



HAL
open science

Approche des pratiques de prise en charge des consommateurs de cannabis par les médecins généralistes libéraux du Gard : analyse qualitative thématique par entretiens individuels semi-directifs

Marie Delorme

► To cite this version:

Marie Delorme. Approche des pratiques de prise en charge des consommateurs de cannabis par les médecins généralistes libéraux du Gard : analyse qualitative thématique par entretiens individuels semi-directifs. Médecine humaine et pathologie. 2019. dumas-02872041

HAL Id: dumas-02872041

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02872041>

Submitted on 17 Jun 2020

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.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - ShareAlike 4.0 International License

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marie DELORME

Le 11 décembre 2019

Approche des pratiques de prise en charge des consommateurs de
cannabis par les médecins généralistes libéraux du Gard :
analyse qualitative thématique par entretiens individuels semi-directifs

Directeur de thèse : **Dr Cyril RIVIECCIO**

Co-directrice de thèse : **Dr Mélanie KINNE**

JURY

Président :

Pr Michel AMOUYAL Professeur des Universités

Assesseurs :

Pr Jorge LOPEZ CASTROMAN Professeur des Universités - Praticiens Hospitalier

Dr Béatrice LOGNOS Maître de Conférence des Universités

Dr Cyril RIVIECCIO Maître de Stage Universitaire

Membre invité :

Dr Mélanie KINNE Praticien Hospitalier chargée d'enseignement

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE DE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

Marie DELORME

Le 11 décembre 2019

Approche des pratiques de prise en charge des consommateurs de
cannabis par les médecins généralistes libéraux du Gard :
analyse qualitative thématique par entretiens individuels semi-directifs

Directeur de thèse : **Dr Cyril RIVIECCIO**

Co-directrice de thèse : **Dr Mélanie KINNE**

JURY

Président :

Pr Michel AMOUYAL

Professeur des Universités

Assesseurs :

Pr Jorge LOPEZ CASTROMAN

Professeur des Universités - Praticiens Hospitalier

Dr Béatrice LOGNOS

Maitre de Conférence des Universités

Dr Cyril RIVIECCIO

Maitre de Stage Universitaire

Membre invité :

Dr Mélanie KINNE

Praticien Hospitalier chargée d'enseignement

ANNEE UNIVERSITAIRE 2018 – 2019

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves
 ALRIC Robert
 ARNAUD Bernard
 ASTRUC Jacques
 AUSSILLOUX Charles
 AVEROUS Michel
 AYRAL Guy
 BAILLAT Xavier
 BALDET Pierre
 BALDY-MOULINIER Michel
 BARMES Jean-Louis
 BARMES Pierre
 BANSARD Nicole
 BAYLET René
 BILLIARD Michel
 BLARD Jean-Marie
 BLAYAC Jean Pierre
 BLOTMAN Francis
 BONNEL François
 BOUDET Charles
 BOURGEOIS Jean-Marie
 BRUEL Jean Michel
 BUREAU Jean-Paul
 BRUNEL Michel
 CALLIS Albert
 CANAUD Bernard
 CASTELNAU Didier
 CHAPTAL Paul-André
 CIURANA Albert-Jean
 CLOT Jacques
 D'ATHIS Françoise
 DEMAILLE Jacques
 DESCOMPS Bernard
 DIMEGLIO Alain

DUBOIS Jean Bernard
 DUMAS Robert
 DUMAZER Romain
 ECHENNE Bernard
 FABRE Serge
 FREREBEAU Philippe
 GALIFER René Benoît
 GODLEWSKI Guilhem
 GRASSET Daniel
 GROLLEAU-RAOUX Robert
 GUILHOU Jean-Jacques
 HERTAULT Jean
 HUMEAU Claude
 JAFFIOL Claude
 JANBON Charles
 JANBON François
 JARRY Daniel
 JOYEUX Henri
 LAFFARGUE François
 LALLEMANT Jean Gabriel
 LAMARQUE Jean-Louis
 LAPEYRIE Henri
 LESBROS Daniel
 LOPEZ François Michel
 LORIOT Jean
 LOUBATIERES Marie Madeleine
 MAGNAN DE BORNIER Bernard
 MARY Henri
 MATHIEU-DAUDE Pierre
 MEYNADIER Jean
 MICHEL François-Bernard
 MICHEL Henri

MION Charles
 MION Henri
 MIRO Luis
 NAVARRO Maurice
 NAVRATIL Henri
 OTHONIEL Jacques
 PAGES Michel
 PEGURET Claude
 PELISSIER Jacques
 POUGET Régis
 PUECH Paul
 PUJOL Henri
 PUJOL Rémy
 RABISCHONG Pierre
 RAMUZ Michel
 RIEU Daniel
 RIOUX Jean-Antoine
 ROCHEFORT Henri
 ROSSI Michel
 ROUANET DE VIGNE LAVIT
 Jean Pierre
 SAINT AUBERT Bernard
 SANCHO-GARNIER Hélène
 SANY Jacques
 SEGNARBIEUX François
 SENAC Jean-Paul
 SERRE Arlette
 SIMON Lucien
 SOLASSOL Claude
 THEVENET André
 VIDAL Jacques
 VISIER Jean Pierre

Professeurs Émérites

ARTUS Jean-Claude
 BLANC François
 BOULENGER Jean-Philippe
 BOURREL Gérard
 BRINGER Jacques
 CLAUSTRES Mireille
 DAURES Jean-Pierre
 DAUZAT Michel
 DEDET Jean-Pierre
 ELEDJAM Jean-Jacques
 GUERRIER Bernard
 JOURDAN Jacques

MARES Pierre
 MAURY Michèle
 MILLAT Bertrand
 MAUDELONDE Thierry
 MONNIER Louis
 PREFAUT Christian
 PUJOL Rémy
 SULTAN Charles
 TOUCHON Jacques
 VOISIN Michel
 ZANCA Michel

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation
COLSON Pascal – Anesthésie-réanimation
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
COUBES Philippe – Neurochirurgie
COURTET Philippe – Psychiatrie d'adultes, addictologie
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
DEMOLY Pascal – Pneumologie, addictologie
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale
DUFFAU Hugues - Neurochirurgie
DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
ELIAOU Jean François - Immunologie
FABRE Jean Michel - Chirurgie générale
FRAPIER Jean-Marc – Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie
HAMAMAH Samir-Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
HEDON Bernard-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
HERISSON Christian-Médecine physique et de réadaptation
JABER Samir-Anesthésiologie-réanimation
JEANDEL Claude-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier-Réanimation ; médecine d'urgence
JORGENSEN Christian-Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KOTZKI Pierre Olivier-Biophysique et médecine nucléaire
LANDAIS Paul-Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
LEFRANT Jean-Yves-Anesthésiologie-réanimation
LE QUELLEC Alain-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
MERCIER Jacques - Physiologie
MESSNER Patrick – Cardiologie
MONDAIN Michel – Oto-rhino-laryngologie
PELLISSIER Jacques-Médecine physique et de réadaptation
RENARD Eric-Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale
REYNES Jacques-Maladies infectieuses, maladies tropicales
RIBSTEIN Jean-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
RIPART Jacques-Anesthésiologie-réanimation
ROUANET Philippe-Cancérologie ; radiothérapie
SCHVED Jean François-Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice-Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain -Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YCHOU Marc-Cancérologie ; radiothérapie

PU-PH de 1^{re} classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia-Hématologie ; transfusion
AVIGNON Antoine-Nutrition
AZRIA David -Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria-Pédopsychiatrie ; addictologie
BEREGI Jean-Paul-Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric-Chirurgie digestive
BOULOT Pierre-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CAMBONIE Gilles -Pédiatrie
CAMU William-Neurologie
CANOVAS François-Anatomie
CARTRON Guillaume-Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel-Chirurgie orthopédique et traumatologique
CHANQUES Gérald – Anesthésie-réanimation
CORBEAU Pierre-Immunologie
COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
CYTEVAL Catherine-Radiologie et imagerie médicale
DADURE Christophe-Anesthésiologie-réanimation
DAUVILLIERS Yves-Physiologie
DE TAYRAC Renaud-Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DEMARIA Roland-Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEREURE Olivier-Dermatologie – vénéréologie
DE VOS John – Cytologie et histologie
DROUPY Stéphane -Urologie
DUCROS Anne-Neurologie
GARREL Renaud – Oto-rhino-laryngologie
HAYOT Maurice - Physiologie
KLOUCHE Kada-Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel-Génétique moléculaire
LABAUGE Pierre- Neurologie
LAFFONT Isabelle-Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry-Cytologie et histologie
LAVIGNE Jean-Philippe – Bactériologie – virologie, hygiène hospitalière
LECLERCQ Florence-Cardiologie
LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire
LE MOING Vincent – Maladies infectieuses, maladies tropicales
LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan -Physiologie
MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
MORIN Denis-Pédiatrie
NAVARRO Francis-Chirurgie générale
PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PUJOL Jean Louis-Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal-Biologie cellulaire
PURPER-OUAKIL Diane-Pédopsychiatrie ; addictologie
QUERE Isabelle-Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
SOTTO Albert-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle-Génétique
TRAN Tu-Anh-Pédiatrie
VERNHET Hélène-Radiologie et imagerie médicale

PU-PH de 2^{ème} classe

ASSENAT Éric-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
 BOURDIN Arnaud-Pneumologie ; addictologie
 CANAUD Ludovic-Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
 CAPDEVIELLE Delphine-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 CAPTIER Guillaume-Anatomie
 CAYLA Guillaume-Cardiologie
 COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie
 COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale
 COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation
 DAIEN Vincent-Ophtalmologie
 DORANDEU Anne-Médecine légale -
 DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation
 FAILLIE Jean-Luc – Pharmacologie fondamentale, pharmacologie clinique, addictologie
 FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
 GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie
 GENEVIEVE David-Génétiq ue
 GODREUIL Sylvain-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
 GUILLAUME Sébastien-Urgences et Post urgences psychiatriques -
 GUILPAIN Philippe-Médecine Interne, gériatrie et biologie du vieillissement; addictologie
 GUIU Boris-Radiologie et imagerie médicale
 HERLIN Christian – Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique, brulologie
 HOUEDE Nadine-Cancérologie ; radiothérapie
 JACOT William-Cancérologie ; Radiothérapie
 JUNG Boris-Réanimation ; médecine d'urgence
 KALFA Nicolas-Chirurgie infantile
 KOUYOUMDJIAN Pascal-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 LACHAUD Laurence-Parasitologie et mycologie
 LALLEMANT Benjamin-Oto-rhino-laryngologie
 LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
 LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
 LONJON Nicolas - Neurologie
 LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
 LUKAS Cédric-Rhumatologie
 MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
 MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
 MORANNE Olivier-Néphrologie
 NAGOT Nicolas-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
 NOCCA David-Chirurgie digestive
 PANARO Fabrizio-Chirurgie générale
 PARIS Françoise-Biologie et médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale
 PASQUIE Jean-Luc-Cardiologie
 PEREZ MARTIN Antonia-Physiologie
 POUDEROUX Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
 RIGAU Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques
 RIVIER François-Pédiatrie
 ROGER Pascal-Anatomie et cytologie pathologiques
 ROSSI Jean François-Hématologie ; transfusion
 ROUBILLE François-Cardiologie
 SEBBANE Mustapha-Anesthésiologie-réanimation
 SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
 SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
 STOEBNER Pierre – Dermato-vénéréologie
 SULTAN Ariane-Nutrition
 THOUVENOT Éric-Neurologie
 THURET Rodolphe-Urologie
 VENAIL Frédéric-Oto-rhino-laryngologie
 VILLAIN Max-Ophtalmologie
 VINCENT Denis -Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

VINCENT Thierry-Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne-Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

1^{re} classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2^{ème} classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1^{re} classe :

LAMBERT Philippe

2^{ème} classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

DAVID Michel

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie

MEUNIER Isabelle – Ophtalmologie

MULLER Laurent – Anesthésiologie-réanimation

PERRIGAULT Pierre-François - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

