliqué dans la composante motivationnelle du circuit de la récompense¹⁸.

Le CBD, qui n'a pas de propriété psychoactive, est un antagoniste du récepteur CB₁ et un agoniste du récepteur CB₂. 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/vomissements¹⁹.

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 stupéfiant²¹. 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'usage²³. 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 jeunes²⁴. En population générale, ils sont 1,4% entre 15 et 64 ans à présenter un risque d'usage problématique du cannabis voir de dépendance²⁵.

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 cannabis²⁶. 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 jeunes²⁹. Au niveau psychiatrique, le cannabis provoque une aggravation des symptômes des psychopathologies déclarées³⁰ 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 importante³¹ ; Précisons que le cannabis a un rôle important dans la décompensation schizophrénique et l'entrée dans la pharmacopsychose. 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 cigarettes³⁴, 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 sexuelles³⁶ 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 définitives³⁸ en lien avec des déficits de la mémoire verbale, de la mémoire à court terme, de l'attention et des fonctions exécutives³⁹⁴⁰. 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 spontanés, placenta praevia, retard de croissance intra-utérin, perturbation de la prise en charge anesthésique ou encore contractions plus intenses et fréquentes) soit plus élevé.⁴⁴⁴⁵ 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 observés⁴⁶ 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 enfants⁴⁷.

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 substances⁴⁸.

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 brèves⁴⁹ et les entretiens motivationnels⁵⁰ 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 réalisée 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 revenus, 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 χ^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.

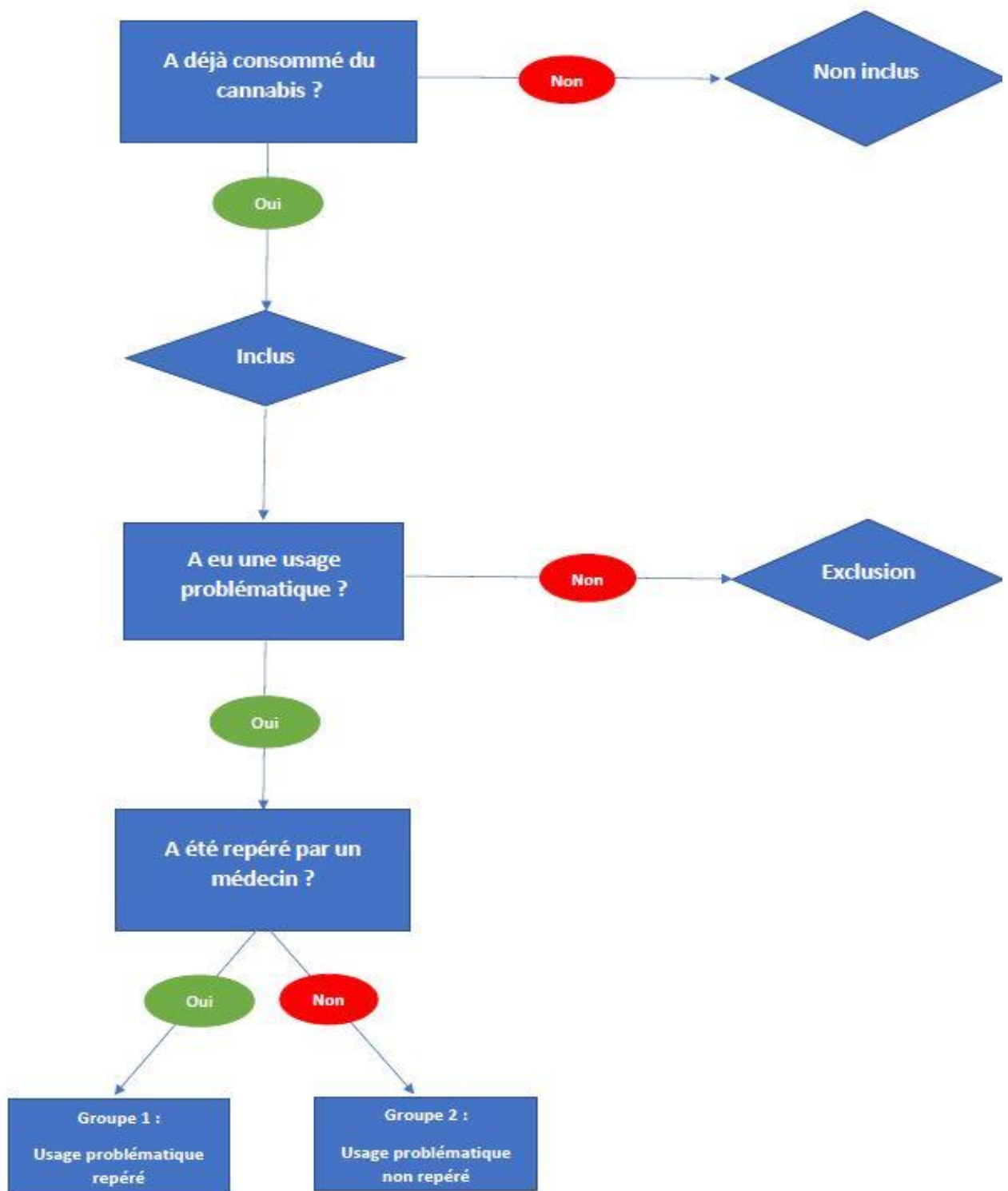


Figure 2 : Schéma de l'étude

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%.

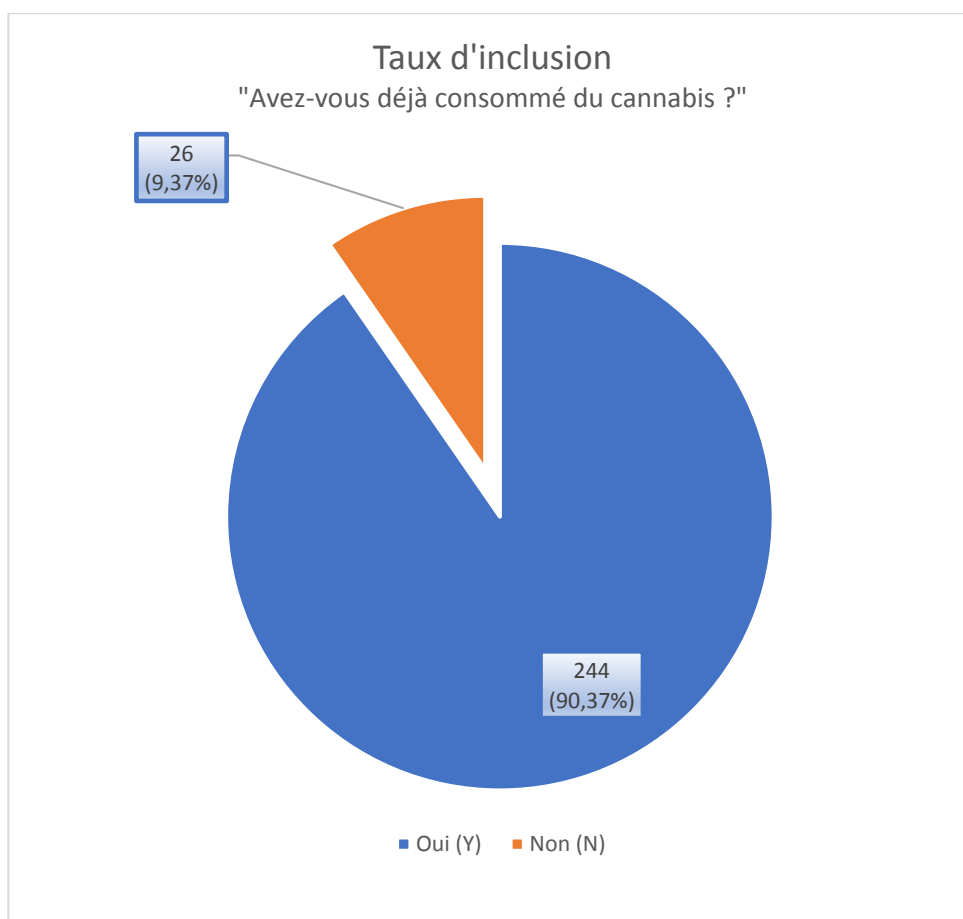


Figure 3 : Inclusion si consommation actuelle ou ancienne

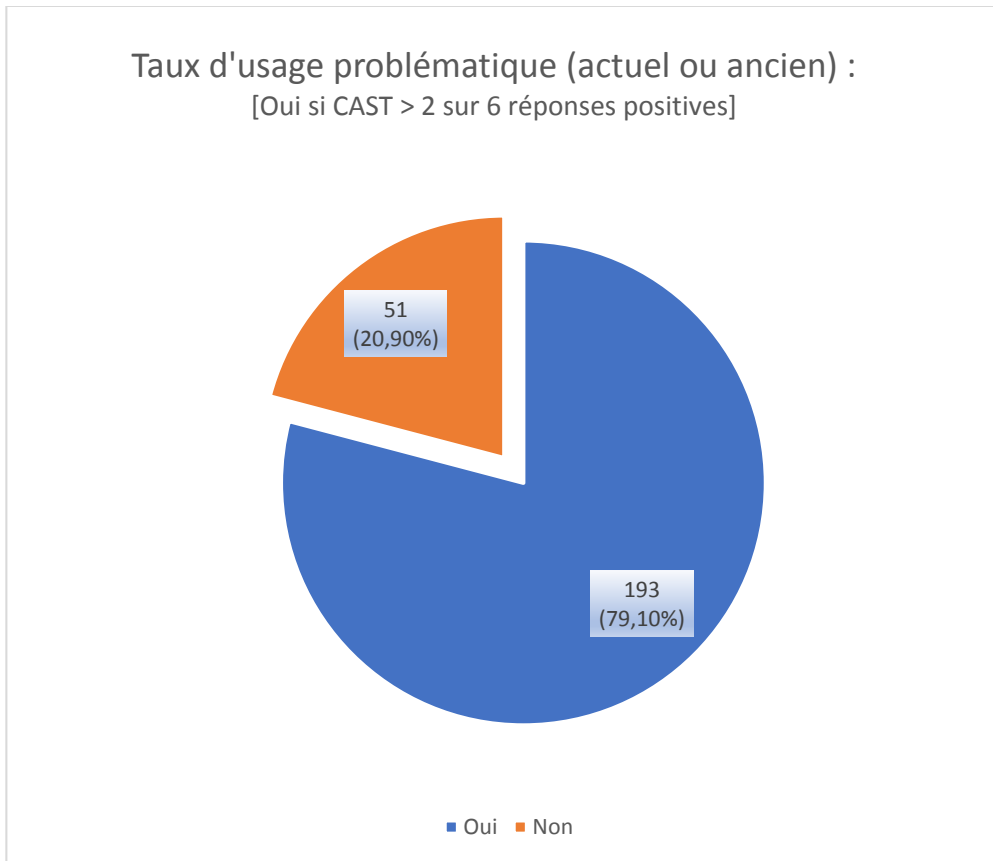


Figure 4 : Exclusion si aucun usage problématique

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.

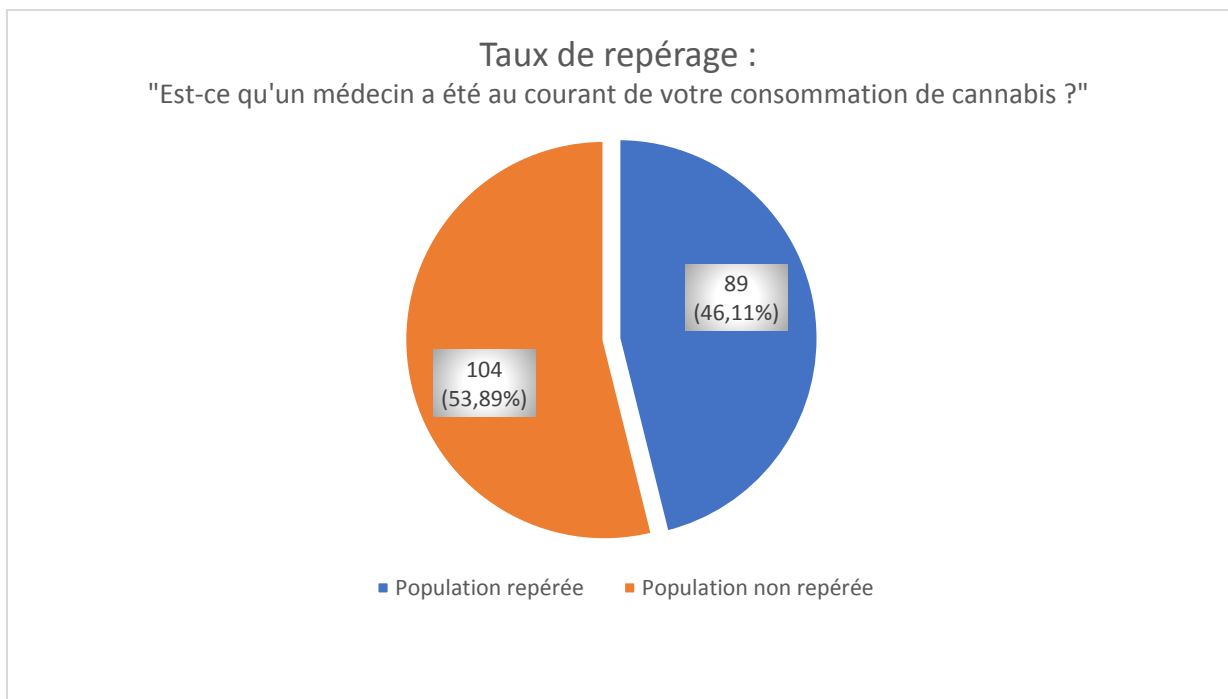


Figure 5 : Taux de repérage

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.

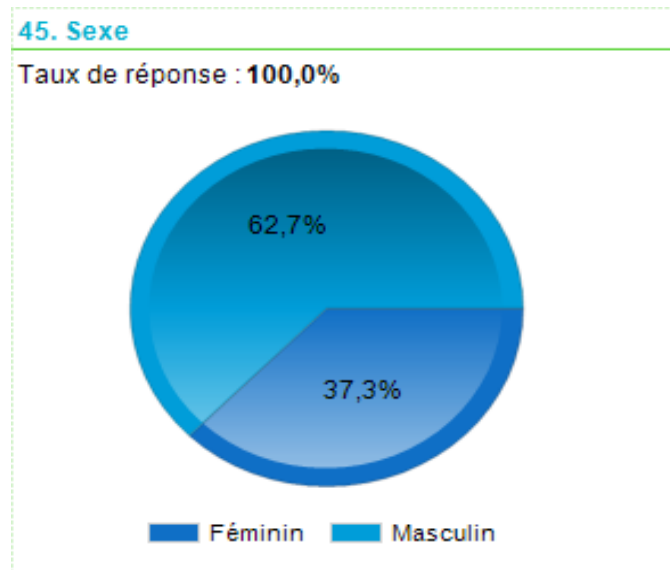


Figure 6 : Sexe dans l'échantillon global

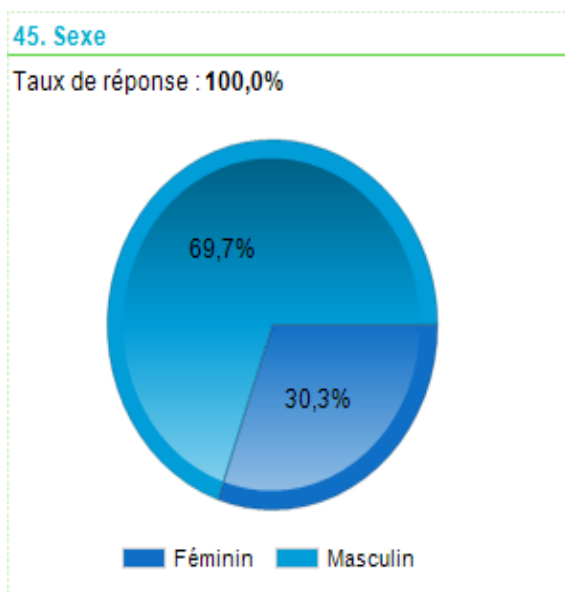


Figure 7 : Sexe dans le groupe repéré

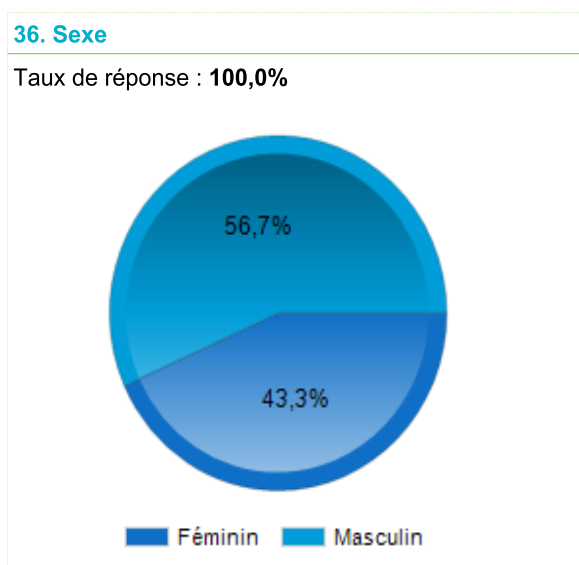


Figure 8 : Sexe dans le groupe non repéré

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).

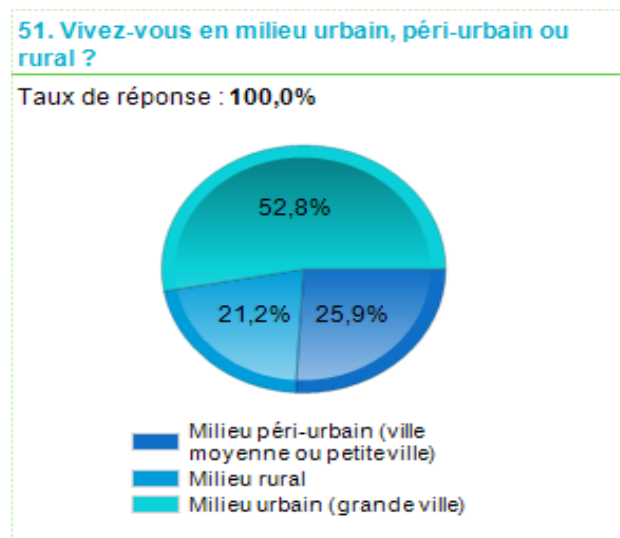


Figure 9 : Milieu d'habitation dans l'échantillon global

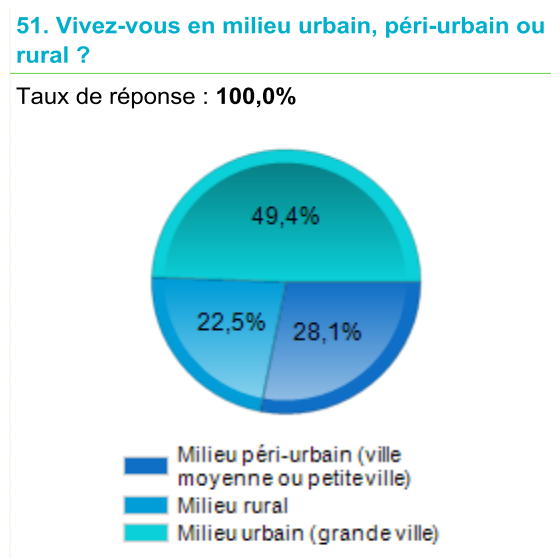


Figure 10 : Milieu d'habitation dans le groupe repéré

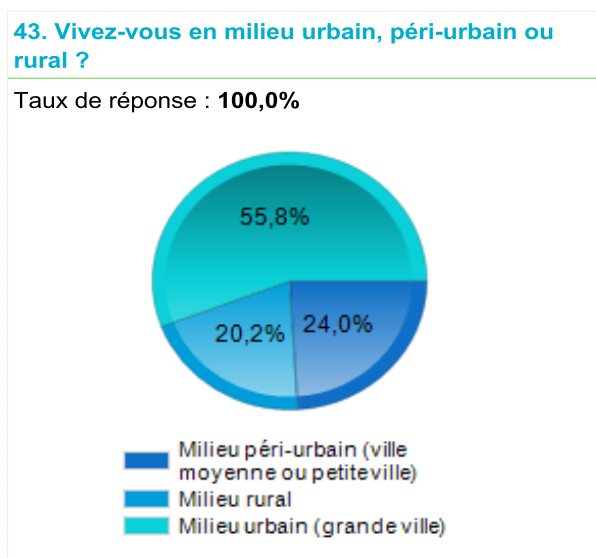


Figure 11 : Milieu d'habitation dans le groupe non repéré

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.

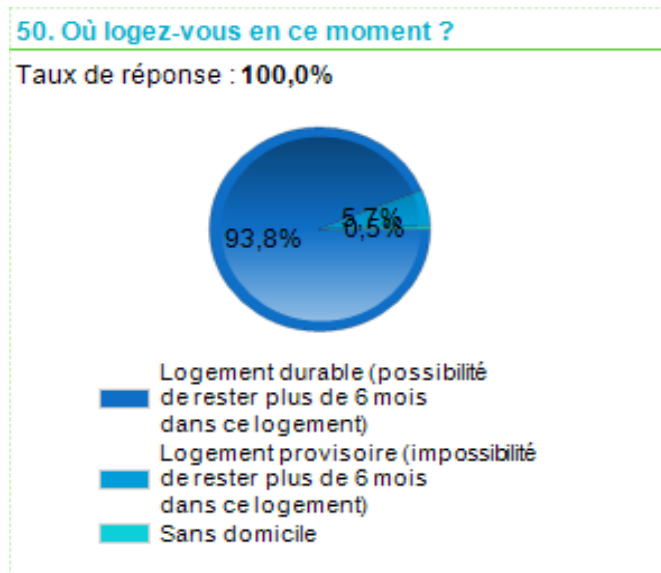


Figure 12 : Type de logement dans l'échantillon global

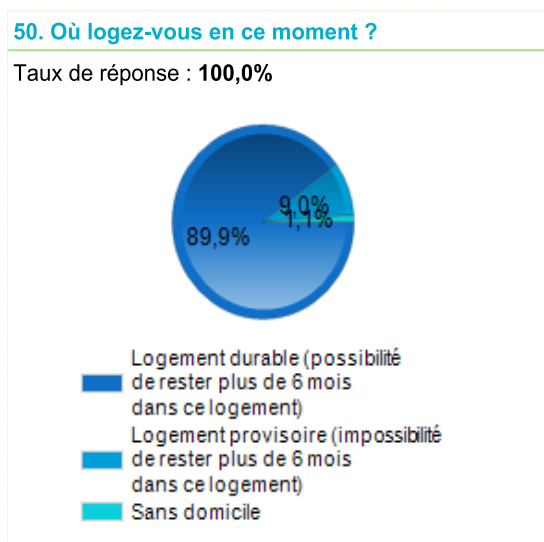


Figure 13 : Type de logement dans le groupe repéré

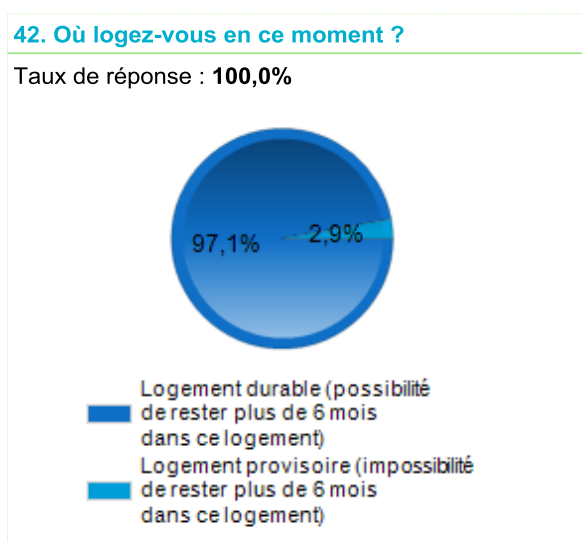


Figure 14: Type de logements dans le groupe non repéré

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.

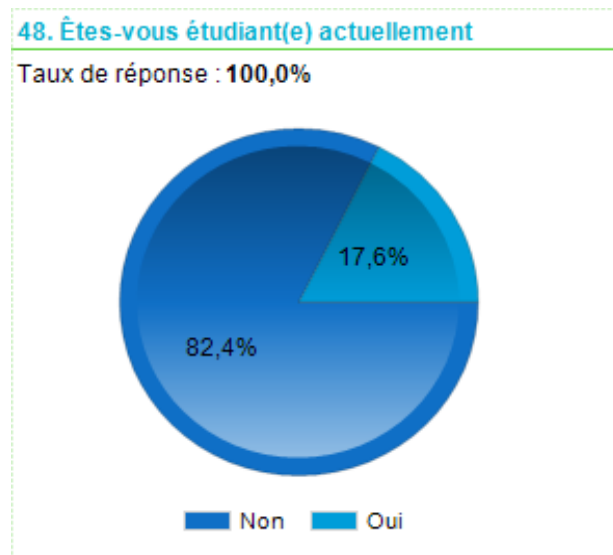


Figure 15 : Taux d'étudiant dans l'échantillon global

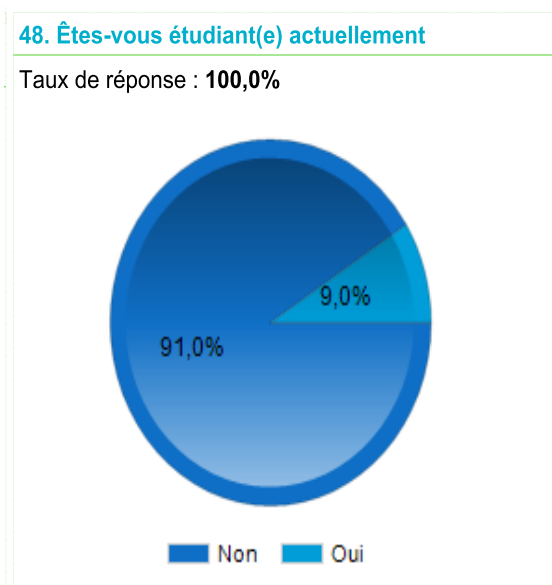


Figure 16 : Taux d'étudiant dans le groupe repéré

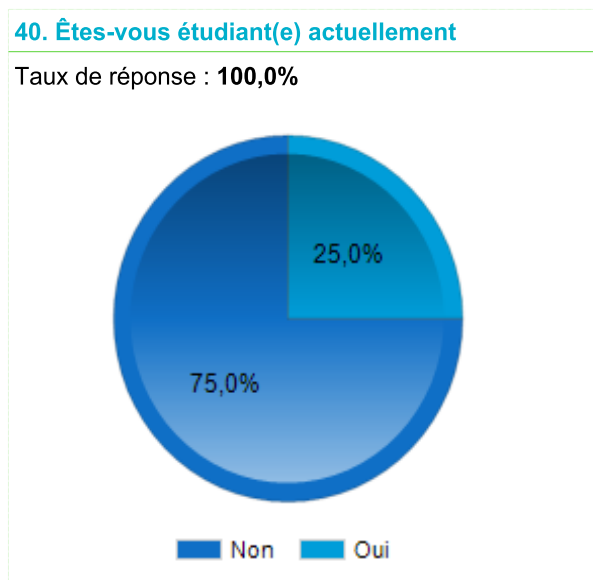


Figure 17 : Taux d'étudiants dans le groupe non repéré

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).