BOULLE Nathalie – Biologie cellulaire

CACHEUX-RATABOUL Valère-Génétique

CARRIERE Christian-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

FABBRO-PERAY Pascale-Epidémiologie, économie de la santé et prévention

HILLAIRES-BUYS Dominique-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

GIANSILY-BLAIZOT Muriel – Hématologie, transfusion

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire

BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie

BRET Caroline -Hématologie biologique

COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire

GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie

GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire

LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion

LESAGE François-Xavier – Médecine et santé au travail

MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIÈRES Catherine-Biologie cellulaire
PHILIBERT Pascal-Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris-Physiologie
STERKERS Yvon-Parasitologie et mycologie
TUAILLON Edouard-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques-Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
DE JONG Audrey – Anesthésie-réanimation
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
HERRERO Astrid – Chirurgie générale
JEZORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
PANTEL Alix – Bactériologie-virologie, hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie – Thérapeutique, addictologie
SABLEWSKI Vanessa – Anatomie et cytologie pathologiques
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

Maîtres de conférence de 1^{ère} classe

COSTA David

Maîtres de conférence de 2^{ème} classe

FOLCO-LOGNOS Béatrice
OUDE-ENGBERINK Agnès

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SERAYET Philippe

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences
BERNEX Florence - Physiologie
CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé
CHAZAL Nathalie - Biologie cellulaire
DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire
GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques
LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques
LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

LE GALLIC Lionel - Sciences du médicament et autres produits de santé
LOZZA Catherine - Sciences physico-chimiques et technologies pharmaceutiques
MAIMOUN Laurent - Sciences physico-chimiques et ingénierie appliquée à la santé
MOREAUX Jérôme - Science biologiques, fondamentales et cliniques
MORITZ-GASSER Sylvie - Neurosciences
MOUTOT Gilles - Philosophie
PASSERIEUX Emilie - Physiologie
RAMIREZ Jean-Marie - Histologie
TAULAN Magali - Biologie Cellulaire

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

CLAIRE DAIEN-Rhumatologie
BASTIDE Sophie-Epidémiologie, économie de la santé et prévention
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
SOUCHE François-Régis – Chirurgie générale
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS :

Aux membres du jury :

A Monsieur le Professeur Michel Amouyal :

Merci de me faire l'honneur de présider ce jury de thèse et de juger mon travail. Votre expérience en médecine générale est capitale dans l'évaluation de celui-ci. Merci également pour votre engagement dans la formation des internes de la faculté de Montpellier-Nîmes. Veuillez trouver ici l'expression de mon profond respect.

A Monsieur le Professeur Jorge Lopez Castroman :

Vous me faites l'honneur d'être membre de ce jury et de donner votre avis éclairé sur mon travail. Vous avez témoigné d'un intérêt immédiat à l'égard de mon sujet de thèse et je vous en remercie. Soyez assuré de ma sincère reconnaissance.

A Madame le Docteur Béatrice Lognos :

Vous avez accepté de faire partie de mon jury de thèse et je vous en remercie. Merci également de votre implication dans la formation des internes de médecine générale en Languedoc-Roussillon. Veuillez recevoir ici l'expression de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Cyril Riviaccio, mon directeur de thèse :

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse et de m'avoir guidé dans ce travail. Merci aussi pour tes remarques toujours constructives, et pour la patience dont tu as su faire preuve à mon égard, lors de ce premier stage de médecine générale libérale, qui n'a pas été un long fleuve tranquille pour moi. Merci enfin pour ces jolies balades à moto, à l'occasion des visites à domicile !

A Madame le Docteur Mélanie Kinne, ma co-directrice :

Je te remercie d'avoir accepté de co-diriger ce travail. Ta disponibilité, ton soutien et tes précieux conseils m'ont bien aidé dans l'élaboration de cette thèse. Merci aussi pour ta pédagogie, toujours bienveillante, ta proximité avec les internes et l'entrain quotidien dont tu fais preuve à l'USMP de la maison d'arrêt de Nîmes.

Aux autres médecins et équipes soignantes rencontrés lors de mon internat :

Au Docteur Marion Dietrich :

Je retiens de ces six mois passés à tes côtés ta bienveillance, ta douceur... ton dynamisme et ta jolie façon de voir la vie aussi ! Je garde un très bon souvenir de ce stage « familial ».

Au Docteur Pascal Triouleyre :

Merci pour la confiance que tu m'as accordée, pour ton soutien et l'écoute dont tu as fait preuve au cours de ce stage qui a été pour moi révélateur de confiance, le premier où je me suis réellement sentie « médecin ».

Aux Docteurs Balducchi et Valette de la Protection Maternelle et Infantile du Gard :

Je vous remercie de m'avoir permis de découvrir autant que d'aimer cette vision humaniste de la médecine, centrée sur la mère et l'enfant. J'espère de tout cœur suivre vos traces...

Aux Docteurs Basseres et Charachon, respectivement dermatologue et ORL Nîmois :

Merci de m'avoir fait une place au sein de vos consultations bien remplies, et de m'avoir transmis une partie de votre expérience, en dermatologie et en ORL. Vous pratiquez votre métier avec passion, et je garde un très bon souvenir du temps passé en votre compagnie.

Aux Docteurs Hilaire et Lambremon de la maison d'arrêt de Nîmes :

Je garde en mémoire votre authenticité (on aime les marinières et les cheveux bleus par ici !) et votre grande disponibilité ; ça a été un véritable plaisir de travailler à vos côtés pendant six mois ; et à tout le reste de l'équipe de l'USMP : je garde un excellent souvenir de mon dernier semestre d'internat en grande partie grâce à vous ! Merci pour votre aide et votre bonne humeur à toute épreuve !

A ma famille :

A mes deux Vincent :

A mon frère, que j'aime de tout mon cœur ! Tu es un modèle pour moi, de par ton obstination, ton dynamisme et ta belle philosophie de vie. Je te souhaite tout le bonheur que tu mérites et beaucoup d'épanouissement dans ta vie personnelle et professionnelle. Tu seras toujours le bienvenu chez moi sur Nîmes (ou ailleurs !)

A mon amoureux, le meilleur ! Merci pour ton infaillible soutien depuis maintenant plus de 5 ans et pour tout le bonheur que tu m'apportes au quotidien. Tu es désormais mon pilier dans la vie et je n'imagine plus la vivre sans toi. J'ai hâte de mener de nouveaux projets à tes côtés. Je t'aime.

A mes parents, pour leur amour inconditionnel et leur soutien constant tout au long de ces études médicales, qui ont parfois été éprouvantes pour moi. Je me sens chanceuse de vous avoir comme parents ! Merci aussi pour votre éducation emplie d'amour et de tolérance, qui a grandement contribué à ce que nous sommes devenus, Vincent et moi.

Maman, merci particulièrement pour le dévouement dont tu fais preuve pour nous, et pour ces heures entières à me faire réciter les textes de Sciences Hu : c'était il y a plus de 10 ans déjà...

Papa, merci particulièrement pour ton courage au travail, et pour tes bons gâteaux cuisinés avec amour !

A François, notre petit ange protecteur,

A mes grands-parents disparus,

A mes tantes et oncles, Isabelle et François, Catherine et Claude, Marie-Françoise et Marc : je vous remercie pour les bons moments en famille que l'on a passés et que l'on continuera à passer ensemble !

Et particulièrement à Isabelle, ma marraine, pour ta force de caractère, ton soutien bienveillant et tes avis dermatologiques éclairés.

A ma cousine Claire, merci pour cette belle complicité partagée depuis l'enfance et qui perdure ; et à ton double maléfique Perly, parfois un peu (beaucoup ?) vulgaire mais qui est néanmoins une excellente coiffeuse !

A mes autres cousins et cousines : Matthieu, Rémi, Antoine, Mathilde, Paul, Charles, Pierre-Alexandre et Julie : merci pour tous ces moments joyeux passés en famille ; une pensée particulière pour la Corse qui nous est si chère du côté maternel.

A ma famille de cœur :

A mon parrain Luc, Sophie, Laura et Agnès : je vous remercie pour tous les bons moments que l'on a passés ensemble ; je les garde en précieux souvenirs et je prends énormément de plaisir à vous revoir !

A ma belle-famille :

A Monique, je mesure tous les jours ma chance d'avoir une belle-mère si gentille et attentionnée ; votre courage au travail et le dévouement dont vous faites preuve pour votre famille forcent mon admiration.

A Julien et Vanessa, Arnaud, Aurélie et Alison, merci pour votre accueil et votre gentillesse !

A Lena, quel plaisir de te voir grandir !

A mes amis :

Les amis d'enfance :

Clara, tu détiens le record de mon amitié la plus longue ! Nos différences font aujourd'hui la richesse de cette amitié qui perdure, pour mon plus grand plaisir. Je suis ravie de te voir épanouie et heureuse, à l'idée de ce nouveau rôle de maman qui se profile ; Je vous souhaite tout plein de bonheur dans cette nouvelle vie à trois, avec Jakub.

Camille et Tony, on remercie Clara de nous avoir fait rencontrer ! Je prends toujours un véritable plaisir à vous retrouver, autour d'une bière ou d'un thé désormais (merci le nouveau mode de vie de trentenaires !) ; merci de me faire partager vos découvertes musicales toujours plus pointues !

Ceux de l'époque marseillaise :

Victoria, ton amitié m'est si précieuse ! Tu es pleine de qualités, aussi belle à l'intérieur qu'à l'extérieur. Je suis ravie de te voir si régulièrement désormais ; je passe toujours d'excellents moments avec toi. Je te souhaite beaucoup de bonheur à l'avenir, tu le mérites plus que tout !

Lauriane, toujours souriante et affectueuse ! Je suis heureuse de te compter parmi mes amis. Même si nous nous sommes éloignés géographiquement, tu sais maintenir le lien et c'est toujours un

bonheur de te retrouver ! Je vous souhaite énormément de bonheur, avec Timothée, dans cette nouvelle vie à trois qui va très bientôt commencer pour vous.

Charlotte V, une amitié qui remonte au lycée ! Quel plaisir de te voir si épanouie et heureuse, dans ta nouvelle vie de maman, aux côtés de Marius et Romain (sans oublier Cali !) Je vous souhaite tout plein de bonheur en famille et j'espère que tu connaîtras bientôt l'épanouissement professionnel dans ce métier de photographe qui te colle à la peau (ou dans un autre d'ailleurs !)

Sandrine, la positivité à l'état pur ! La façon dont tu m'as épaulée en D4 m'a beaucoup touchée. J'apprécie ton entrain naturel, ta fidélité en amitié aussi. Je suis heureuse de te voir accomplie dans ton rôle de maman et c'est toujours aussi chouette de vous revoir, toi, Gabriel et Matthieu.

Charlotte D, une amitié qui remonte au collège ! Je suis heureuse d'avoir partagé de si jolis moments à tes côtés, tels que ton mariage. C'est toujours un plaisir de vous retrouver, avec Florian, même si c'est trop rare à mon goût !

Mathilde, la plus dévergondée de mes copines, enfin ça c'était avant ! Nous avons passé beaucoup de bons moments ensemble et je suis toujours contente de te revoir.

Felix, mon kiné préféré ! Bien que la vie nous ait un peu éloignés, je suis heureuse de te retrouver, périodiquement, pour une mise au point sur les derniers mois écoulés. Je te souhaite autant d'épanouissement personnel que professionnel, avec votre cabinet flambant neuf !

Magalie, le temps a passé depuis l'externat mais je suis toujours contente d'avoir de tes nouvelles !

Ceux « par alliance » :

Alexandra, Hugo et Lia : grâce à Vincent, vous faites désormais partie de ma vie, pour mon plus grand plaisir !

Ceux rencontrés en Languedoc-Roussillon :

A Alice et Sophie, mes plus jolies rencontres Nîmoises, qui sont devenues de véritables amies. Merci pour votre écoute toujours bienveillante, vos conseils judicieux, et votre réassurance dans les moments de doute. On a déjà passé de très jolis moments ensemble et nul doute qu'on en passera de plus beaux encore !

Sophie, merci particulièrement pour ton franc parler, et ta vision simple, mais surtout réaliste de la vie.

Alice, merci particulièrement pour ta douceur, et ton coaching sur le versant pédiatrique de ma quête professionnelle. Tu es la maman parfaite pour Louise, n'en doute jamais !

A François et Remy aussi, pour les bons repas partagés !