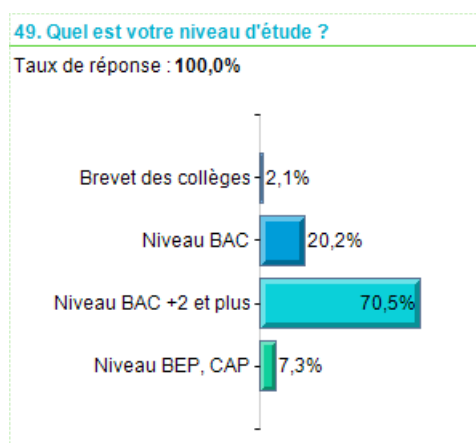


Figure 18 : Niveau d'étude dans l'échantillon global

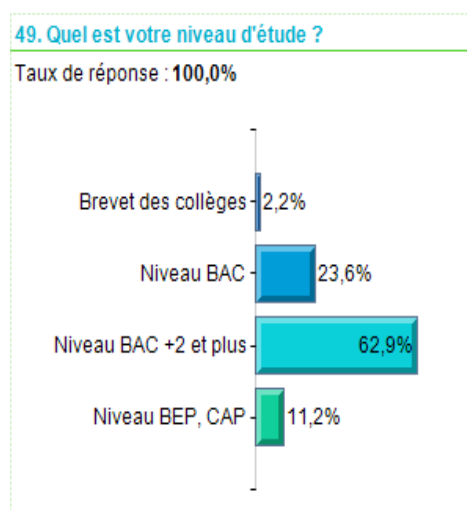


Figure 19 : Niveau d'étude dans le groupe repéré

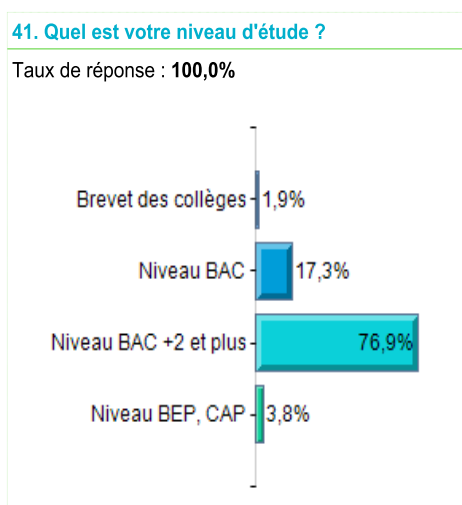


Figure 20 : Niveau d'étude dans le groupe non repéré

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).

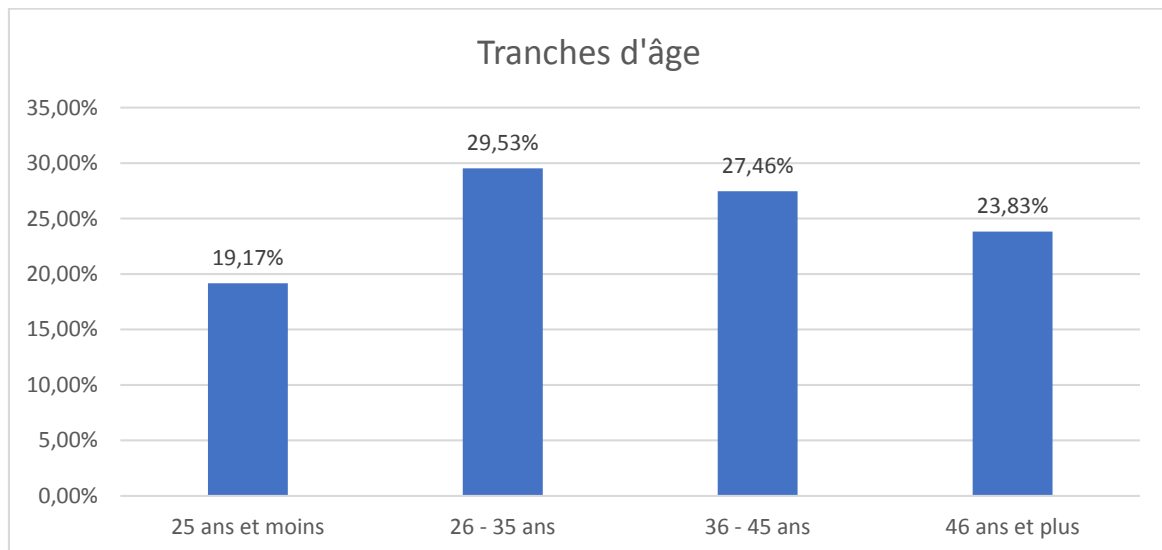


Figure 21 : Tranches d'âge dans l'échantillon global

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).

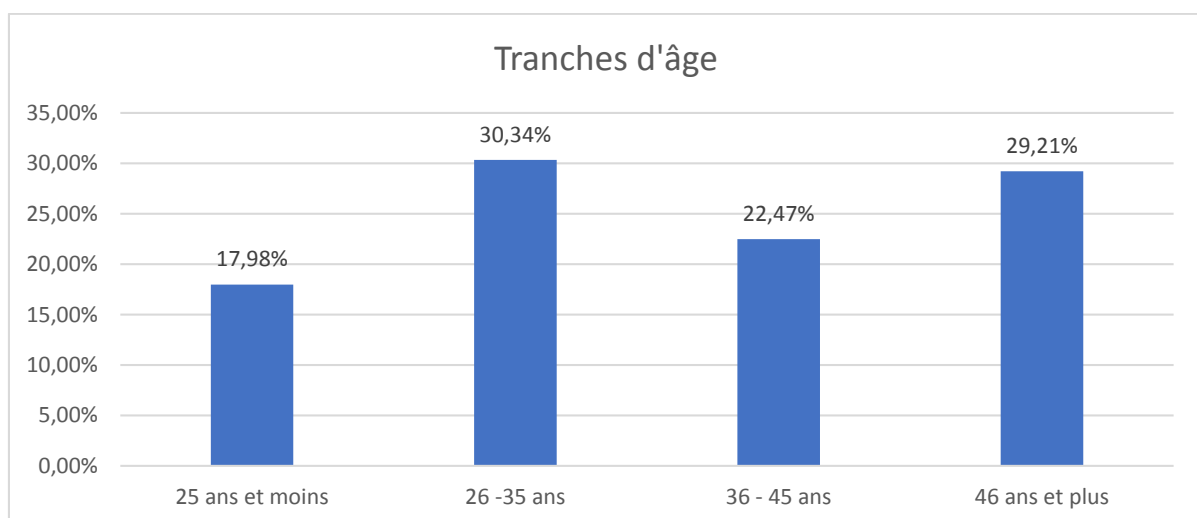


Figure 22 : Tranches d'âge dans le groupe repéré

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).

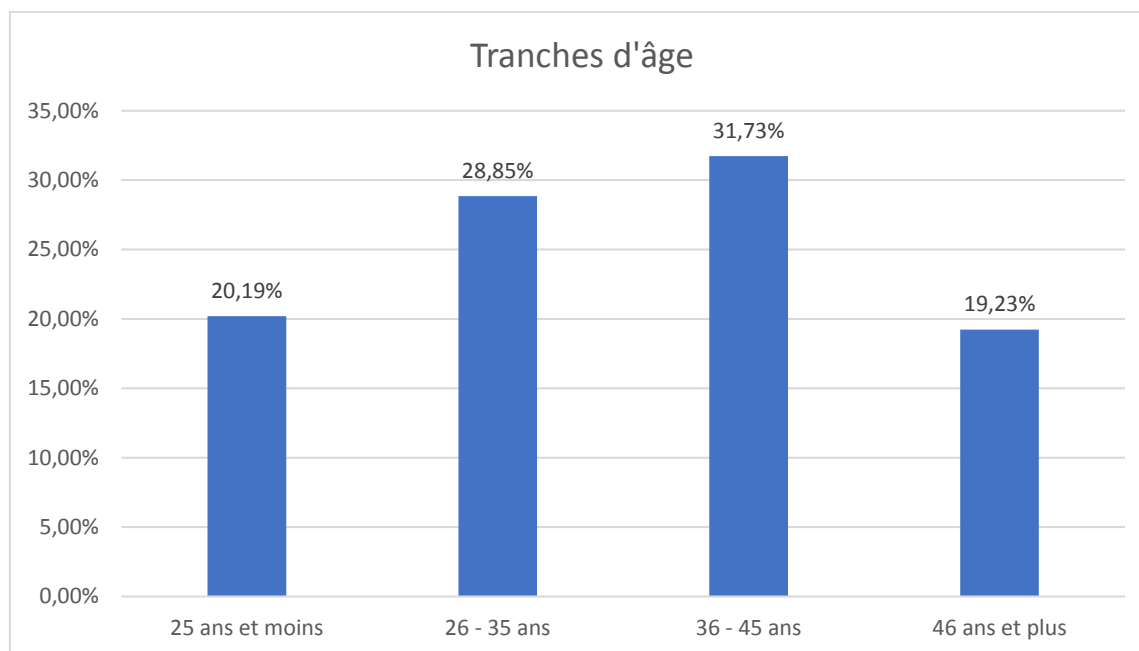


Figure 23 : Tranche d'âge dans le groupe non repéré

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).

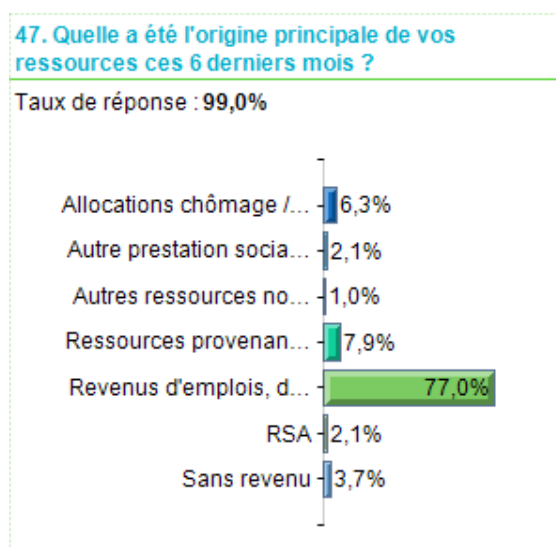


Figure 24 : Origine des ressources dans l'échantillon global

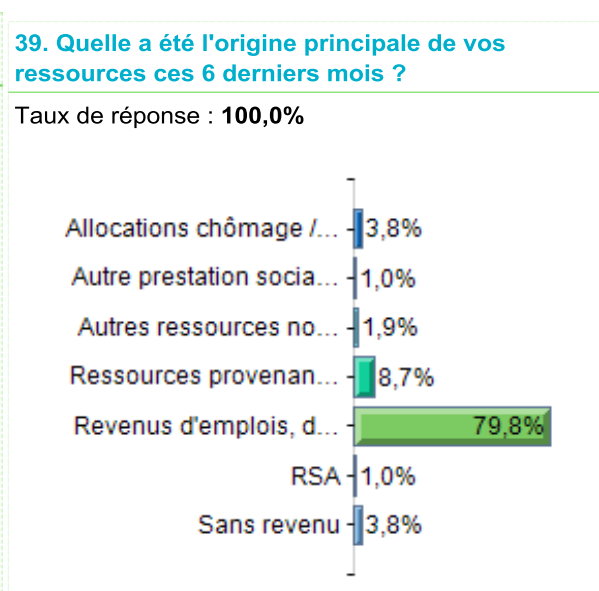
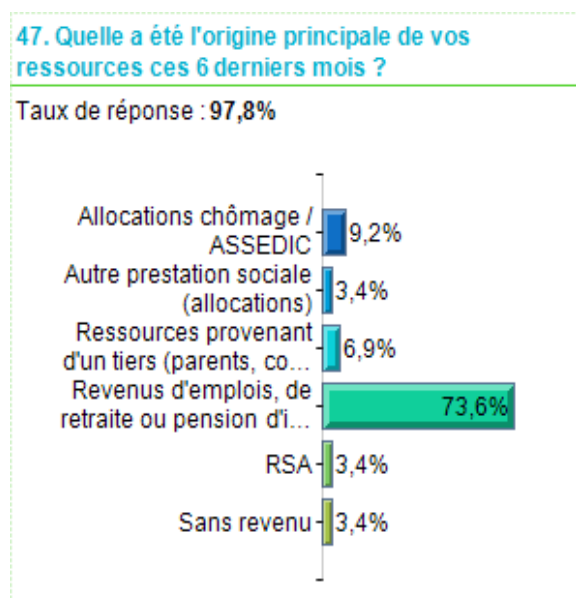


Figure 25 : Origine des ressources dans l'échantillon repéré Figure 26 : Origine des ressources dans l'échantillon non repéré

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.

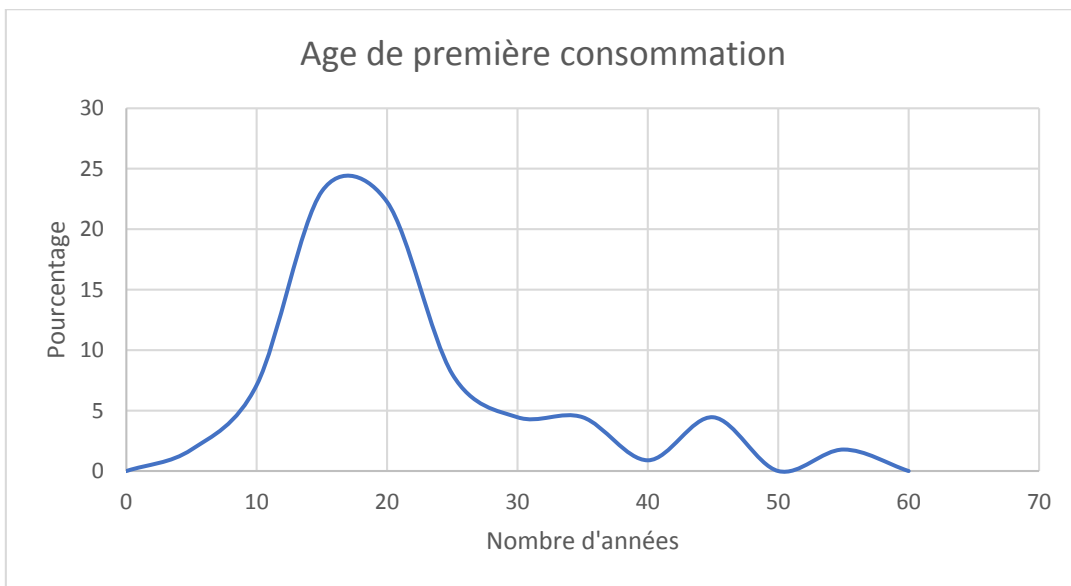


Figure 27 : Age de première consommation dans le groupe repéré

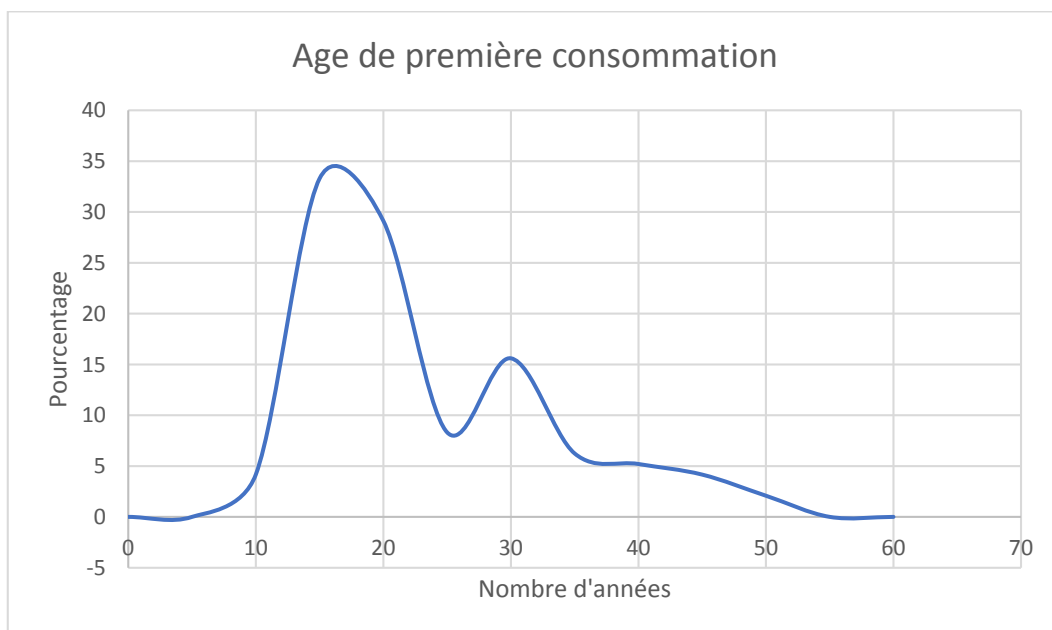


Figure 28 : Age de première consommation dans le groupe non repéré

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.

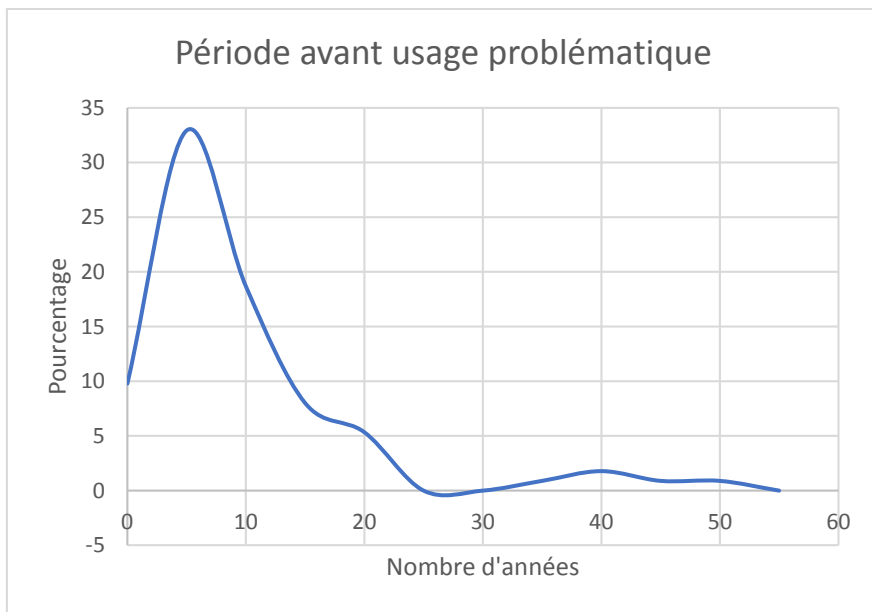


Figure 29 : Période avant usage problématique dans le groupe repéré

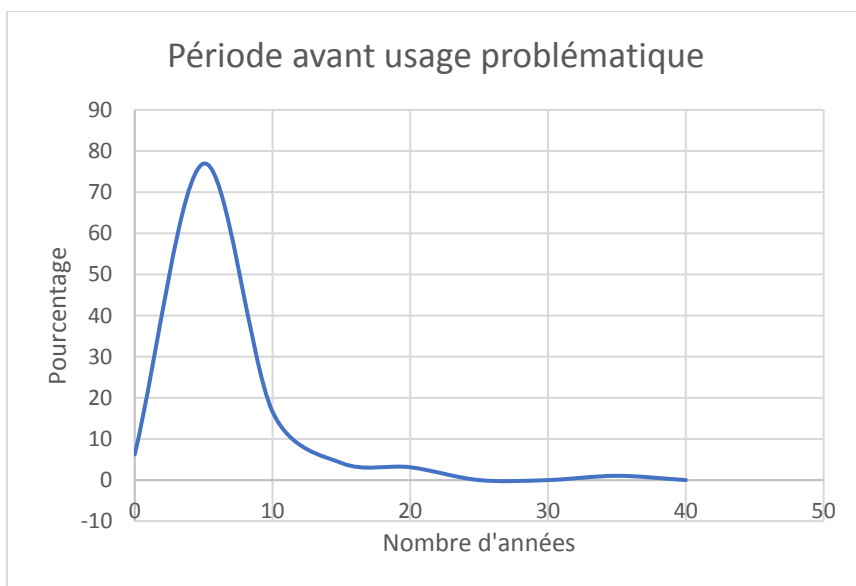


Figure 30 : Période avant usage problématique dans le groupe non repéré

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.

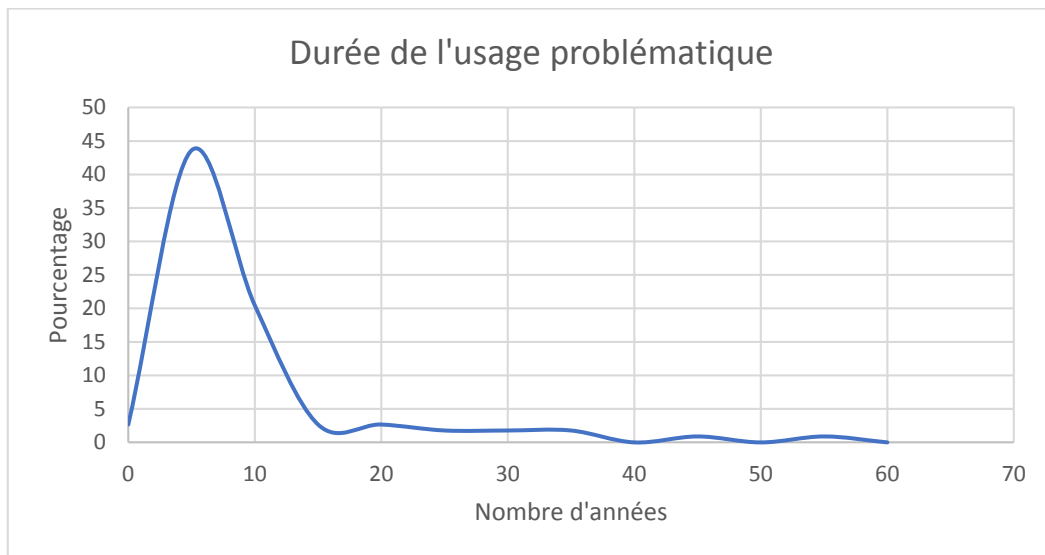


Figure 31 : Durée de l'usage problématique dans le groupe repéré

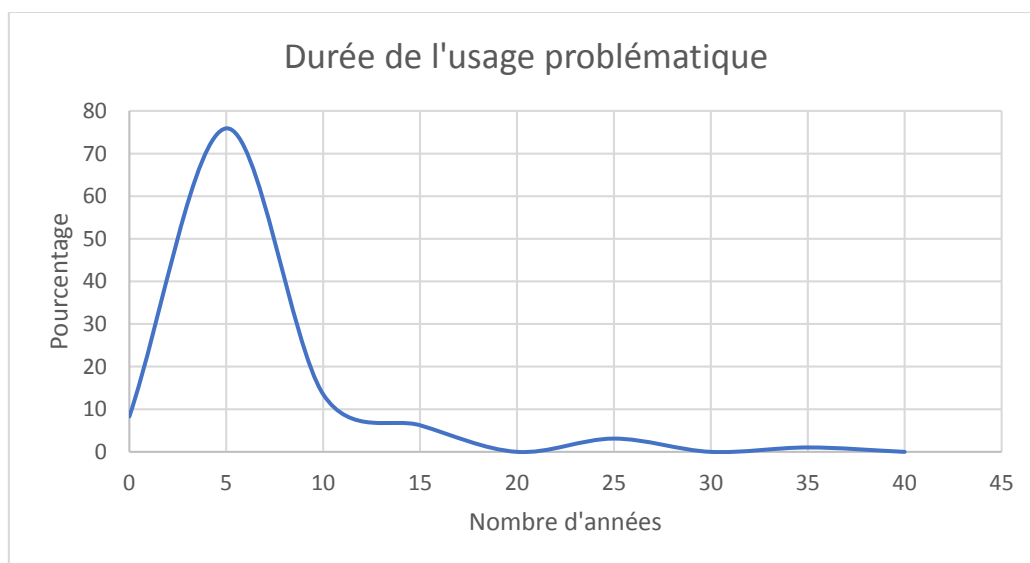


Figure 32 : Durée de l'usage problématique dans le groupe non repéré

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).

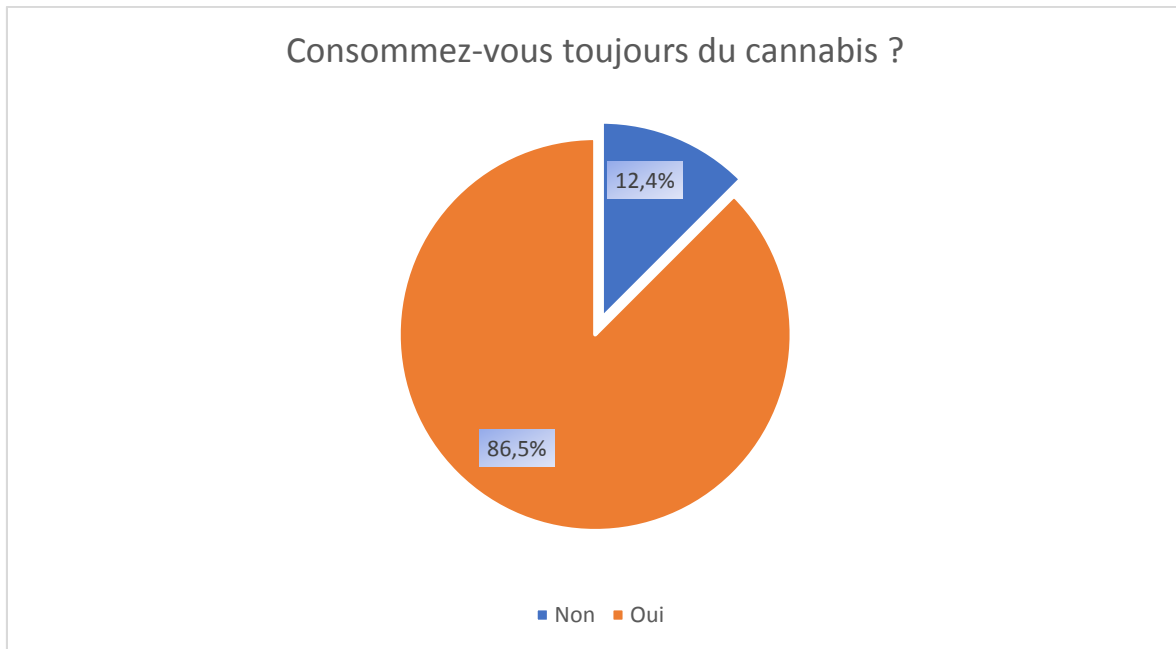


Figure 33 : Taux d'ancien consommateurs dans le groupe repéré



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.