A Morgane, ma coloc préférée du 1er semestre et depuis peu ma future mariée préférée ! Je suis si heureuse de ces jolies perspectives qui s'annoncent pour toi, qui est devenue une amie. J'apprécie toujours les moments passés ensemble. Je vous souhaite le meilleur avec Sasha.

A Maimouna et Elyes, je suis ravie d'avoir un peu plus appris à vous connaître lors de notre escapade Marseillaise ; en espérant passer à nouveau de bons moments tous les quatre !

Celle rencontrée à Bordeaux :

A Anaïs, ma jolie rencontre bordelaise ! Toujours souriante, bienveillante, à l'écoute, j'espère que ce lien qui nous unit désormais durera longtemps. Je vous souhaite beaucoup de bonheur avec Antoine et dans l'immédiat un fabuleux voyage en Asie !

Les copains d'internat :

A Julia, Élise, Sara, Emma, Wesley, Martin, Benoît, Florian, Sophie et Arthur : je ne pouvais pas rêver meilleurs premiers compagnons d'internat ! Merci pour votre esprit de cohésion, votre bonne humeur, votre folie parfois (souvent en fait, on remercie Julia !) Je garde en précieux souvenirs tous ces moments de franche rigolade. Grâce à vous, j'ai pu franchir ce cap externat/internat que j'appréhendais tant avec plus de douceur.

A Mailys, tu as été mon compagnon d'infortune aux urgences... Je suis toujours contente de te revoir dans de meilleures conditions !

Aux patients :

A ceux qui m'ont fait confiance et à ceux qui continueront à le faire.

Sommaire :

LISTE DES FIGURES :	17
LISTE DES ABREVIATIONS :	18
I. INTRODUCTION :	19
A. La consommation de cannabis, un enjeu de santé publique :	19
1. Épidémiologie :	19
2. Les différentes formes de cannabis :	20
3. Les conséquences médico-psycho-sociales de la consommation du cannabis :	21
4. Les différents niveaux d'usage du cannabis :	26
B. L'implication du médecin généraliste dans la prise en charge des consommations de cannabis :	30
1. Les compétences spécifiques du médecin généraliste :	30
2. Des outils de dépistage nombreux à la disposition des médecins généralistes :	32
3. Une conduite à tenir « standardisée » proposée en médecine générale :	33
4. Les différentes techniques d'intervention reconnues en addictologie :	34
C. Les études déjà menées sur le sujet :	36
D. Question de recherche et objectifs :	38
II. METHODOLOGIE :	39
A. Équipe de recherche :	39
B. Conception de l'étude :	40
1. Cadre théorique : une étude qualitative thématique	40
2. Sélection des participants :	40
3. Contexte :	41
4. Recueil des données :	42
5. Analyse des données :	45
6. Aide à l'écriture de la thèse et à la recherche bibliographique :	46

III.	RESULTATS :	47
A.	Caractéristiques des participants :	47
B.	Résultats généraux :	49
C.	Le repérage précoce : un profil-type de consommateurs.....	50
D.	Un abord variable de la consommation :	53
E.	Une évaluation bien menée de la consommation :	56
F.	Une prévention inconstante :	58
G.	Une prise en charge « active » adaptée :	60
H.	Une orientation « standardisée » des consommateurs :	63
I.	Freins à la prise en charge en cabinet :	68
IV.	DISCUSSION :	77
A.	Forces et limites de l'étude :	77
1.	Forces :	77
2.	Limites :	78
B.	Résultats commentés et comparés à la littérature :	79
1.	A propos de l'objectif principal :	79
2.	A propos de l'objectif secondaire :	89
V.	CONCLUSION	95
VI.	BIBLIOGRAPHIE :	97
VII.	ANNEXES.....	102
	SERMENT.....	114
	PERMIS D'IMPRIMER.....	115
	RESUME ET MOTS-CLES :	116

LISTE DES FIGURES :

Figure 1 : Répartition des consommateurs de cannabis par tranche d'âge pour les années 2010, 2014 et 2017	20
Figure 2 : La pyramide de Skinner	27
Figure 3 : La marguerite des compétences des médecins généralistes.....	31
Figure 4 : Extrait de « 13 situations types que doivent maîtriser tout médecin généraliste ».....	32
Figure 5 : Arbre décisionnel en pratique courante de médecine générale pour évaluer la consommation et les répercussions de l'usage de cannabis	34
Figure 6: Le cycle du changement selon Prochaska et DiClemente.....	35
Figure 7: Diagramme récapitulatif des pratiques de PEC des consommateurs de cannabis.....	67
Figure 8: Diagramme récapitulatif des freins à la PEC des consommateurs de cannabis en cabinet	76

LISTE DES ABREVIATIONS :

- APA : Association Américaine de Psychiatrie
- CAST : Cannabis Abuse Screening Test
- CHU : Centre Hospitalo-Universitaire
- CIM : Classification Internationale des Maladies
- CJC : Consultations Jeunes Consommateurs
- CNGE : Collège National des Généralistes Enseignants
- CSAPA : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
- CUDIT : Cannabis Use Disorders Identification Test
- DETC : Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis (version française du CAGE- Cannabis)
- DMG : Département de Médecine Générale
- DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
- DU : Diplôme Universitaire
- ECN : Examen National Classant
- EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
- EMCDDA : European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction
- FMC : Formation Médicale Continue
- GEPT : Groupes d'Échange de Pratiques Tuteurés
- HAS : Haute Autorité de Santé
- ISRS : Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine
- MDFT : MultiDimensional Family Therapy
- MG : Médecine Générale
- OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
- OMS : Organisation Mondiale de la Santé
- PEC : Prise en charge
- TCC : Thérapies Cognitives et Comportementales
- THC : delta9-Tétra-Hydro-Cannabinol
- TLUC : Trouble Lié à l'Usage de Cannabis
- UNODC : United Nations Office on Drugs and Crime
- USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire
- SASPAS : Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée

I. INTRODUCTION :

A. La consommation de cannabis, un enjeu de santé publique :

1. Épidémiologie :

Dans le monde :

Le cannabis est la substance illicite la plus consommée dans le monde. 3,8% de la population mondiale, soit environ 183 millions de personnes, ont consommé du cannabis courant 2015, selon un rapport de 2017 de l'Office des Nations-Unis contre la Drogue et le Crime (1) (UNODC pour « United Nations Office on Drugs and Crime »). Le cannabis arrive ainsi, et de loin, en tête des substances illicites consommées mondialement, devant les amphétamines et autres psychostimulants (37 millions d'utilisateurs), les opioïdes (35 millions d'utilisateurs) ou l'ecstasy (22 millions d'utilisateurs).

En Europe :

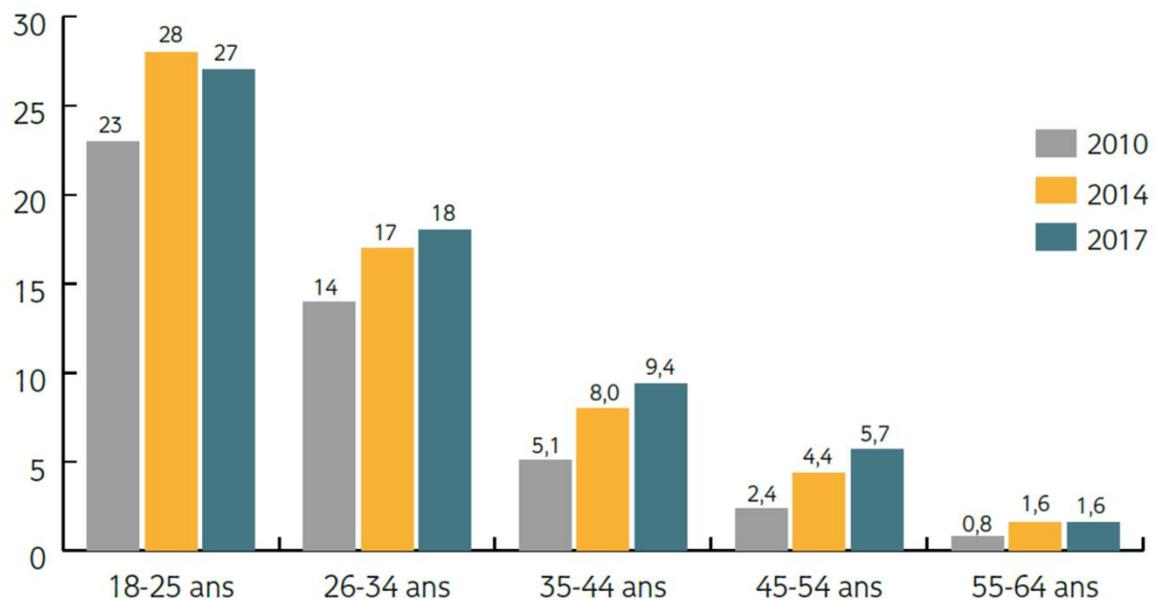
Le dernier rapport de l'« European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction » (EMCDDA) (2), intitulé « The European School Survey Project on Alcohol and other Drugs » date de 2015. Un questionnaire anonyme sur l'usage d'alcool, de tabac et de drogues illicites, parmi lesquelles figure le cannabis, a été rempli par des étudiants ayant eu 16 ans au cours de l'année civile de l'enquête. Au total, 96 043 étudiants de 35 pays européens ont répondu à cette enquête : concernant l'usage de cannabis, la France se classe parmi les pays ayant la plus haute prévalence de consommateurs, avec le Liechtenstein ou encore Monaco. Elle est également le premier pays consommateur de cannabis dans les 30 derniers jours, avec 17% de consommateurs pour une moyenne continentale à 7%. En Europe, les garçons sont plus fréquemment consommateurs que les filles (8% versus 5% au cours du dernier mois). Le taux de consommation de cannabis en Europe a ainsi augmenté de 4 à 7% pour un usage dans le dernier mois et de 11 à 16% pour un usage au moins une fois dans la vie, en 30 ans.

En France :

En France, l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) effectue différentes enquêtes pour suivre l'évolution des consommations (3). Une étude réalisée en 2016 (4) révèle que

42% des adultes de 18 à 64 ans ont déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie. Cette expérimentation est plus souvent retrouvée chez les hommes (51%) que chez les femmes (34%). L'usage régulier, défini par au moins 10 consommations dans les 30 derniers jours, est étonnamment en baisse depuis 2000 en France chez les adolescents de 17 ans, selon cette étude. En effet, si 10% des adolescents de 17 ans déclaraient fumer régulièrement du cannabis en 2014, ils ne sont plus que 7,2% à le déclarer en 2017. La différence se fait chez les garçons (15% versus 10%), alors que chez les filles, l'usage régulier de cannabis est resté stable (5%). Enfin, les 18-25 ans sont les plus gros consommateurs de cannabis en France et représentent à eux seuls 27% de l'ensemble des consommateurs en 2017.

Part des consommateurs de cannabis au cours de l'année selon l'âge entre 2010 et 2017 (en %)



Source : Baromètres santé 2010, 2014 et 2017, exploitation OFDT

Figure 1 : Répartition des consommateurs de cannabis par tranche d'âge pour les années 2010, 2014 et 2017

2. Les différentes formes de cannabis :

Le cannabis naturel, issu de la plante Cannabis Sativa, peut se présenter sous différentes formes : l'herbe de cannabis, la résine de cannabis ou encore l'huile de cannabis.

A la plante, s'ajoutent les cannabinoïdes de synthèse, dont la production clandestine est en plein essor dans le monde. Globalement, la concentration de ces substances en principe actif, communément appelé THC pour delta9-Tétra-Hydro-Cannabinol, tend à augmenter. Ce dernier, en

agissant sur les récepteurs cannabinoïdes CB1 et CB2, régulateurs de la neurotransmission glutamatergique et GABA, est responsable des effets neuropsychiques du cannabis, effets détaillés ci-après.

Le cannabis est principalement consommé en étant fumé ou ingéré. Le mode de consommation le plus répandu est la combustion, c'est-à-dire le fait de fumer l'herbe ou la résine de cannabis, le plus souvent mélangée à du tabac, sous forme de joints. Plus rarement, il est utilisé via une pipe, une pipe à eau (bang ; douilles) (5), ou encore ingéré sous forme de « spacecakes ».