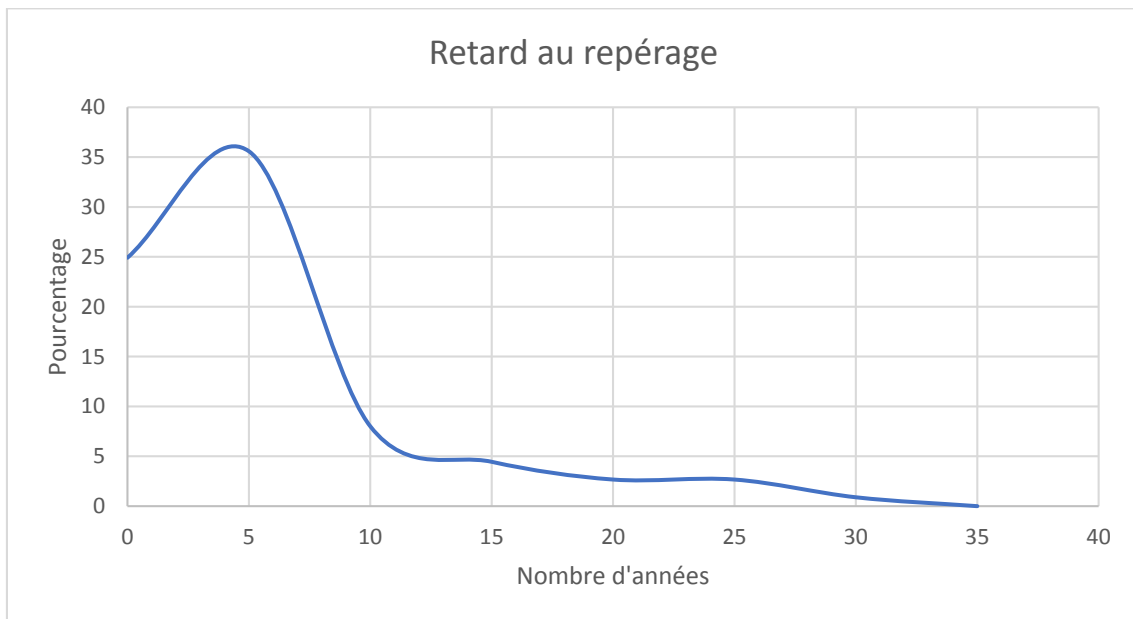


Figure 35 : Retard au repérage en années

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).

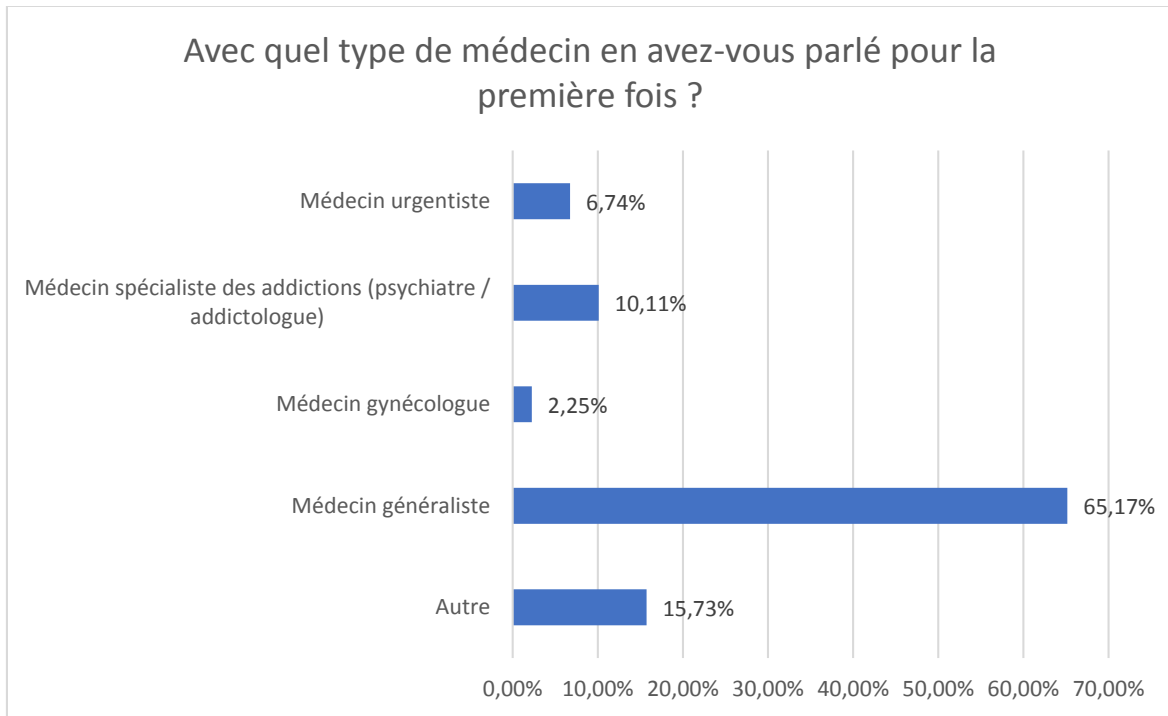


Figure 36 : Type de médecins faisant le repérage

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.

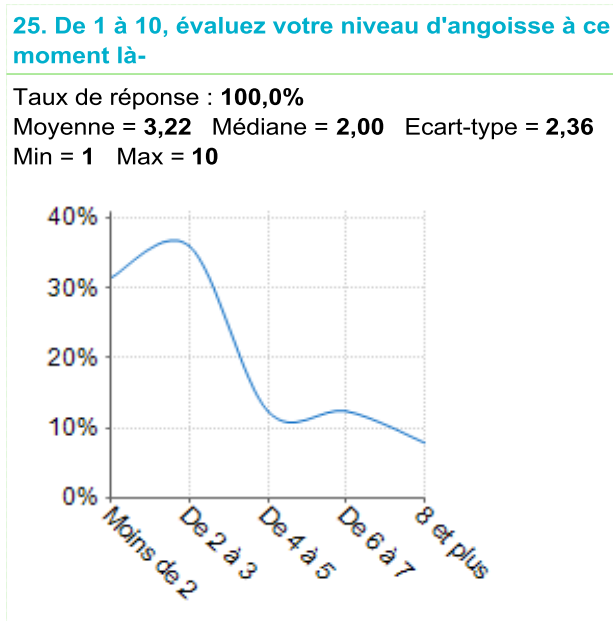


Figure 37 : Niveau d'angoisse au moment du repérage

iv. Qui aborde le sujet de la consommation ?

Parmi les repérés, 71,9% du groupe déclaraient avoir abordé 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).

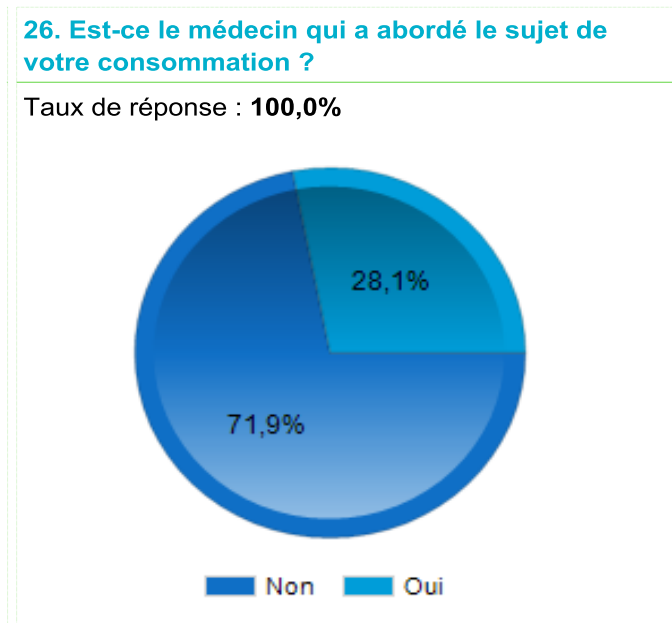


Figure 38 : Taux de repérage par le médecin

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.

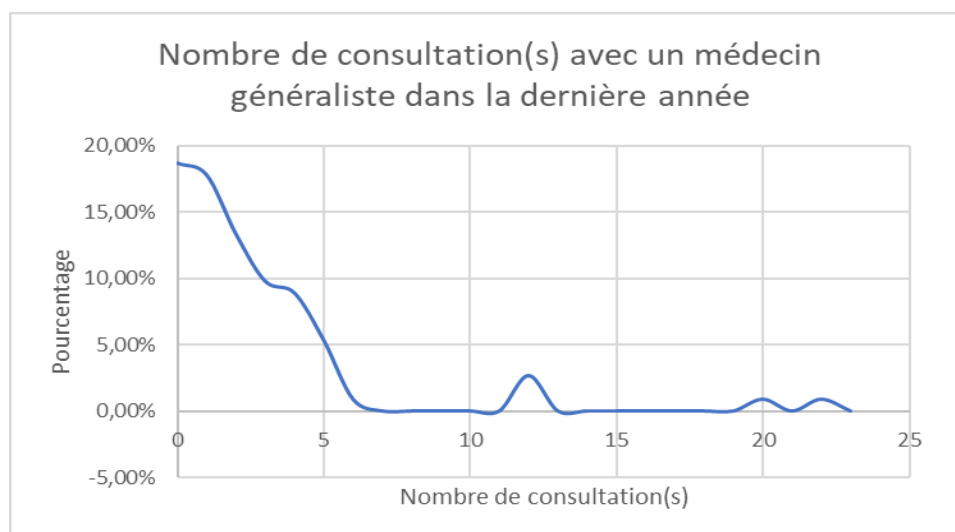


Figure 39 : Nombre de consultation(s) avec un médecin généraliste dans la dernière année

5. Les freins

i. Dans le groupe repéré

1. Les freins propres au patient

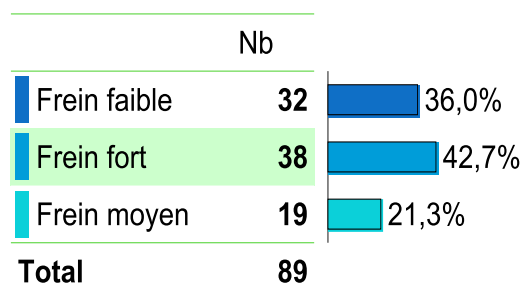
Le frein « cette consommation n'est pas un problème / pas besoin d'aide » était considéré comme un frein fort par 42,7% du groupe (n=38) et comme un frein moyen par 21,3% du groupe (n=19). 32 personnes ont considéré que c'était un frein faible, soit 36% du groupe.

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).

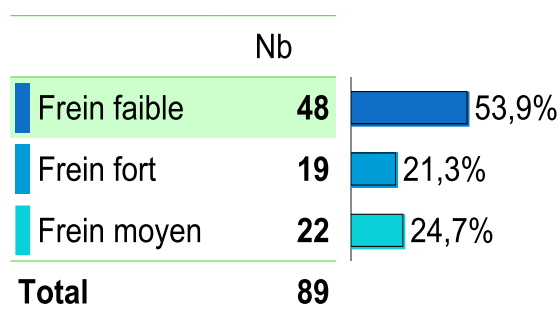
Frein : Cette consommation n'était pas un problème pour moi / Pas besoin d'aide

Taux de réponse : 100,0%



Frein : C'est au médecin de poser la question

Taux de réponse : 100,0%



Frein : Vente de cannabis associé à ma consommation

Taux de réponse : 100,0%

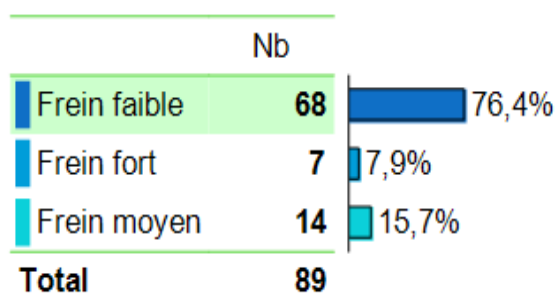


Figure 40 : Freins propres au patient dans le groupe repéré

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).

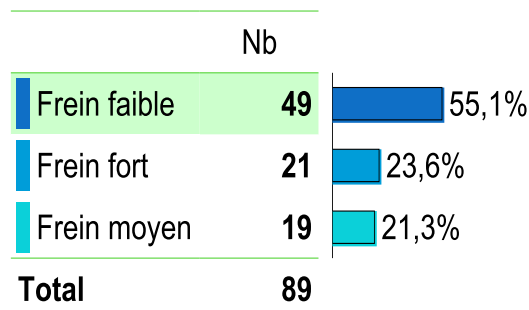
Frein : Manque de connaissance de mon médecin / Mon médecin n'a pas les moyens de m'aider / Ce n'est pas sa spécialité

Taux de réponse : 100,0%



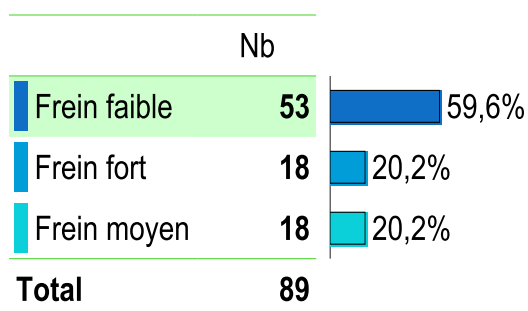
Frein : Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin

Taux de réponse : 100,0%



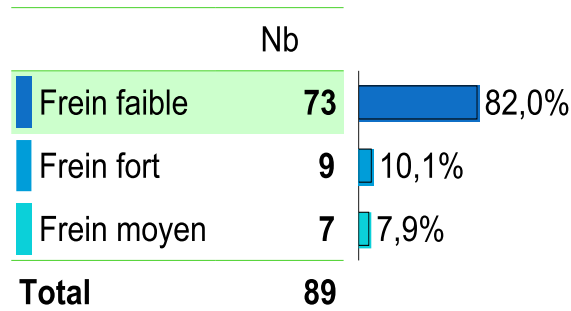
Frein : Pas assez proche de mon médecin

Taux de réponse : 100,0%



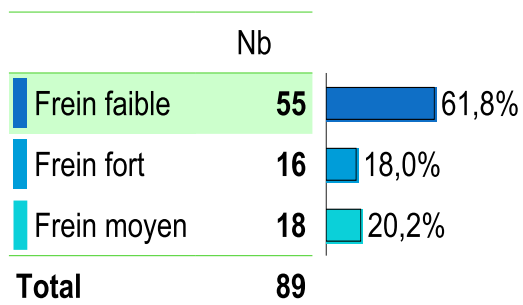
Frein : Trop proche de mon médecin

Taux de réponse : 100,0%



Frein : Manque de temps ou d'écoute du médecin

Taux de réponse : 100,0%



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

Taux de réponse : 100,0%

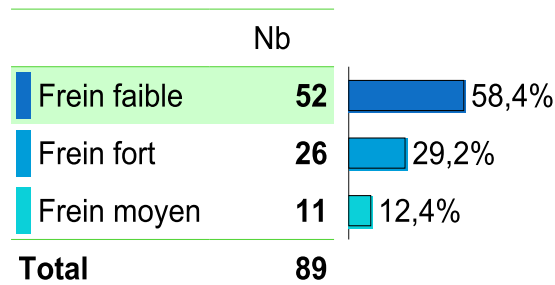


Figure 41 : Freins en lien avec la relation médecin patient dans le groupe repéré

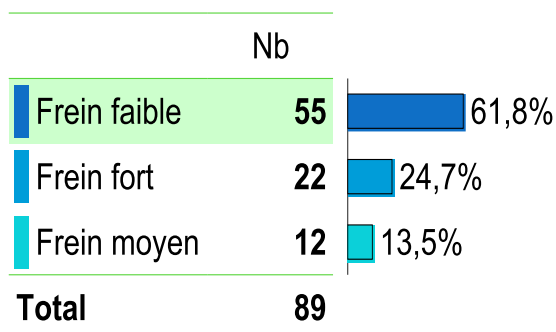
3. Les freins en lien avec le regard de la société

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).