3. Les conséquences médico-psycho-sociales de la consommation du cannabis :

a. **Syndrome d'intoxication aiguë ou ivresse cannabique :**

Les effets psychoactifs du cannabis fumé sont connus de longue date : en effet, ils étaient déjà décrits dans la thèse de Moreau de Tours intitulée « Du haschich et de l'aliénation mentale » (6) en 1845. Ils apparaissent au bout de 15 à 20 minutes chez un consommateur occasionnel, un peu plus tardivement chez un usager régulier.

Sur le plan neuropsychique, l'ivresse cannabique est d'abord marquée par un sentiment de bien-être, une euphorie modérée, qui peut laisser place à une sédation, cela pouvant contraster avec des accès de rire.

Il peut apparaître une perception sensorielle accrue, une dissociation idéique, des symptômes anxieux voire des hallucinations, de manière inconstante.

De plus, une altération de la coordination motrice avec un temps de réaction augmenté et des difficultés dans la réalisation de tâches complexes peuvent être également observées, selon la dose absorbée et la tolérance du consommateur. Enfin, des troubles de la mémoire à court terme et des troubles de l'attention peuvent être constatés (7).

Sur le plan somatique, les signes physiques de l'intoxication cannabique sont mineurs : on peut principalement observer une hypotension orthostatique, une tachycardie, des céphalées, une hyperhémie conjonctivale, une sécheresse buccale, ou encore une sensation de faim, en fonction de l'individu (8).

b. Troubles psychiatriques liés à l'usage :

Troubles AIGUS

- L'attaque de panique :

Bien que le cannabis puisse avoir un rôle anxiolytique à court terme, il est paradoxalement souvent responsable d'un état d'angoisse aiguë, allant jusqu'à l'attaque de panique, qui est la complication psychiatrique la plus fréquente. Elle est souvent observée chez le primo-consommateur, et son évolution est spontanément favorable en quelques heures, de manière concomitante à l'élimination du THC (8).

- La psychose cannabique aiguë ou pharmacopsychose :

Le cannabis peut être à l'origine de symptômes psychotiques aigus à type d'état délirant aigu avec hallucinations visuelles ou auditives et troubles du comportement, regroupés sous le terme de pharmacopsychose ou psychose cannabique aiguë. Il s'agit d'un trouble peu fréquent et d'évolution brève.

Troubles CHRONIQUES

- Le syndrome amotivationnel :

Le syndrome amotivationnel est caractéristique de la consommation chronique de cannabis. Il est composé de différents symptômes tels que l'anhédonie, le désintérêt, le détachement émotionnel, la perte de l'initiative, l'apragmatisme, la passivité, l'apathie, l'appauvrissement intellectuel et, à terme, le retrait social. Il régresse en quelques semaines après l'arrêt de la consommation (9).

- Les troubles anxieux :

La consommation de cannabis chez les adolescents constitue un facteur de risque de développement de troubles anxieux, et cela de manière d'autant plus marquée que la consommation est précoce (10). De même, une association, faible mais existante, entre usage de cannabis et développement de symptômes anxieux a été prouvée en population générale (11).

- La dépression :

Le lien entre consommation de cannabis et dépression n'est pas évident chez l'adulte (12). Cependant, il semble qu'une consommation importante de cannabis chez l'adolescent augmente le risque de dépression, et ce d'autant plus que la consommation est débutée précocement (9).

- La suicidalité :

De nombreuses études ont été menées sur le lien présumé entre consommation de cannabis et suicide. Chabrol et al. (13) ont montré une fréquence plus importante de suicide chez les adolescents consommateurs de cannabis.

Cependant, cette relation semble davantage liée aux co-morbidités psychiatriques retrouvées chez les consommateurs de cannabis d'une part, et aux milieux socio-démographiques souvent défavorisés dont ils sont issus, qui les associent de fait à un risque plus élevé de tentative de suicide, d'autre part (14), qu'à la substance consommée en elle-même.

- Cannabis et troubles de l'humeur :

Le lien entre cannabis et troubles de l'humeur reste controversé. Le cannabis posséderait selon certains un effet antidépresseur, voire même hypomaniaque.

- Cannabis et schizophrénie :

D'une part, le cannabis induit des symptômes proches de ceux de la schizophrénie, c'est-à-dire des symptômes positifs (délirants) et négatifs (repli ; isolement). D'autre part, les patients souffrant de troubles psychotiques, y compris de schizophrénie, sont plus souvent consommateurs de cannabis. Il est donc très difficile de distinguer la part imputable au THC dans l'apparition et le maintien d'un tel trouble psychotique.

Selon une étude néozélandaise datant de 2002 (15), le cannabis peut accélérer l'entrée dans la maladie chez les sujets prédisposés : en effet, une consommation initiée avant l'âge de 15 ans serait un facteur de risque de développer une schizophrénie à l'âge adulte. De plus, le cannabis serait un facteur de mauvais pronostic sur l'évolution de la maladie, induisant davantage d'hospitalisations psychiatriques, une désinsertion sociale plus importante, mais aussi des idées suicidaires plus marquées.

D'autres auteurs sont plus partagés en ce qui concerne l'existence de maladies schizophréniques induites par le cannabis (16).

c. Troubles neuropsychiques et cognitifs liés à l'usage :

Les récepteurs cannabinoïdes sont présents en grand nombre dans les régions corticales et sous-corticales impliquées dans l'apprentissage, la mémoire, l'attention (cortex frontal ; hippocampe ; amygdale) mais aussi dans la coordination motrice (cervelet ; cortex) (8). Ainsi, en cas de

consommation aiguë ou chronique de cannabis, c'est l'ensemble de ces fonctions qui sont altérées, de manière plus ou moins durable (16).

De nombreuses études portent sur les conséquences cognitives de la consommation chronique de cannabis. Elles ont montré une association significative entre cette consommation et une altération des performances cognitives avec notamment des troubles de la mémoire, des troubles des fonctions exécutives et des difficultés attentionnelles. L'intensité de ces perturbations semble dépendre de plusieurs facteurs, dont la quantité de cannabis consommée, la teneur en THC, la durée d'exposition mais surtout l'âge de début de l'intoxication (17). L'âge précoce, à savoir avant 15 ans, du début d'usage est ainsi un facteur aggravant important, puisque le cannabis perturbe la maturation neuronale.

En entraînant une altération des capacités psychomotrices, ces perturbations ont un retentissement sur les activités quotidiennes des consommateurs. Lorsque la consommation est précoce, elle impacte également le parcours scolaire de l'adolescent (18). En effet, les adolescents consommateurs de cannabis auraient un risque significativement plus élevé de décrochage scolaire, et de statut socio-économique défavorable, par rapport aux adolescents n'ayant jamais consommé. A terme, un usage problématique non soigné peut conduire à des situations d'isolement social, de marginalisation, voire même de paupérisation.

d. Complications somatiques :

La consommation chronique de cannabis fumé est susceptible de provoquer certaines complications somatiques potentiellement graves. Elles ne doivent pas être sous-estimées par rapport aux complications psychiatriques et cognitives, qui sont souvent au premier plan.

Leur évaluation reste difficile, en raison de l'association fréquente cannabis/tabac, inhérente au mode de consommation le plus répandu, à savoir sous forme de joints.

- Effets cardio-vasculaires :

Le cannabis peut être responsable d'extrasystoles auriculaires ou ventriculaires, d'arythmies plus persistantes comme la fibrillation auriculaire, la fibrillation ventriculaire voire de mort subite (19).

La consommation de cannabis peut aussi induire un infarctus du myocarde par un mécanisme de vasospasme coronarien (20).

Enfin, des cas d'accidents vasculaires cérébraux ischémiques induits par le cannabis ont également été rapportés (21).

- Effets pulmonaires :

Le cannabis présente des effets délétères pulmonaires qui se rapprochent de ceux du tabac : en effet, son usage au long cours augmente l'incidence de la toux chronique et des expectorations. Il peut être responsable, à terme, d'emphysème pulmonaire, de broncho-pneumopathies chroniques obstructives et donc d'une détérioration de la fonction respiratoire, de manière dose-dépendante (22).

- Risque de cancer :

Alors que le lien entre tabac et cancer du poumon est prouvé à ce jour, le même niveau de preuve n'a, pour l'instant, pas été établi pour ce qui est du cannabis.

Une revue de littérature parue en 2006, évaluant le risque de cancer du poumon chez les consommateurs réguliers de cannabis, laisse entendre qu'il existerait bien une telle association (23). D'autres études réalisées au Maghreb ont permis de conclure que l'exposition au cannabis multiplierait par trois le risque de cancer du poumon chez l'homme (24) (25).

L'exposition chronique au cannabis de manière exclusive, c'est-à-dire sans consommation de tabac associée, augmenterait aussi le risque de cancer de la vessie (26).

Enfin, l'usage régulier du cannabis serait considéré comme un facteur de risque de cancer de la prostate et du col utérin.

- Le syndrome cannabinoïde :

Décrit chez le consommateur régulier de cannabis, ce syndrome peu connu, aussi appelé syndrome d'hyperémèse cannabinoïde, se caractérise par des épisodes répétés de douleurs abdominales intenses pouvant mimer une pancréatite, associés à des nausées et des vomissements. Ces symptômes sont souvent soulagés par la prise d'un bain chaud et tendent à disparaître après un sevrage complet et définitif (27).

- Fertilité et grossesse :

Le cannabis est responsable d'une diminution de la fertilité, aussi bien féminine que masculine.

Chez la femme, la consommation chronique de cannabis entraîne des perturbations du cycle menstruel, et des anomalies d'implantation embryonnaire. Le cannabis, comme le tabac, est responsable d'un effet anti-oestrogénique in vitro (28).

La tératogénicité du cannabis reste encore incertaine. Durant la grossesse, le THC passe la barrière placentaire ; l'intoxication du fœtus au THC serait à l'origine de retard de croissance intra-utérin et

de menaces d'accouchement prématuré, et de difficultés d'adaptation du nouveau-né au début de la vie extra-utérine (8).

Chez les hommes, la consommation chronique de cannabis entraîne une altération de la qualité du sperme avec oligo- et térato-spermie, ainsi que des troubles de la fonction sexuelle (diminution de la libido, troubles érectiles et éjaculatoires).

- Effets sur la santé bucco-dentaire :

Une forte association entre consommation régulière de cannabis et dégradation rapide et marquée de l'organe dentaire a été démontrée en population carcérale, dans la thèse de Ronny N'Kaoua datant de juin 2017 (29). Ainsi, la consommation chronique de cannabis apparaît comme nuisible à la santé bucco-dentaire.

- Accidents de la route :

Les morts violentes dues au cannabis sont majoritairement des accidents de la route. Du fait de la diminution de la vigilance, de l'altération de la coordination motrice et du temps de réaction augmenté, les conducteurs sous l'influence du cannabis ont 1,65% de chance en plus d'être responsables d'un accident mortel que les conducteurs non-consommateurs, d'après les résultats de l'enquête ActusAM datant de 2011 (30).

De plus, il est important de mentionner que le cannabis potentialise les effets de l'alcool (effet multiplicatif).

Cette liste, non exhaustive, des complications aiguës ou chroniques de la consommation de cannabis montre bien son retentissement sur le plan médico-psycho-social : il s'agit donc d'un enjeu de santé publique majeur.