Frein : C'est illégal

Taux de réponse : 100,0%



Frein : Peur que des personnes de mon entourage/famille l'apprennent

Taux de réponse : 100,0%

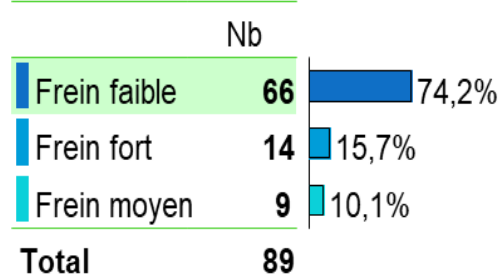


Figure 42 : Freins en lien avec le regard de la société dans le groupe repéré

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

$p = 0,01$; $\text{Khi}2 = 16,87$; $\text{ddl} = 6$ (TS)

La relation est très significative.

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

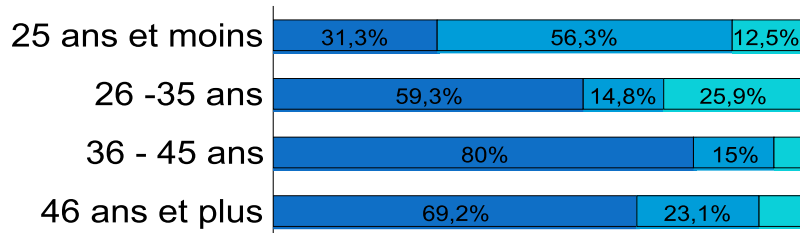


Figure 43 : Relation entre le frein "C'est illégal" et la tranche d'âge dans le groupe repéré

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

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

$p = 0,04$; $\text{Khi}2 = 6,40$; $\text{ddl} = 2$ (S)

La relation est significative.

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

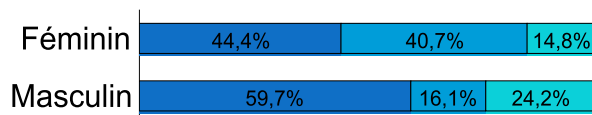


Figure 44 : Relation entre le frein "Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin" et le sexe dans le groupe repéré

Age de première consommation (en année), 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

$p = <0,01$; $\text{Khi}^2 = 33,89$; $\text{ddl} = 10$ (TS)

La relation est très significative.

Répartition en 6 classes de même amplitude

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

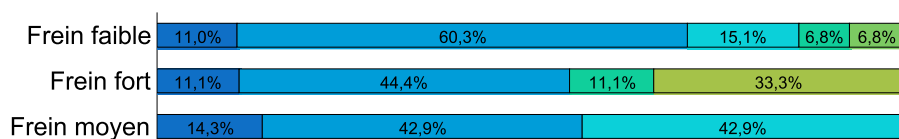


Figure 45 : Relation entre le frein "Trop proche de mon médecin" et l'âge de première consommation dans le groupe repéré

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.

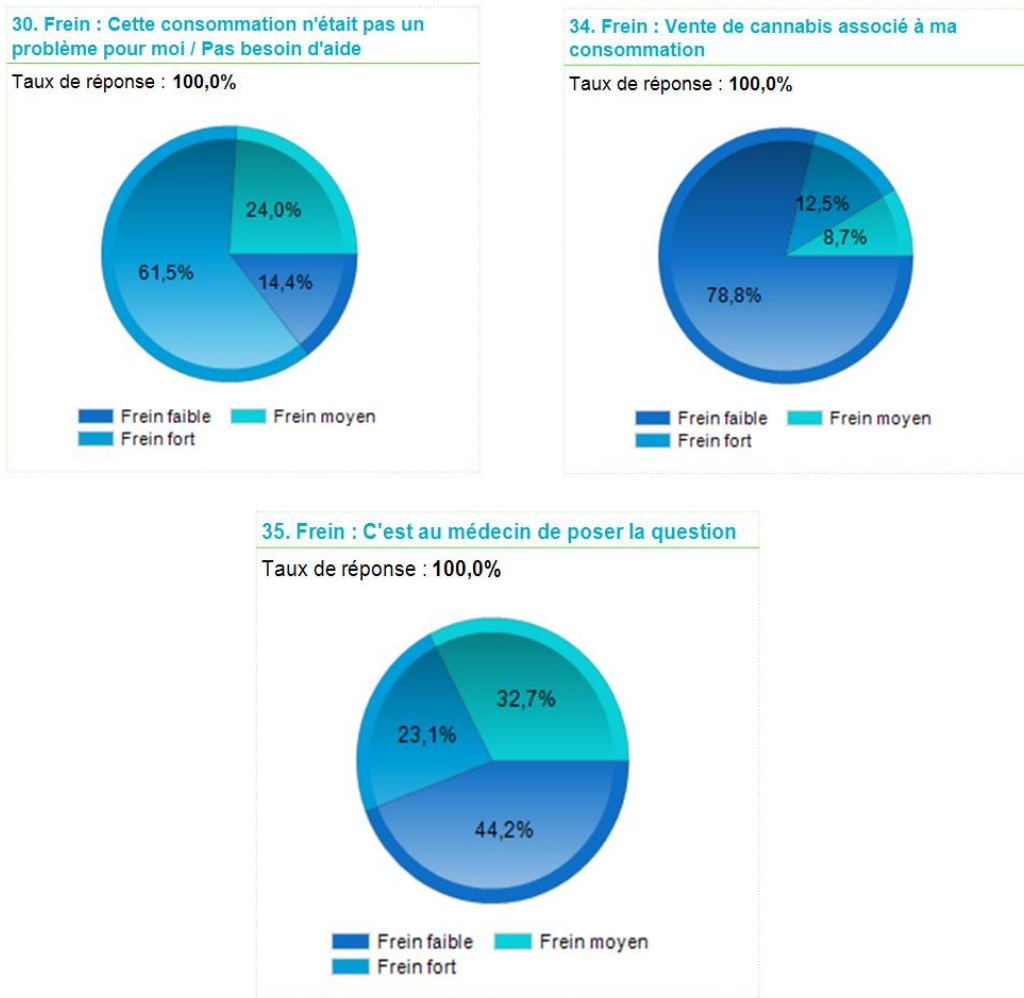


Figure 46 : Freins propres au patient dans le groupe non repéré

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.

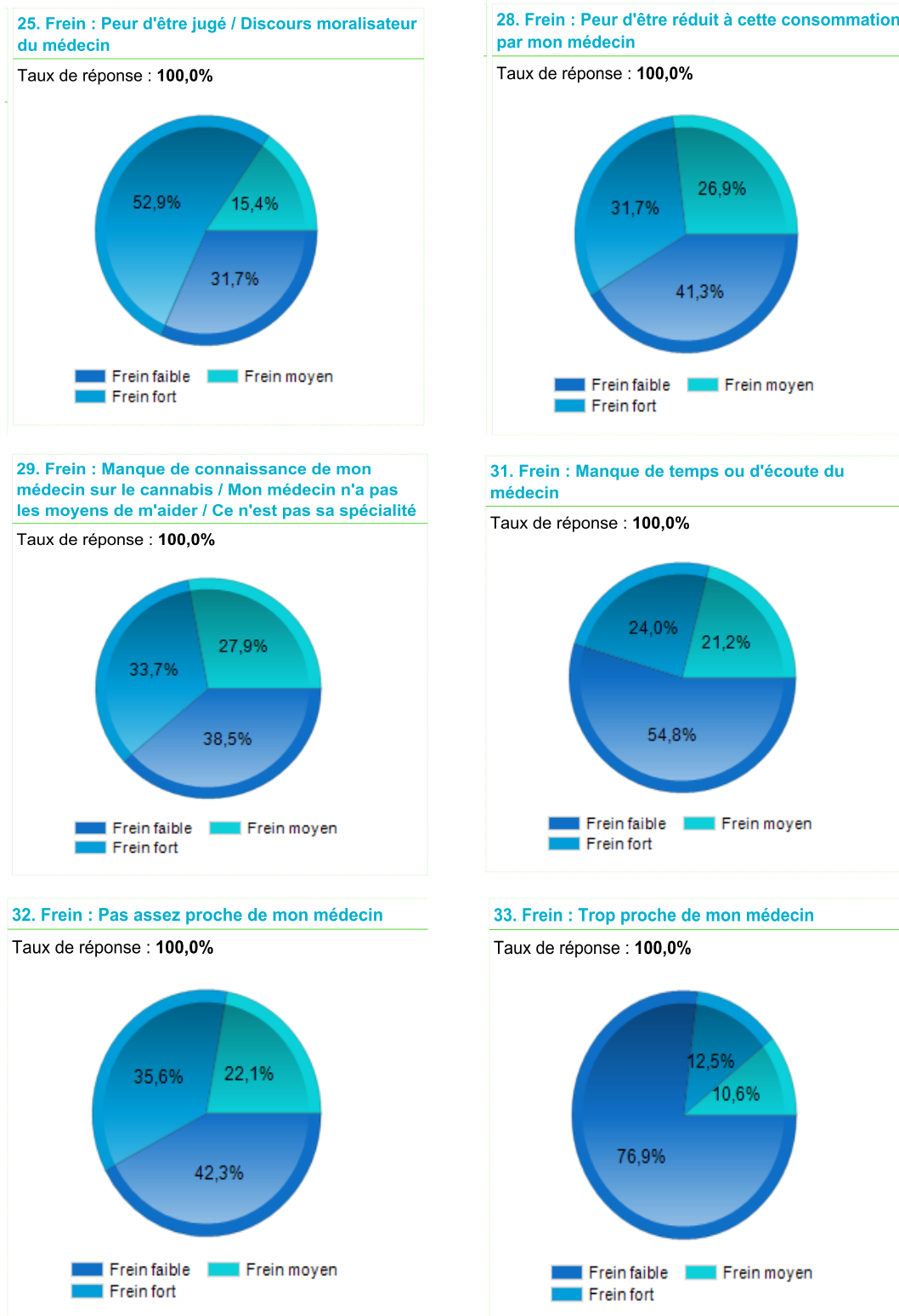


Figure 47 : Freins en lien avec la relation médecin-patient dans le groupe non repéré

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).

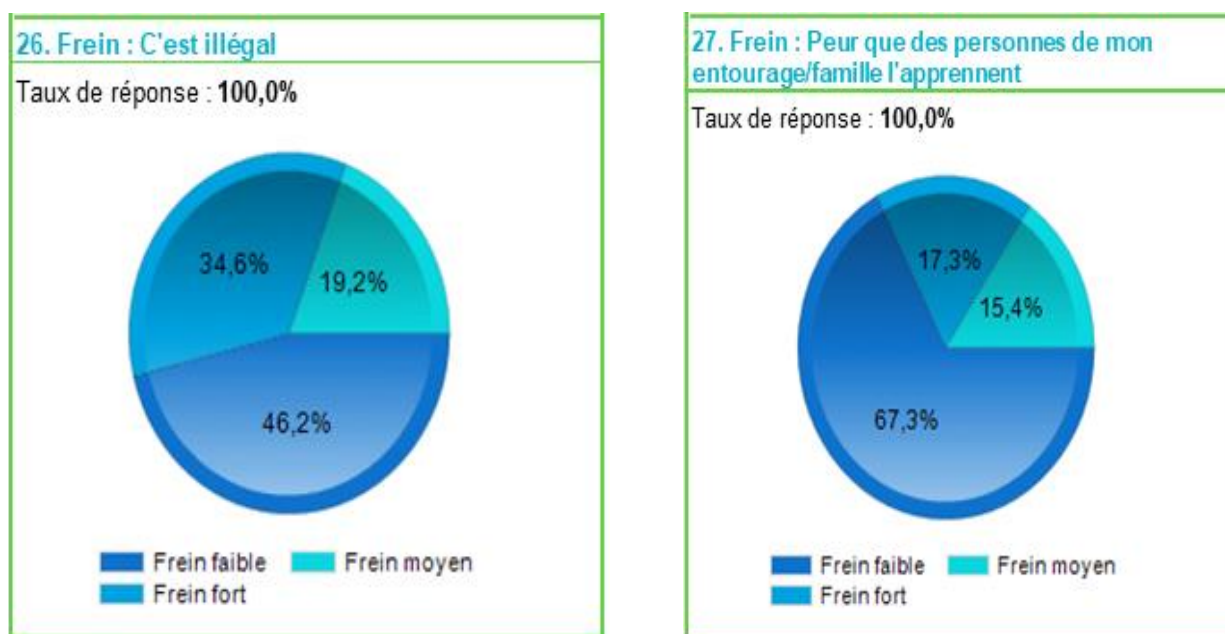


Figure 48 : Freins en lien avec le regard de la société dans le groupe non repéré

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 représentait 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-représentés 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-représentés dans la catégorie frein fort avec 15,4% ($n=2$) de l'effectif et ceux qui avaient un niveau BAC étaient sous-représentés 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-représentés avec 70,8% ($n=34$) de l'effectif. Dans ce groupe, la tranche d'âge « 25 ans et moins » était sous-représentée dans la catégorie frein faible, alors que la tranche d'âge 26-35 ans était sur-représentée dans cette même catégorie et sous-représentée 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-représentés 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

$p = <0,01$; $\text{Khi}^2 = 20,41$; $\text{ddl} = 2$ (TS)

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

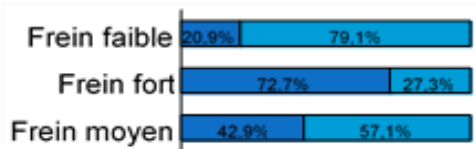


Figure 49 : Relation entre le frein "Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin" et le sexe

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

$p = 0,009$; $\text{Khi}^2 = 13,50$; $\text{ddl} = 4$ (TS)

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

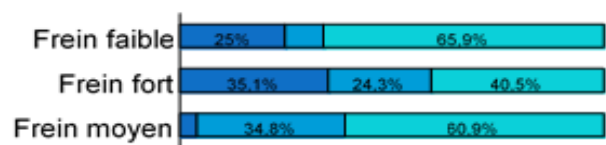


Figure 50 : Relation entre le frein "Pas assez proche de mon médecin" et le lieu de résidence

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

$p = 0,02$; $\text{Khi}2 = 14,52$; $\text{ddl} = 6$ (S)

La relation est significative.

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

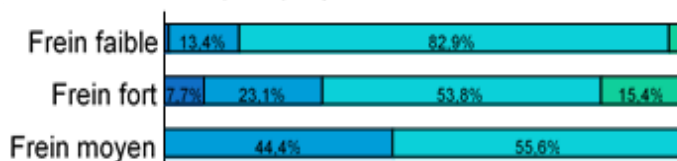


Figure 51 : Relation entre le frein "Vente associé à ma consommation" et le niveau d'étude

Sexe, Frein : C'est illégal

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

$p = 0,02$; $\text{Khi}2 = 7,59$; $\text{ddl} = 2$ (S)

La relation est significative.

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

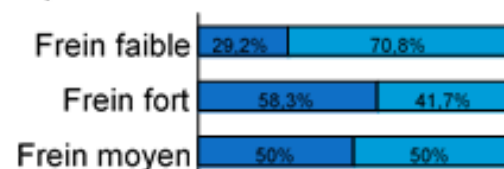


Figure 52 : Relation entre le frein "C'est illégal" et le sexe

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

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

$p = 0,05$; $\text{Khi}^2 = 6,06$; $\text{ddl} = 2$ (S)

La relation est significative.

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

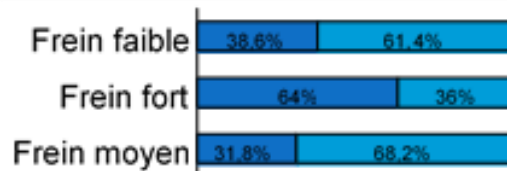


Figure 53 : Relation entre le frein "Manque de temps ou d'écoute du médecin" et le sexe

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

$p = 0,009$; $\text{Khi}^2 = 17,05$; $\text{ddl} = 6$ (TS)

La relation est très significative.

Les éléments sur (sous) représentés sont coloriés.

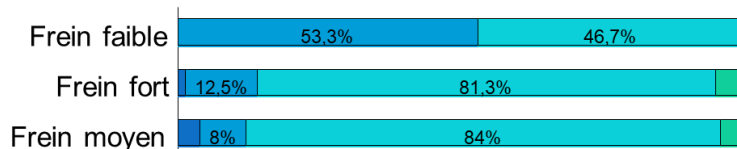


Figure 54 : Relation entre le frein "Pas besoin d'aide" et le niveau d'étude

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

$p = 0,03$; $\text{Khi}^2 = 7,27$; $\text{ddl} = 2$ (S)

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

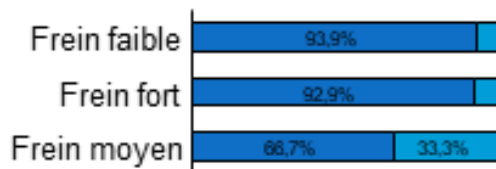


Figure 55 : Relation entre le frein "Peur que des personnes de mon entourage l'apprennent" et la condition étudiante

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

$p = 0,05$; $\text{Khi}^2 = 12,54$; $\text{ddl} = 6$ (PS)

La relation est peu significative.

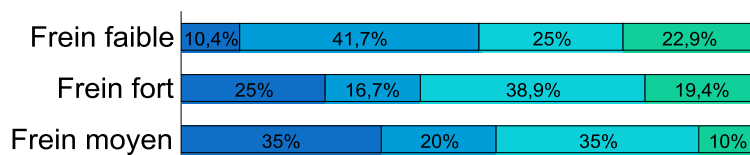


Figure 56 : Relation entre le frein "C'est illégal" et la tranche d'âge

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).

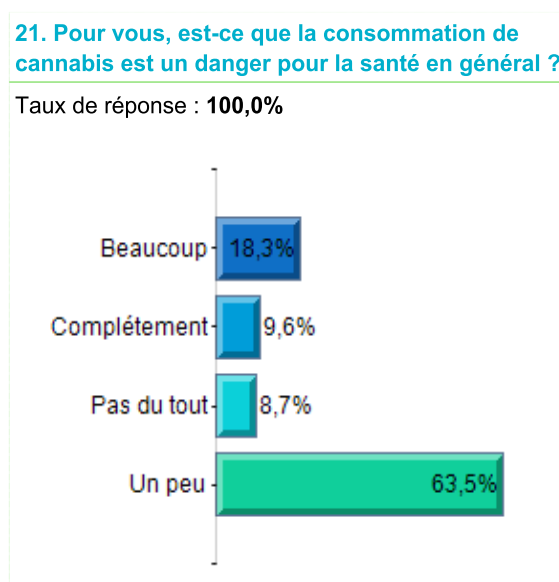
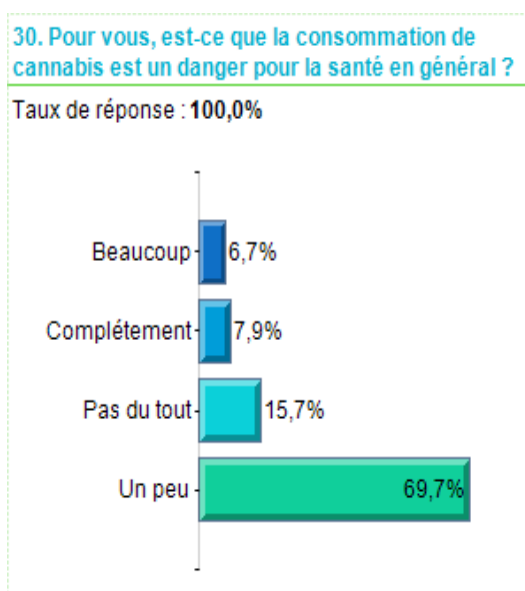


Figure 57 : Dangerosité du cannabis dans le groupe repéré Figure 58 : Dangerosité du cannabis dans le groupe non repéré

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).

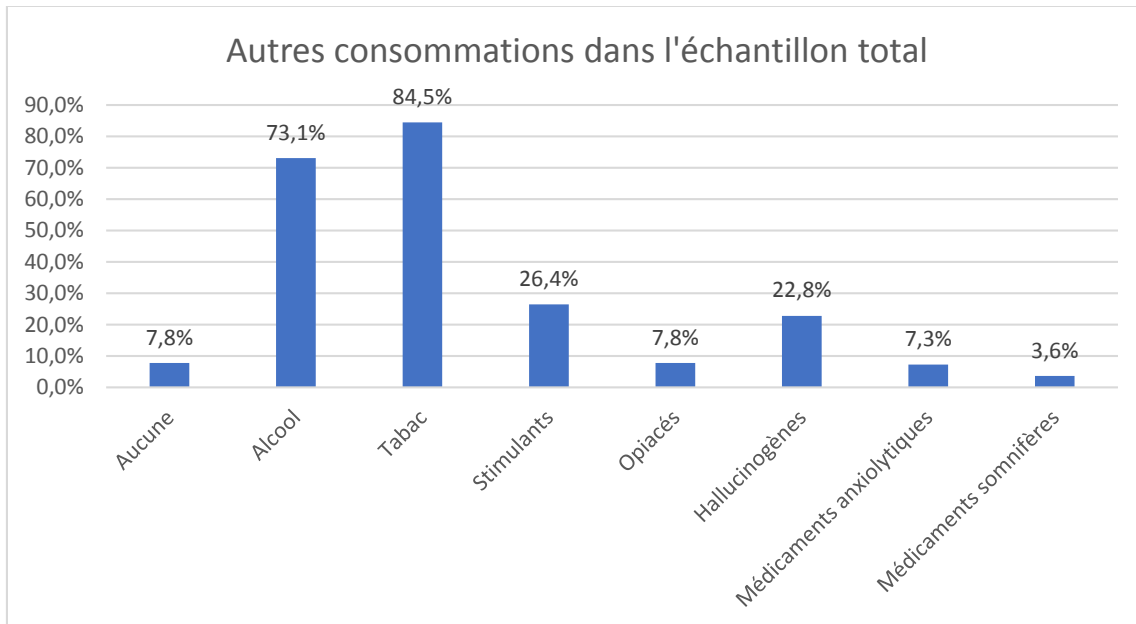


Figure 59 : Autres consommations dans l'échantillon global

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).

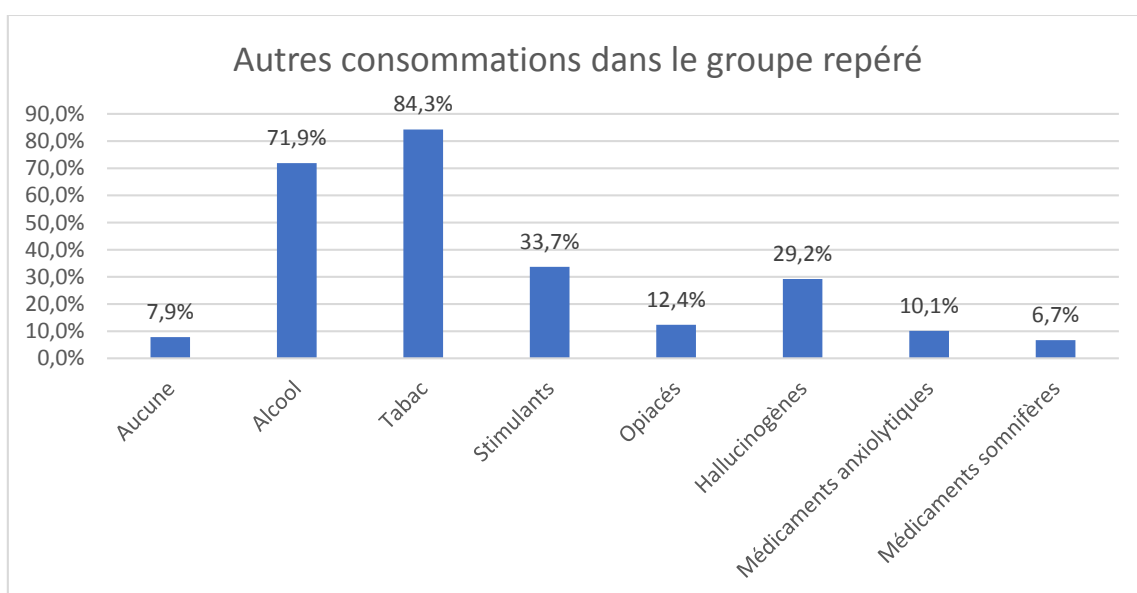


Figure 60 : Autres consommations dans le groupe repéré

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).