4. Les différents niveaux d'usage du cannabis :

La pyramide de Skinner, établie initialement sur la base de la consommation d'alcool, illustre les différents niveaux d'usage pouvant s'étendre à la consommation d'autres substances psychoactives telles que le cannabis :

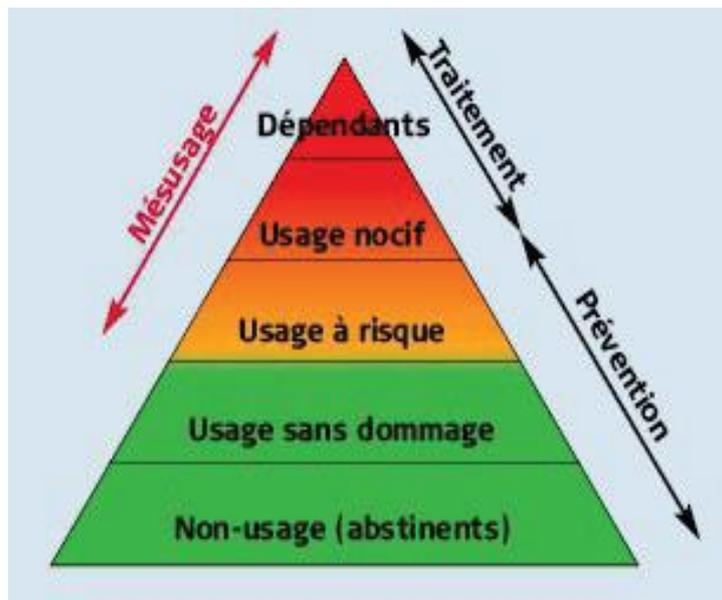


Figure 2 : La pyramide de Skinner

Source : Dr Marc Kreuter/Philippe Batel, Dossier L'Alcoolisme, Le généraliste no.2358

- *L'usage sans dommage ou « socialement réglé » :*

Il est caractérisé par une consommation de substance psychoactive n'atteignant pas le seuil de risque et ne provoquant aucune complication. Son existence est donc débattue dans le contexte de consommation de cannabis car il n'existe pas de seuil de risque pour ce produit, toute consommation étant considérée comme « à risque ».

- *L'usage « à risque » :*

Il faut considérer que l'usage de cannabis est toujours « à risque » mais le risque est particulièrement présent dans certaines situations : consommation avant 15 ans, grossesse, trouble mental associé, conduite de véhicule, usage au travail ...

A ce niveau d'usage, les dommages potentiels pour l'individu ne sont pas immédiatement perceptibles.

- *L'usage nocif :*

L'usage nocif est décrit dans la 10^e version de la Classification Internationale des Maladies (CIM-10) de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) tel un « mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques. Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou de plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne

souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives ».

- L'usage problématique :

L'usage problématique se situe entre l'usage « à risque » et le trouble lié à l'usage. Il s'agit d'un usage entraînant des conséquences négatives sur le plan sanitaire ou social, pour l'individu lui-même ou pour la société (31).

- Le trouble lié à l'usage :

Le Manuel Diagnostique et Statistique des troubles mentaux (DSM), est considéré comme l'ouvrage de référence en psychiatrie, proposant une classification des troubles mentaux. Il a été rédigé par l'Association Américaine de Psychiatrie (APA) tel un guide à la pratique quotidienne pour les acteurs de la santé mentale. Avec la sortie du DSM V (32), la 5^e version de l'ouvrage, parue aux Etats-Unis en 2013 et traduite en France en 2015, les termes d'abus et de dépendance en addictologie ont fait place à la notion de « trouble lié à l'usage » d'une substance psychoactive. Cette nouvelle version reconnaît désormais le diagnostic de syndrome de sevrage au cannabis.

Le trouble lié à l'usage de cannabis (TLUC) est un mode d'usage problématique du cannabis conduisant à une souffrance ou à un dysfonctionnement cliniquement significatif, caractérisé par la présence d'au moins 2 des 11 critères suivants sur une période de 12 mois :

1. consommation en quantité plus importante ou sur une période plus longue que prévu
2. désir persistant, ou efforts infructueux pour diminuer ou contrôler l'usage
3. temps important passé pour obtenir, utiliser ou récupérer des effets de la substance
4. « craving » (nouvelle notion) : envie impérieuse, fort désir, besoin pressant de consommer
5. usage répété conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures au travail, à l'école ou à la maison
6. persistance de l'usage malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit
7. abandon ou réduction des activités sociales, professionnelles ou de loisir importantes à cause de l'usage en question
8. usage répété dans des situations potentiellement physiquement dangereuses
9. poursuite de l'usage malgré la connaissance du problème physique ou psychologique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance

10. tolérance c'est-à-dire besoin de quantités notablement plus importantes pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou bien effet notablement diminué pour une même quantité de produit

11. sevrage, caractérisé par l'une des manifestations suivantes :

- a) le syndrome de sevrage caractéristique du cannabis, défini ci-après ;
- b) le cannabis est pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Il existe 3 niveaux de sévérité du trouble lié à l'usage, en fonction du nombre de critères symptomatiques présents (sur les 11) :

- trouble léger : défini par la présence de 2 ou 3 symptômes ;
- trouble moyen : défini par la présence de 4 ou 5 symptômes ;
- trouble grave/sévère : défini par la présence de 6 symptômes ou plus.

Le syndrome de sevrage au cannabis :

Les critères diagnostiques du syndrome de sevrage au cannabis selon le DSM V (32) sont les suivants :

- A. Cessation d'une consommation du cannabis qui a été importante et prolongée (c'est-à-dire, utilisation habituellement quotidienne ou presque sur une période d'au moins quelques mois).
- B. Trois (ou plus) des signes et symptômes suivants se développent dans un délai d'environ 1 semaine après le critère A :
 - Irritabilité, colère ou agressivité.
 - Nervosité ou anxiété.
 - Troubles du sommeil (par exemple, insomnie, rêves perturbants).
 - Diminution de l'appétit ou perte de poids.
 - Fébrilité.
 - Humeur dépressive.
 - Au moins un des symptômes physiques suivants causant un inconfort significatif : douleurs abdominales, instabilité/tremblements, sueurs, fièvre, frissons ou céphalées.
- C. Les signes ou symptômes du critère B causent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel, ou dans d'autres domaines importants.

D. Les signes ou les symptômes ne sont pas attribuables à une autre affection médicale et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental, dont l'intoxication ou le sevrage d'une autre substance.

En plus des symptômes du critère B, les signes suivants peuvent être observés après l'arrêt : fatigue, bâillements, difficultés à se concentrer, et périodes d'hyperphagie et d'hypersomnie qui suivent des périodes initiales d'anorexie et d'insomnie.

De plus, plusieurs usagers rapportent fumer du cannabis, ou prendre d'autres substances, pour aider à soulager les symptômes de sevrage ; beaucoup rapportent que ces symptômes rendent l'arrêt complet et définitif difficile, et contribuent à la rechute.

Enfin, la plupart des symptômes apparaissent dans les premières 24 à 72 heures après la cessation de consommation ; le pic symptomatique est atteint dans la première semaine, et les symptômes durent environ 1 à 2 semaines. Les troubles du sommeil peuvent, eux, durer plus de 30 jours (33).

B. L'implication du médecin généraliste dans la prise en charge des consommations de cannabis :

En France, le rapport Reynaud (34) mené par la mission interministérielle de la lutte contre les drogues et la toxicomanie en 2013, à la demande des pouvoirs publics, avait pour objectif d'améliorer le dispositif de prévention, de soins, d'accompagnement et de réduction des dommages liés à l'addiction. Le rôle du médecin généraliste y est central.

1. Les compétences spécifiques du médecin généraliste :

La marguerite des compétences du médecin généraliste telle qu'elle est présentée par le Collège National des Généralistes Enseignants (CNGE) est issue d'un travail mené par un groupe national d'experts (35) : elle définit les six compétences transversales indispensables à tout médecin généraliste en exercice :

- *Compétence approche globale, prise en compte de la complexité ;*
- *Compétence éducation, prévention, santé individuelle et communautaire ;*
- *Compétence premier recours, urgences ;*

- *Compétence continuité, suivi, coordination des soins autour du patient ;*
- *Compétence relation, communication, approche centrée patient ;*
- *Compétence professionnalisme.*

Toutes ces notions font, selon nous, particulièrement écho dans la prise en charge des consommateurs de cannabis :

D'une part, le médecin généraliste, en sa qualité de médecin traitant, est l'acteur de soins primaires de référence, de « premier recours ». Il établit une « relation » privilégiée avec son patient au fil des consultations, et nous semble donc être le plus à même d'identifier les facteurs environnementaux et individuels pouvant conduire à une consommation problématique de cannabis.

D'autre part, les notions de « dépistage » et de « prévention » nous paraissent primordiales, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un sujet de santé publique tel que celui du cannabis.

La notion de « suivi » est aussi fondamentale dans toute maladie chronique, dont les pathologies addictives font partie. Le médecin généraliste est le « coordinateur des soins autour du patient », ce qui sous-entend une pluridisciplinarité nécessaire à la prise en charge du patient.

Enfin, la notion de « prise en charge globale », au sens médico-psycho-social, prend tout son sens, puisqu'elle est précisément au cœur de notre question de recherche.



Figure 3 : La marquerite des compétences des médecins généralistes

Source : CNGE

Le CNGE a également défini de manière assez précise les différents niveaux d'intervention du médecin généraliste dans la prise en charge spécifique du trouble lié à l'usage de substances psychoactives dont le cannabis fait partie, que voici :

Le premier objectif est de dépister et diagnostiquer le trouble d'usage et d'en déterminer le degré de sévérité	
On attend pour cela que le médecin généraliste :	
<ul style="list-style-type: none">questionne ses représentations et construit sa capacité à s'engager avec ce profil de patient ;réalise le repérage précoce ;situe le patient dans le cycle du changement de Prochaska et Di Clemente ;évalue le niveau de gravité et les complications dans les champs biologique, psychologique (y compris relationnel) et social (y compris éthique, culturel, religieux, spirituel et juridique).	<ul style="list-style-type: none">privilégier autour d'une décision partagée des objectifs d'accompagnement ou de réduction des risques plutôt que d'abstinence totale ;proposer les options adaptées au stade où en est le patient, en y associant si possible son entourage ;réaliser des actes de prévention et de réduction des risques et des dommages ;pratiquer le conseil minimal et plus largement l'intervention brève ;prescrire à bon escient les différentes thérapeutiques, médicamenteuses ou non, en connaissant leurs intérêts, leurs limites et les difficultés d'observance, dont le détournement ;traiter les événements morbides et les pathologies intercurrentes qui peuvent survenir lors du suivi ;établir des liens avec les ressources spécialisées médico-psycho-sociales ou associatives.
Quand l'addiction est reconnue, les objectifs à poursuivre sont :	
<ul style="list-style-type: none">aider le patient à comprendre son trouble et accepter qu'il a une maladie ;aborder ces patients comme tous ceux qui ont une pathologie chronique (mais en intégrant la dimension supplémentaire de perte de contrôle) ;	

Figure 4 : Extrait de « 13 situations types que doivent maîtriser tout médecin généraliste »

Source : CNGE

2. Des outils de dépistage nombreux à la disposition des médecins généralistes :

La Haute Autorité de Santé (HAS) a mis à disposition en 2015 un feuillet s'intitulant « outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève » (*annexe 1*), qui concerne les consommations d'alcool, de cannabis, et de tabac chez l'adulte. Il s'agit d'une « trame », destinée à tous les professionnels de santé, pour aider au dépistage et à la prise en charge de première intention de ces consommations.

Malheureusement, aucun outil unique et universel n'est à ce jour validé pour le repérage de l'usage problématique de cannabis (31) en population générale. Cependant, un guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis (36) a été réalisé par l'OFDT en 2013, en association avec la Fédération Addiction. Il recense les différents questionnaires de repérage utilisés à travers le monde. Brefs et faciles d'utilisation, ces derniers permettent une ouverture à la discussion avec le patient autour du caractère problématique de la consommation de cannabis. Ils peuvent être spécifiques ou non du cannabis, et cibler certains groupes de patients en particulier, comme les adolescents par exemple.

Les questionnaires de repérage les plus répandus sont les suivants (*annexe 2*) :

- ceux spécifiques du cannabis : le CAST (Cannabis Abuse Screening Test), le DETC (Diminuer, Entourage, Trop, Cannabis ; version française du CAGE-Cannabis) et le CUDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test).
- ceux ciblant les adolescents, mais prenant en compte l'ensemble des produits psychoactifs : le DEP-ADO (DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents) et le ADOSPA (ADOlescents et Substances PsychoActives ; version française du CRAFFT).

3. Une conduite à tenir « standardisée » proposée en médecine générale :

En 2015, Laurent Karila et ses co-auteurs ont publié dans « La Presse Médicale » un article proposant une conduite à tenir en médecine générale en ce qui concerne la consommation de cannabis (37) : elle prévoit, en cas de survenue de complication(s), ou bien dans le cadre plus systématique, soit de la première rencontre, soit d'un bilan régulier chez un patient déjà connu, de dépister systématiquement la consommation de cannabis au travers du questionnaire CAST (*annexe 2*).

- En cas de 2 réponses négatives ou moins, le dépistage est négatif ; la consommation est considérée comme « à risque » de fait mais sans conséquence immédiate pour la santé, ce qui conduit le praticien à informer, au moyen de l'intervention brève, puis à réévaluer le patient à distance.

- En cas de 3 réponses positives ou plus au questionnaire CAST, le dépistage est positif ; il s'agit bien d'une consommation problématique de cannabis. Il convient alors de diagnostiquer le TLUC éventuel, selon les critères définis par le DSM V et précédemment énumérés, et si tel est le cas, d'en évaluer la sévérité. Le diagnostic d'un TLUC conduit le médecin généraliste à demander une consultation spécialisée en addictologie, et ce d'autant plus que le niveau de sévérité du trouble est élevé.

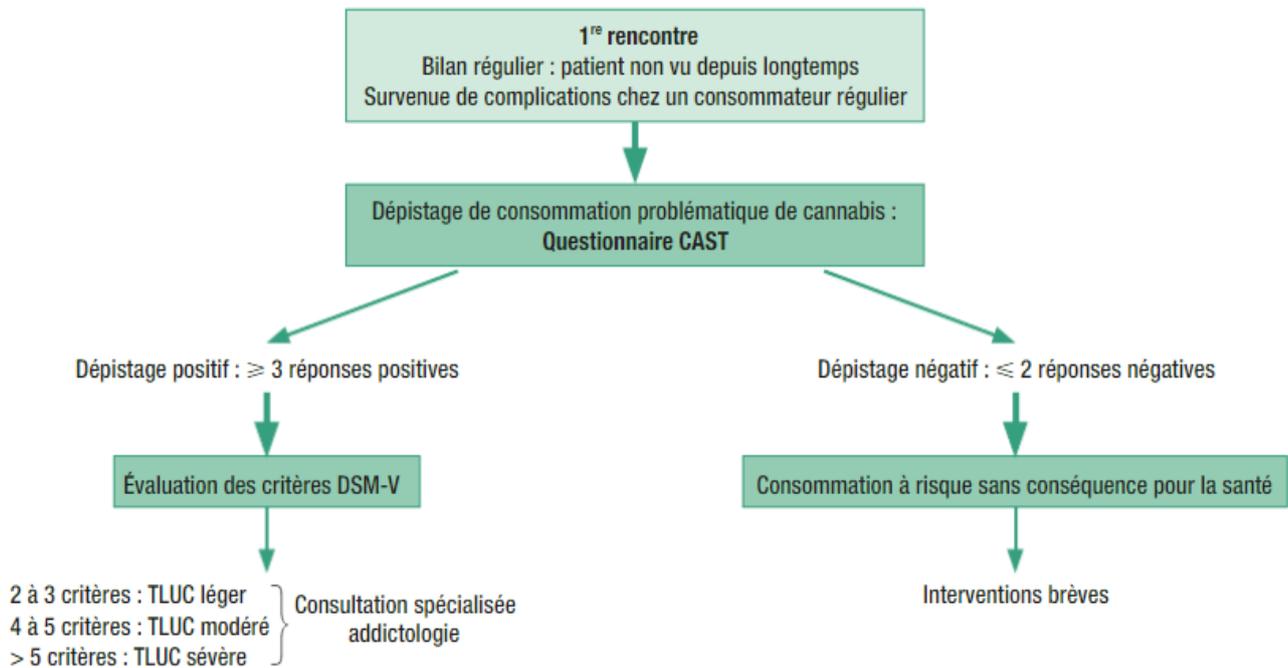


Figure 5 : Arbre décisionnel en pratique courante de médecine générale pour évaluer la consommation et les répercussions de l'usage de cannabis

Source : Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale (37)

4. Les différentes techniques d'intervention reconnues en addictologie :

- Le modèle transthéorique du changement :

Ce modèle, développé par Prochaska et DiClemente (38), décrit les 6 étapes du changement comportemental suivantes : pré-contemplation (ou pré-intention), contemplation (ou intention), préparation (ou détermination), action, maintien, rechute.

Il suppose que les fumeurs, de cannabis dans notre cas, passent nécessairement par cette série de stades dans leur cheminement vers le sevrage.

Ainsi, selon cette théorie, pour accompagner un patient dans son souhait de changement, il est important de tenir compte du stade dans lequel il se trouve. Le thérapeute module son discours en conséquence, au moyen d'une technique d'intervention adaptée, de façon à induire un passage au stade suivant chez son patient.

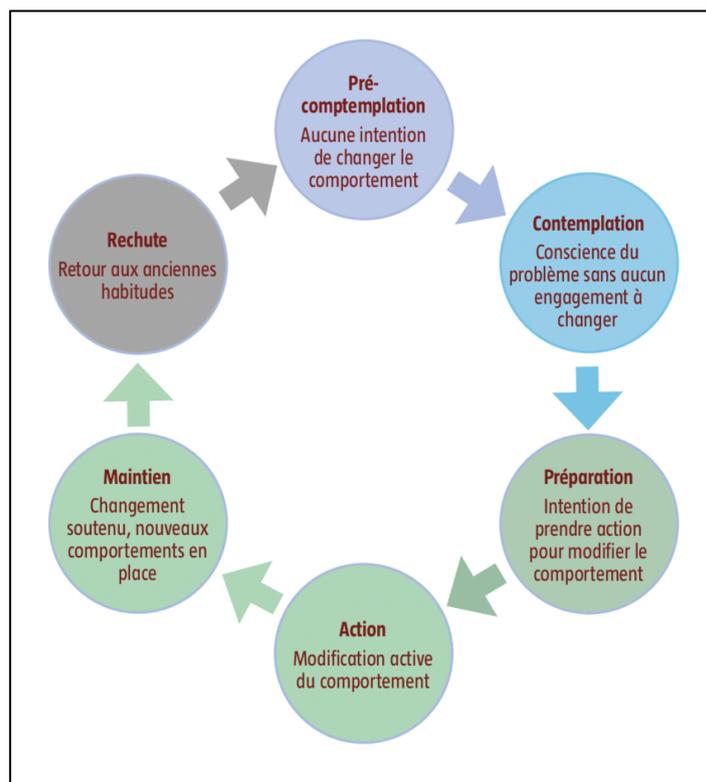


Figure 6: Le cycle du changement selon Prochaska et DiClemente

Source : « C'est juste de l'herbe, Docteur ! » Revue santé mentale – 01/04/2019

- L'intervention brève :

Le principe de l'intervention brève est celui d'une consultation de courte durée pendant laquelle des informations et des conseils de changement de comportement sont délivrés par le médecin, avec empathie.

Elle est menée selon la séquence définie par l'acronyme « FRAMES » (*Feedback, Responsibility, Advice, Menu, Empathy, Self efficacy*) :

- *Feedback on behavior and consequences* (retour d'information) : Reformulation avec le patient de sa consommation de cannabis et des répercussions sur sa vie personnelle et socio-professionnelle.
- *Responsability to change* (responsabilité) : Responsabiliser le consommateur et le positionner en acteur dans une dynamique de changement.
- *Advice* (conseils) : Donner des conseils sur la consommation et ses risques médico-psycho-sociaux.
- *Menu of options to bring about change* (contrat) : Le patient établit un contrat de

changement.

- *Empathy* (empathie) : User d'empathie pendant la consultation, sans jugement ni parole moralisatrice.
- *Self efficacy for change* (efficacité propre) : Renforcement positif concernant les possibilités de succès du patient.

- L'entretien motivationnel :

L'entretien motivationnel est fondé sur l'idée que le patient peut plus aisément changer son comportement si la motivation vient de lui-même plutôt que si elle est imposée par le thérapeute. Cette méthode, développée dans les années 1980 par Miller et Rollnick (39), a pour objectif la modification des comportements, via une approche centrée sur le patient. L'intervention brève est d'ailleurs une technique d'entretien motivationnel, ayant comme spécificité sa durée limitée dans le temps.

- Les Thérapies Cognitives et Comportementales :

L'approche cognitivo-comportementale d'une psychothérapie se base sur les liens entre les pensées et/ou ressentis du patient et son comportement.

La partie « cognitive » des thérapies cognitives et comportementales (TCC) consiste à identifier les pensées automatiques faussement liées au problème rencontré par le patient. Le thérapeute l'aide à analyser ces pensées irrationnelles.

La partie « comportementale » des TCC permet de repérer les comportements inadaptes réactionnels aux pensées, puis d'imaginer et entreprendre des comportements qui seraient mieux adaptés au problème identifié.

C. Les études déjà menées sur le sujet :

En s'intéressant au rôle du médecin généraliste dans la prise en charge des consommations de cannabis, nous avons constaté l'existence de plusieurs travaux sur le sujet.

Cependant, ces études étaient souvent réalisées dans un champ d'action limité : en effet, elles portaient, soit sur un seul des versants de la prise en charge, tel que le dépistage (40), soit sur la prise en charge d'une population restreinte de consommateurs, très souvent celle des adolescents (41) (42) (43), soit de manière encore plus ciblée, sur un versant spécifique de la prise en charge en population restreinte (44) (45).

Les conclusions de ces thèses étaient globalement identiques : les médecins généralistes interrogés ont conscience du problème que pose le cannabis, surtout chez les jeunes. Le cannabis n'est pas abordé de manière systématique par les médecins mais plutôt à l'occasion de symptômes évocateurs ou de complications induites par cette consommation. De plus, les outils d'aide au repérage s'avèrent être peu utilisés car souvent méconnus, de même que les différents moyens de prise en charge. Enfin, les médecins regrettent leur manque de formation et de connaissance sur le sujet.

Une seule étude à notre connaissance semble avoir été menée en population générale, et non uniquement chez les adolescents consommateurs : il s'agit de la thèse de Renaud Vignet (40) intitulée « Dépistage par les médecins généralistes du Languedoc Roussillon de l'usage de cannabis : Etat des lieux et analyse des freins ».

De plus, nous avons été surpris par le peu de travaux existants sur la prise en charge globale des consommateurs de cannabis, non seulement aux sens médico-psycho-social et pluridisciplinaire, mais aussi tout au long du cheminement du patient, en soins primaires. Or, une telle prise en charge est nécessairement globale, comprenant le repérage précoce des consommateurs et l'évaluation de la consommation, mais aussi la prévention, l'accompagnement individuel du patient, et la mise en place d'une stratégie thérapeutique adaptée à ce dernier.

Nous avons donc décidé de compléter le travail quantitatif de Renaud Vignet, qu'il a réalisé à l'aide d'un questionnaire informatisé diffusé aux médecins généralistes de la région, par une approche qualitative, au moyen d'entretiens individuels semi-directifs effectués dans l'un des départements de cette même région. Nous avons toutefois jugé nécessaire d'élargir le sujet à une prise en charge globale des consommateurs et non uniquement au champ du dépistage.

Au vu des données épidémiologiques actuelles et des conséquences néfastes médico-psycho-sociales de la consommation de cannabis, exposées plus haut, nous pouvons affirmer une nouvelle fois que sa prise en charge en soins primaires constitue un véritable enjeu de santé publique.

Ainsi, il s'agit de la première étude à notre connaissance portant sur la prise en charge globale de tous les consommateurs de cannabis, par les médecins généralistes libéraux. C'est pourquoi nous avons décidé de mener cette enquête.

D. Question de recherche et objectifs :

Comment les médecins généralistes prennent-ils en charge les consommateurs de cannabis ? La prise en charge est-elle globale (médico-psycho-sociale) ? est-elle pluridisciplinaire ?

Cette étude a donc cherché à comprendre quelles sont les pratiques des médecins généralistes libéraux du Gard, en terme de prise en charge des patients consommateurs de cannabis, par une analyse qualitative thématique avec entretiens individuels semi-directifs.

L'objectif principal est d'explorer les pratiques de prise en charge des patients consommateurs de cannabis, par les médecins généralistes libéraux du Gard.

L'objectif secondaire est d'identifier les freins à cette prise en charge en cabinet.