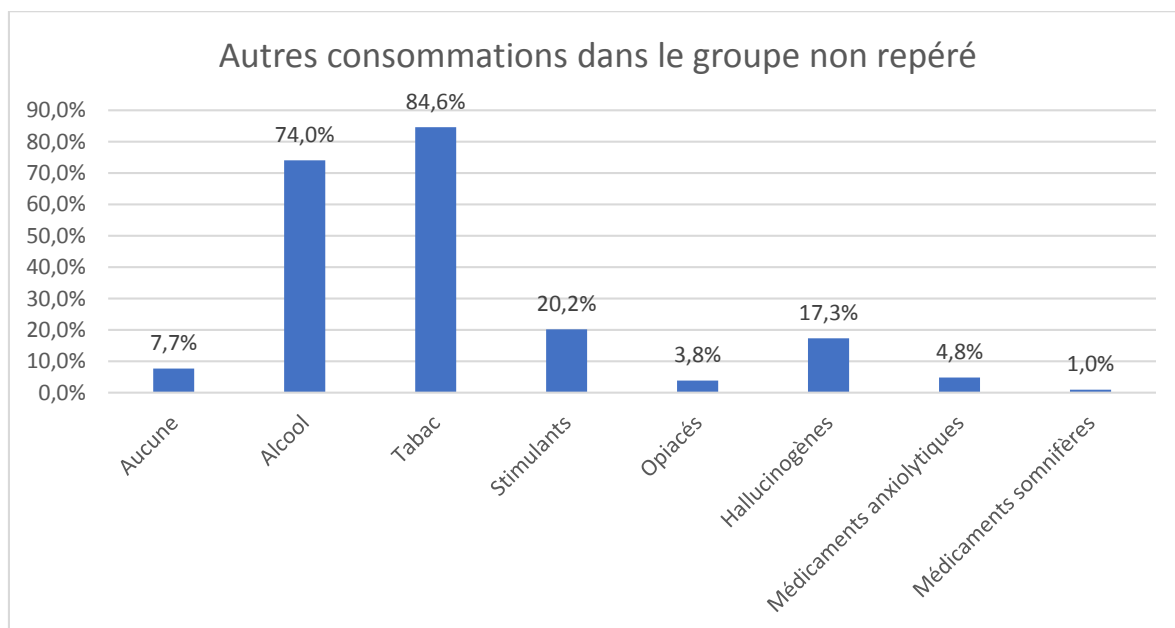


Figure 61 : Autres consommations dans le groupe non repéré

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.

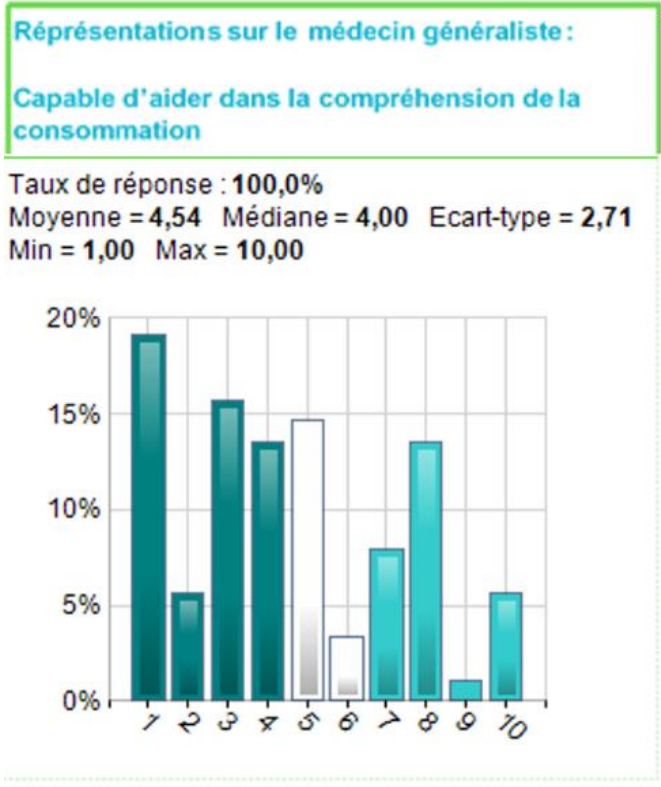


Figure 62 : Représentation sur la capacité du médecin généraliste à aider dans la compréhension de la consommation dans le groupe repéré

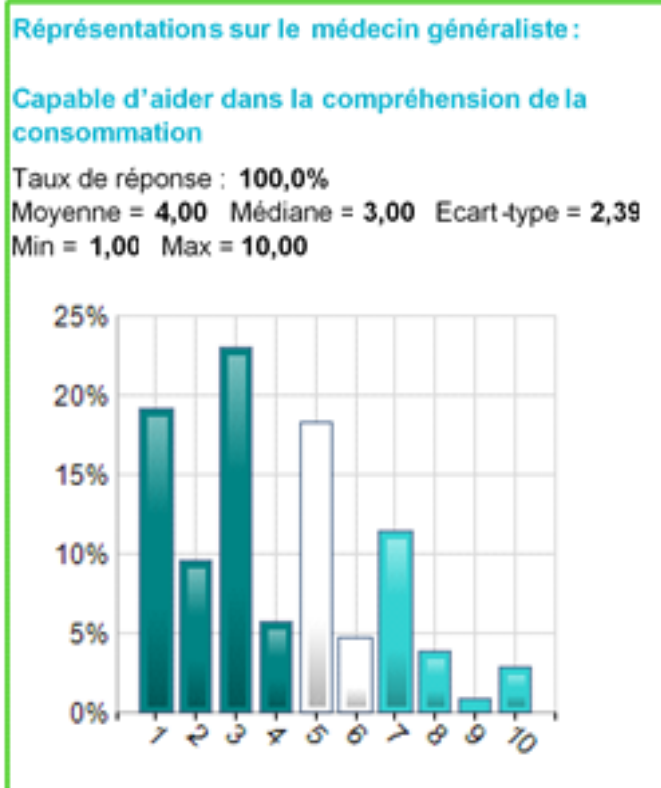


Figure 63 : Représentation sur la capacité du médecin généraliste à aider dans la compréhension de la consommation dans le groupe non repéré

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.

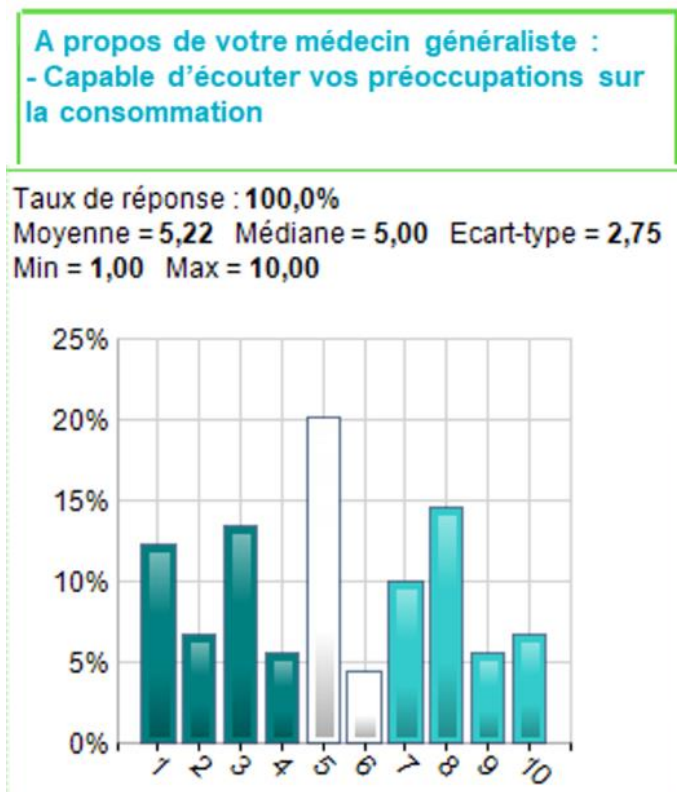


Figure 64 : Représentation sur la capacité du médecin généraliste à écouter les préoccupations sur la consommation dans le groupe repéré

**A propos de votre médecin généraliste :
- Capable d'écouter vos préoccupations sur
la consommation**

Taux de réponse **100,0%**
Moyenne = **5,37** Médiane = **5,00** Ecart-type = **2,71**
Min = **1,00** Max = **10,00**

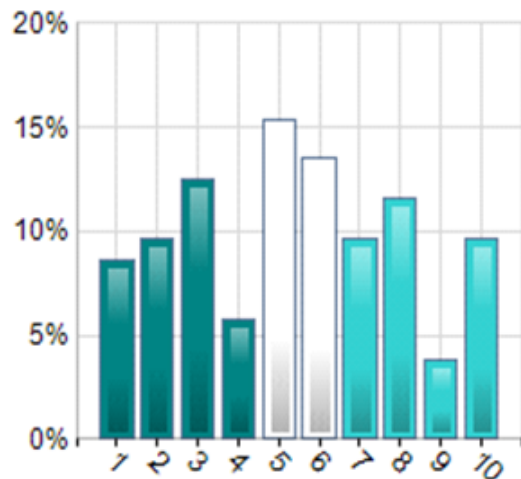


Figure 65 : Représentations sur la capacité du médecin généraliste à écouter les préoccupations sur la consommation dans le groupe non repéré

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.

A propos de votre médecin généraliste :
- Capable de tenir compte de vos préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge

Taux de réponse : **100,0%**
 Moyenne = **4,91** Médiane = **5,00** Ecart-type = **2,76**
 Min = **1,00** Max = **10,00**

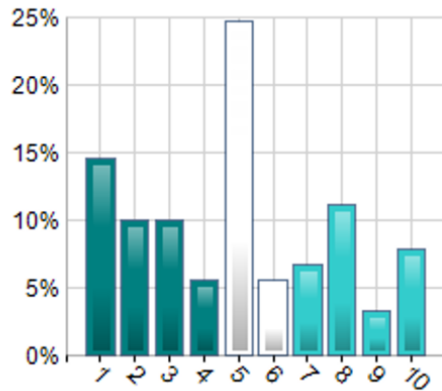


Figure 66 : Représentations sur la capacité du médecin généraliste à tenir compte des préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge dans le groupe repéré

A propos de votre médecin généraliste :
- Capable de tenir compte de vos préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge

Taux de réponse **100,0%**
 Moyenne = **4,73** Médiane = **5,00** Ecart-type = **2,42**
 Min = **1,00** Max = **10,00**

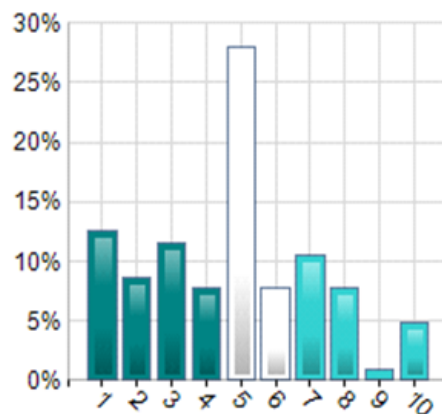


Figure 67 : Représentations sur la capacité du médecin généraliste à tenir compte des préoccupations pour décider de la suite de la prise en charge dans le groupe non repéré

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 trouvée 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 tabac⁶¹. 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 posée⁶³. 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), paraît 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 résonance 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 drogue⁶⁵. 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 Clemente⁶⁶. 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 apparaît 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 apparaît 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 patients⁶⁷. 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 sujet⁶⁸. 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 » avait 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 études⁶⁹. 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, 1^{er} 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 2014⁷⁶ 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 commercialisation⁷⁷. Le nombre d'accidents mortels de la route sous influence du cannabis a également augmenté de manière inquiétante⁷⁸.

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 drogues⁷⁹. 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 personne⁸⁰. 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 législation⁸¹ 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 retrouvée 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 évidence 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 entraîné 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 addictions⁸².

L'utilisation d'un auto-questionnaire portant sur des périodes parfois éloignées 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 paraît 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’Égypte Pharaonique. Traduction intégrale 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](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](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](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 Marijuana 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](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](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](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/cm030>.
- 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/lettretendances/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/OFTD : 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](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](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-marchés-les-tendances-recentes-2016-2017-tendances-121-decembre-2017/>.



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
- Complètement

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 ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Dans quelle mesure le pensez-vous capable d'écouter vos préoccupations concernant votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

c) Dans quelle mesure le pensez-vous capable de tenir compte de vos préoccupations pour décider de la suite de votre prise en charge ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------

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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
C'est illégal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur que des personnes de mon entourage/famille l'apprennent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Peur d'être réduit à cette consommation par mon médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
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	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cette consommation n'était pas un problème pour moi / Pas besoin d'aide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Manque de temps ou d'écoute du médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pas assez proche de mon médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Trop proche de mon médecin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vente de cannabis associé à ma consommation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est au médecin de poser la question	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Partie G: Caractéristiques socio-démographiques

G1. Sexe

Féminin

Masculin

G2. Quel est votre année de naissance ?

Remplissez l'année seulement.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------	----------------------



G3. Quelle a été l'origine principale de vos ressources ces 6 derniers mois ?	
Revenus d'emplois, de retraite ou pension d'invalidité	<input type="checkbox"/>
Allocations chômage / ASSEDIC	<input type="checkbox"/>
RSA	<input type="checkbox"/>
Autre prestation sociale (allocations)	<input type="checkbox"/>
Ressources provenant d'un tiers (parents, conjoint(e) etc.)	<input type="checkbox"/>
Autres ressources non officielles (deal, travail au noir)	<input type="checkbox"/>
Sans revenu	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
G4. Êtes-vous étudiant(e) actuellement	
Oui	<input type="checkbox"/>
Non	<input type="checkbox"/>
G5. Quel est votre niveau d'étude ?	
Brevet des collèges	<input type="checkbox"/>
Niveau BEP, CAP	<input type="checkbox"/>
Niveau BAC	<input type="checkbox"/>
Niveau BAC +2 et plus	<input type="checkbox"/>
G6. Où logez-vous en ce moment ?	
Logement durable (possibilité de rester plus de 6 mois dans ce logement)	<input type="checkbox"/>
Logement provisoire (impossibilité de rester plus de 6 mois dans ce logement)	<input type="checkbox"/>
Sans domicile	<input type="checkbox"/>
G7. Vivez-vous en milieu urbain, péri-urbain ou rural ?	
Milieu urbain (grande ville)	<input type="checkbox"/>
Milieu péri-urbain (ville moyenne ou petite ville)	<input type="checkbox"/>
Milieu rural	<input type="checkbox"/>



Merci d'avoir participé !

Si vous avez 2 ou plus de réponses positives aux questions sur la manière dont vous consommez (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 mœurs.

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.

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 de 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 traités 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 ajustée, 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