II. METHODOLOGIE :

A. Équipe de recherche :

L'équipe de recherche était composée de mon directeur de thèse, Dr Cyril Riviuccio, de ma co-directrice, Dr Mélanie Kinne et de moi-même.

Dr Cyril Riviuccio, médecin généraliste installé dans l'Hérault au sein d'une maison de santé pluridisciplinaire, à Aniane, est maître de stage universitaire. C'est auprès de lui, et de son épouse et associée, que j'avais réalisé mon stage niveau 1 (chez le praticien), entre novembre 2016 et mai 2017. Il avait déjà participé à plusieurs thèses, majoritairement quantitatives, la mienne étant la deuxième thèse qualitative qu'il dirigeait.

Dr Mélanie Kinne, médecin généraliste exerçant en milieu carcéral, est praticien hospitalier chargée d'enseignement. Je l'avais rencontrée lors de mon dernier stage d'internat, à l'USMP (Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire) de la maison d'arrêt de Nîmes, entre mai et octobre 2018. Elle avait déjà dirigé plusieurs thèses qualitatives et effectué la formation du Département de Médecine Générale (DMG) intitulée « direction de thèse qualitative » en septembre 2018.

Moi-même enfin, ayant terminé l'internat de médecine générale en octobre 2018, je débutais ce travail de thèse en novembre 2018, en parallèle de remplacements libéraux. Il s'agissait de ma première étude qualitative.

J'ai moi-même réalisé l'ensemble du recrutement, des entretiens des participants ainsi que des analyses. Je connaissais seulement les deux premiers médecins généralistes interrogés : le premier avait été mon maître de stage de SASPAS (Stage Ambulatoire de Soins Primaires en Autonomie Supervisée) ; je l'avais choisi volontairement pour réaliser l'entretien « test » de l'étude. Quant au deuxième, il avait été mon médecin référent de GEPT (Groupes d'Échange de Pratiques Tuteurés) lors de ma dernière année d'internat mais il avait été recruté pour une toute autre raison : en effet, il était le seul médecin généraliste répertorié à l'ordre départemental des médecins du Gard, comme exerçant en libéral et détenteur de la capacité d'addictologie dans le département.

Les médecins interrogés avaient été informés de mon statut (médecin généraliste remplaçant non thésé) ainsi que de la population cible de l'étude, à savoir les consommateurs de cannabis.

B. Conception de l'étude :

1. Cadre théorique : une étude qualitative thématique

Notre étude a donc pour but d'explorer les pratiques de prise en charge des consommateurs de cannabis, par les médecins généralistes libéraux du Gard (objectif principal), selon un paradigme compréhensif, et en conséquence, de pouvoir identifier les freins relatifs à cette prise en charge en cabinet (objectif secondaire).

La méthode qualitative semblait être la plus adaptée à ce travail, car elle laissait les participants libres de décrire leurs pratiques, sans les orienter, grâce à des questions ouvertes.

L'analyse de type thématique permettait non seulement de regrouper les données recueillies sous forme de thèmes principaux et de sous-thèmes, mais également de les mettre en relation afin de « donner du sens » et ainsi, de répondre à notre question de recherche.

Aucun comité de protection des personnes ni comité d'éthique n'a été contacté pour la réalisation de cette étude.

2. Sélection des participants :

Échantillonnage :

Nous avons choisi de recruter les participants de l'étude de deux manières distinctes :

- Recrutement 1 : une partie a été recrutée de manière parfaitement aléatoire, via le site internet des pages jaunes, grâce aux critères de recherche suivants : « médecins généralistes » et « Gard » ; le premier médecin de chaque page de recherche était contacté par téléphone. A l'issue de deux appels infructueux, ou bien d'un message laissé suivi d'une relance sans réponse, c'est le deuxième médecin de la page qui était contacté et ainsi de suite jusqu'à l'obtention d'un rendez-vous d'entretien individuel.
- Recrutement 2 : l'autre partie correspondait, elle, à des médecins ayant une formation ou, à défaut, au moins un intérêt pour l'addictologie ; pour cela, nous avons contacté l'ordre départemental des médecins du Gard, afin de savoir quels étaient les médecins généralistes du département référencés comme détenteurs de la capacité d'addictologie. L'ordre nous a rapidement fourni une liste de quatre médecins, mais un seul exerçait en libéral (parmi les

trois autres, l'un exerçait dans le service d'addictologie de l'hôpital de Nîmes, et les deux autres étaient exclusivement salariés dans des structures de soins spécialisées). Nous avons donc recruté le médecin généraliste libéral détenteur de la capacité d'addictologie ; il a non seulement accepté de participer à notre étude, mais nous a également orienté vers six autres médecins libéraux qui, à sa connaissance, avaient une appétence particulière pour l'addictologie.

Le but de ce double recrutement était l'obtention d'une variabilité maximale au sein des participants, caractéristique qui a son importance en analyse qualitative.

Prise de contact :

L'ensemble des médecins interrogés ont été contactés par téléphone.

En cas de secrétariat téléphonique, un message était laissé au médecin avec les informations suivantes : nom, statut et numéro de téléphone de l'enquêtrice, dans le cadre d'un travail de thèse, population cible de l'étude, et nécessité d'un entretien individuel de visu (et non téléphonique).

En l'absence de réponse ou en cas de répondeur, un nouvel appel était effectué ultérieurement.

Taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon n'avait pas été fixée initialement ; en effet, en analyse qualitative, l'étude se poursuit jusqu'à saturation des données, c'est-à-dire jusqu'à ce qu'il n'apparaisse plus aucun nouveau thème/sous-thème dans les entretiens réalisés.

Au total, dix participants ont été inclus.

Non participation :

Parmi les médecins sélectionnés de manière aléatoire, les trois quarts n'ont pas donné suite à nos appels et/ou messages laissés ; un seul parmi eux nous a clairement exprimé son refus de participer par téléphone.

Parmi les médecins repérés comme ayant un intérêt particulier pour l'addictologie, la grande majorité ont répondu et accepté de participer à l'étude, soit cinq sur sept au total.

3. Contexte :

Cadre de la collecte des données :

Les entretiens ont tous eu lieu dans les cabinets où exerçaient les médecins interrogés.

La date et la plage horaire de chaque entretien étaient fixées à leur convenance, pour des conditions d'entretien optimales. N'étaient présents que l'enquêtrice et l'enquêté(e).

4. Recueil des données :

Entretiens individuels :

Au moment de réaliser ce travail de thèse, nous avons évoqué deux modes de recueil de données : le focus groupe et l'entretien individuel « guidé » (suivant la trame d'un guide d'entretien), également qualifié de « semi-directif ». Nous avons finalement choisi ce dernier pour plusieurs raisons :

- Il permettait, à notre sens, plus de liberté d'expression du médecin interrogé sur un sujet « sensible » tel que celui du cannabis.
- Sa souplesse et sa capacité d'adaptation, en fonction de la tournure que prenait l'échange entre enquêtrice et enquêté(e), nous semblaient intéressantes, permettant de faire évoluer le guide d'entretien au fil de l'étude d'une façon pertinente.
- Sur le plan organisationnel enfin, regrouper dans un même lieu et à un même moment plusieurs médecins généralistes libéraux ne semblait pas aisé, au vu de leurs plages horaires de consultations souvent très étendues, en plus de leurs indisponibilités personnelles respectives.

« L'entretien compréhensif » de J-C Kaufmann (46) a été notre principale référence dans la conduite de ces entretiens individuels.

Les entretiens n'ont eu lieu qu'une seule fois par médecin interrogé, ils n'ont pas été répétés.

Guide d'entretien :

Il était précédé d'une partie de présentation de l'enquêtrice et d'introduction au sujet de l'étude, que voici :

Je m'appelle Marie Delorme, je suis médecin généraliste remplaçant, et, dans le cadre de mon travail de thèse, je m'intéresse à votre expérience sur les patients consommateurs de cannabis.

Je vous remercie de m'accorder une partie de votre temps pour ce travail qui me tient à cœur.

Je tiens à vous rappeler que les données seront recueillies et analysées de manière parfaitement anonyme, et que vous pourrez interrompre l'entretien à tout moment si vous le souhaitez, ou bien choisir de ne pas répondre à une question en particulier. La bienveillance est au centre de ce travail de thèse tourné vers les médecins généralistes, et je recherche avant tout l'authenticité de vos pratiques.

Enfin, avant de débiter l'entretien en lui-même, je vous demanderai de remplir cette fiche de consentement et de renseignements. Le recueil de ces informations vous concernant me permettra d'analyser les caractéristiques des participants.

Encore merci !

Le guide d'entretien, composé de 6 questions ouvertes, a été modifié une fois au fil de l'étude ; en effet, la première version du guide (*annexe 3*) a été retravaillée, avec l'aide de la co-directrice du travail, après l'entretien test :

La 1^{ère} question était générale, peu impliquante pour le médecin interrogé. Elle permettait de « briser la glace », d'introduire le sujet.

Pour la 2^e question, nous souhaitions pondérer les pratiques de prise en charge des participants par leur fréquence de rencontre des consommateurs de cannabis en cabinet, mais trouver une formulation adéquate n'était pas aisé. Cette question n'a précisément pas bien été comprise lors de l'entretien test. Nous avons finalement opté pour une question plus personnelle, autour du praticien et de sa patientèle, en rapport avec le sujet.

La 3^e question faisait appel à une expérience vécue du médecin, le souvenir d'une consultation passée.

Les 4^e et 5^e questions, toujours ouvertes, permettaient aux participants de se recentrer sur leurs pratiques, tout en s'exprimant le plus librement possible. Nous avons également modifié l'ordre de ces questions, pour une meilleure fluidité de l'entretien.

Enfin, nous souhaitons, par la 6^e et dernière question, permettre aux participants d'évoquer un aspect du sujet non abordé dans les précédentes questions, un aspect qui nous aurait échappé.

Pour chacune des questions, des reformulations étaient prévues et d'autres imaginées sur le moment, en fonction du déroulement de l'entretien, afin de permettre aux participants de

s'exprimer le plus possible sur le sujet, relancer la parole, ou bien faire préciser certains éléments.

Les différentes questions du deuxième guide d'entretien étant bien comprises par les enquêtés et permettant d'aborder le sujet d'une manière satisfaisante selon nous, il n'a plus été modifié du deuxième au dernier entretien :

GUIDE D'ENTRETIEN FINAL

1° Quand je vous parle de « consommateurs de cannabis », qu'est-ce que cela vous évoque ?

Relances : qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Y-a-t-il d'autres aspects qui vous viennent en tête ?

2° Que pensez-vous de votre patientèle et du cannabis ?

Relance : Est-ce une problématique que vous rencontrez fréquemment ?

(Fréquence au sein de la patientèle)

3° Souvenez-vous et racontez-moi votre dernière consultation où la consommation de cannabis a été abordée ; quelle a été votre prise en charge ?

Reformulations : Quelle a été votre attitude ?

Comment cela s'est-t-il passé ?

Quelle a été la conclusion de la consultation ?

4° Selon vous, qu'est-ce qui freine une prise en charge en cabinet de médecine générale ?

Reformulation : Identifiez-vous d'autres freins ?

(Facteurs/freins : Prise en charge au cabinet VS orientation)

5° Parlez-moi de la façon dont vous orientez vos patients consommateurs de cannabis ?

Reformulation : Envisagez-vous d'autres orientations ?

(Faire évoquer l'aspect pluridisciplinaire : structures de soins + professionnels de santé)

6° Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le sujet ?

Enregistrement audio :

Nous avons utilisé, par mesure de précaution, deux moyens d'enregistrement différents : l'un via le dictaphone d'un smartphone et l'autre via celui d'un ordinateur portable, avec l'accord des participants, après un rappel des conditions d'anonymat et l'obtention du consentement écrit de chacun (*annexe 4*).

Cahier de terrain :

Aucun cahier de terrain n'a été utilisé pour cette étude, les entretiens étant immédiatement retranscrits et analysés, avec en mémoire, le langage non verbal des participants.

Durée des entretiens :

Les entretiens ont duré entre 11 et 22 minutes en fonction des médecins interrogés, soit 16 minutes en moyenne, ce qui était acceptable, avec une médiane de 16 minutes et trente secondes.

Seuil de saturation :

La saturation des données a été atteinte dès le neuvième entretien ; cela signifiait qu'aucun nouveau thème ni nouveau sous-thème n'était apparu lors de cet entretien. A partir de ce dernier, nous avons réalisé un entretien supplémentaire afin de confirmer cette saturation, ce qui était le cas.

Retour de retranscription :

Nous n'avons pas effectué de retour des retranscriptions des entretiens aux médecins interrogés, afin de valider leurs propos.

5. Analyse des données :

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot en ce qui concerne le langage verbal, sans omettre de retranscrire le langage non verbal. Cette retranscription a été réalisée exclusivement par l'enquêtrice, qui était également l'analyste principal. Cependant, les deux premiers entretiens ont aussi été analysés par la co-directrice de ce travail, pour permettre une triangulation des données et ainsi augmenter la puissance de l'étude. De même, une relecture approfondie du travail a été entreprise par le directeur de cette thèse.

Nous avons choisi une analyse thématique, qui, par son caractère descriptif plutôt qu'interprétatif, nous paraissait plus adaptée à notre question de recherche. Cette analyse permettait de classer en thèmes et sous-thèmes les propos recueillis, au travers des verbatims ou « unités de sens » sélectionnés. Ces derniers pouvaient être des mots, des phrases ou bien des paragraphes.

Les thèmes et sous-thèmes n'étaient pas identifiés à l'avance mais déterminés à partir des données analysées, dans le but de répondre à la problématique de recherche.

Chaque entretien a été analysé individuellement, à l'aide d'un fichier informatique, sous forme de tableau comprenant quatre colonnes : verbatims, thèmes, sous-thèmes et remarques. Un extrait de cette analyse se trouve en annexe (*annexe 5*).

6. Aide à l'écriture de la thèse et à la recherche bibliographique :

La bibliothèque de la faculté propose une formation d'aide à la recherche documentaire : elle est composée de deux demi-journées de formation, l'une axée sur la recherche bibliographique et l'autre sur l'utilisation de l'outil bibliographique Zotero. Nous y avons participé en décembre 2016. Nous avons également participé à un atelier de thèse facultatif en février 2019, organisé par le DMG de la faculté de Montpellier-Nîmes. Il portait sur la recherche qualitative au stade de recueil des données et nous a aidé à construire notre guide d'entretien. Plusieurs pistes nous ont également été données concernant la façon de mener un entretien.

Le guide pratique du thésard du Professeur Hervé Maisonneuve (47) nous a également été utile pour la réalisation et l'écriture de cette thèse.

Enfin, pour rédiger la méthodologie de notre travail de recherche, nous avons utilisé la grille de validation COREQ (Consolidated criteria for reporting qualitative research) (48).

III. RESULTATS :

A. Caractéristiques des participants :

Les entretiens ont été réalisés entre mai 2019 (entretien test) et septembre 2019. Les médecins généralistes interrogés ont tous rempli, préalablement à l'entretien en lui-même, une fiche d'informations et de consentement, qui est présentée en annexe (*annexe 4*).

Leurs caractéristiques ont ainsi pu être reportées dans le tableau ci-dessous :

	Age	Sexe	Durée d'exercice	Zone d'exercice	Consommation déclarée de cannabis	Orientation en MG	Formation en addictologie	Mode de recrutement
M1	45 ans	M	15 ans	Semi-rurale	Non	Non	Non	Test
M2	62 ans	M	35 ans	Semi-rurale	Non	Oui, addictologie	Oui, CAPA d'addictologie	Recrutement 2
M3	43 ans	M	12 ans	Urbaine	Non	Non	Oui, Entretien motivationnel ; TCC	Recrutement 2
M4	52 ans	F	25 ans	Semi-rurale	Non	Non	Oui, Cannabis et adolescents ; Sevrage aux opiacés (FMC)	Recrutement 2
M5	60 ans	M	33 ans	Urbaine	Non	Non	Non	Recrutement 1
M6	36 ans	F	9 ans	Urbaine	Non	Non	Non	Recrutement 1

	Age	Sexe	Durée d'exercice	Zone d'exercice	Consommation déclarée de cannabis	Orientation en MG	Formation en addictologie	Mode de recrutement
M7	47 ans	M	20 ans	Semi-rurale	Oui, occasionnelle	Oui, gériatrie / urgences	Non	Recrutement 2
M8	61 ans	M	31 ans	Urbaine	Non	Oui, expertise médicale	Non	Recrutement 1
M9	40 ans	F	12 ans	Semi-rurale	Non	Oui, gynécologie / pédiatrie / gériatrie en EHPAD	Non	Recrutement 1
M10	34 ans	M	6 ans	Semi-rurale	Oui, occasionnelle	Non	Oui, stage d'internat chez MG avec CAPA d'addictologie	Recrutement 2

Tableau 1: Caractéristiques des dix médecins interrogés

1. Age/sexes :

Parmi les dix médecins interrogés, il y avait sept hommes et trois femmes. Leur âge variait entre 34 et 62 ans, avec une moyenne à 48 ans et une médiane à 46 ans.

2. Durée d'exercice :

Leur durée d'exercice était de 6 ans pour le médecin le plus jeune et 35 ans pour celui le plus âgé. La moyenne de durée d'exercice approchait des 20 ans (19,8 ans précisément), avec une médiane à 17,5 ans.

3. Zone d'exercice :

Ils étaient quatre à exercer en zone urbaine, à Nîmes, alors que les six autres exerçaient en zones semi-rurales.

4. Consommation personnelle de cannabis :

Deux des dix médecins interrogés ont rapporté une consommation occasionnelle de cannabis, les autres n'étant à priori pas consommateurs.

5. Orientation en médecine générale / formation(s) en addictologie :

L'un des médecins interrogés avait orienté sa pratique en addictologie, grâce à l'obtention de la capacité d'addictologie ; il avait d'ailleurs été recruté pour cette raison. Parmi les neuf autres, six n'avaient pas d'orientation particulière en médecine générale (MG) tandis que les trois autres rapportaient des orientations : en gériatrie et urgences pour le premier, en expertise médicale pour le deuxième, et en gynécologie, pédiatrie et gériatrie en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) pour le troisième.

En ce qui concerne une éventuelle formation en addictologie, parmi ces neuf autres médecins, trois avaient réalisé des formations spécifiques : en entretien motivationnel et TCC pour l'un, sur le cannabis chez les adolescents ou encore le sevrage aux opiacés dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC) pour l'autre, le dernier ayant réalisé un stage d'internat en cabinet auprès du médecin généraliste ayant la capacité d'addictologie. Ils présentaient ainsi un attrait particulier pour l'addictologie.

6. Modes de recrutement :

Le médecin 1, qui a réalisé l'entretien test de l'étude, était le médecin auprès duquel j'avais effectué mon stage SASPAS en 5e semestre d'internat. Il avait été choisi pour tester le guide d'entretien, et, au vu de la bonne compréhension globale des questions, son entretien a été inclus dans l'étude.

Les médecins 5, 6, 8 et 9 ont été recrutés au hasard dans l'annuaire des pages jaunes sur internet, à l'aide des critères suivants : « médecins généralistes » et « Gard » (Recrutement 1).

Enfin, les médecins 2, 3, 4, 7 et 10 étaient ceux repérés comme ayant une compétence/formation ou, à défaut, au moins un intérêt pour l'addictologie (Recrutement 2).

B. Résultats généraux :

Nous avons exploré les pratiques de prise en charge des patients consommateurs de cannabis, par les médecins généralistes libéraux Gardois, afin de répondre à notre objectif principal.

L'analyse des verbatims nous a conduit à la réalisation d'un arbre thématique (*figure 7*) mettant en lien six thèmes, qui peuvent se recouper entre eux sur certains de leurs sous-thèmes ; les voici :

- le repérage précoce : un profil-type de consommateurs
- un abord variable de la consommation

- une évaluation bien menée de la consommation
- une prévention inconstante
- une prise en charge « active » adaptée
- une orientation standardisée vers des structures ou des spécialistes

Nous avons également identifié les freins à cette prise en charge en cabinet, afin de répondre à notre objectif secondaire. Nous avons choisi de les classer en deux groupes (*figure 8*) :

- les freins du côté du médecin
- les freins imaginés/ressentis par les médecins du côté du patient

C. Le repérage précoce : un profil-type de consommateurs

Plusieurs caractéristiques ont été rapportées comme permettant aux médecins généralistes de repérer précocement leurs patients consommateurs de cannabis ; les voici :

1. L'influence de l'âge et du sexe :

- Âge :

Les médecins interrogés ont préférentiellement évoqué une tranche d'âge cible pour les consommateurs de cannabis, à savoir la période de l'adolescence et du début de l'âge adulte.

Age cible : adolescents et adultes jeunes :

M1 : « en premier, les patients plutôt jeunes »

M2 : « les plus jeunes générations, c'est-à-dire les adolescents »

M4 : « le cannabis ça fait plus « tilt » aussi à l'adolescence »

M5 : « surtout les jeunes... »

M10 : « principalement les adolescents ... »

- Sexe :

Ils n'ont pas explicitement évoqué une prédominance de la consommation chez les garçons, mais il est intéressant de constater que, dans leur souvenir de la dernière consultation où la consommation de cannabis a été abordée, il s'agissait très souvent d'un consommateur de sexe masculin.

Sexe masculin :

M3 : « un jeune homme de 24 ans »

M4 : « un jeune homme d'une trentaine d'années »

M7 : « c'est un jeune homme »

2. Un tableau majoritaire de co-consommations :

Les médecins généralistes ont bien décrit l'association systématique de la consommation de cannabis avec celle du tabac, inhérente au mode de consommation. Certains ont également évoqué la présence d'autres produits psychoactifs tels que l'alcool, ou la cocaïne.

Co-consommations cannabis/tabac, +/- alcool et autres drogues :

M2 : « je dirai plutôt que je vois des consommateurs, soit d'alcool, soit de tabac, qui ont en co-consommation du cannabis »

M3 : « mais il y a aussi d'autres drogues »

M4 : « il y a souvent une co-consommation tabac/cannabis +/- alcool ; en dérivant j'en ai aussi quelques-uns qui prennent de la cocaïne aussi ... » ; « j'en vois pas qui fument du cannabis sans fumer du tabac ; le cannabis est de toute façon toujours mélangé avec le tabac »

M6 : « et les conduites à risque [c-à-d] l'alcool, le tabagisme, la consommation de drogues ... »

3. Les effets recherchés de la consommation :

- *L'aspect thérapeutique :*

Plusieurs participants ont rapporté que le cannabis était utilisé à visée thérapeutique, à savoir apaisante, anxiolytique, voire sédatrice, par leurs patients consommateurs, réguliers ou non.

Aspect thérapeutique :

M2 : « rôle plutôt apaisant dans le stress qu'il vit au quotidien dans son travail »

M4 : « il prenait du cannabis le soir pour l'aider à dormir »

M7 : « c'était pour des manifestations anxieuses »

M9 : « quand vraiment il y avait certains soirs où il n'arrivait pas à dormir, il consommait du cannabis »

- *L'aspect hédonique :*

Les enquêtés ont également mentionné le contexte festif, récréatif, dans lequel pouvait être utilisé le cannabis, dans le cadre d'une recherche du plaisir.

Aspect hédonique :

M1 : « le côté festif/récréatif qui est recherché »

M5 : « ils font ça comme ils consomment de l'alcool quand ils sortent, de manière assez festive »

- *L'aspect social :*

L'aspect social qui pouvait être recherché par les jeunes consommateurs, à savoir celui de l'appartenance à un groupe, a également été évoqué.

Aspect social :

M1 : « l'association à un groupe, à un mode de fonctionnement, le côté « faire des choses avec des gens qui font la même chose », se retrouver pour ça »

4. Des conséquences médico-psycho-sociales nombreuses :

- *Conséquences psycho-sociales/familiales :*

Les conséquences péjoratives psycho-sociales et familiales de la consommation de cannabis semblaient être au premier plan, d'après les médecins interrogés.

Conséquences scolaires ou professionnelles, familiales et psychiques :

M1 : « la déscolarisation, l'inquiétude des parents »

M3 : « des conséquences familiales importantes avec des disputes importantes, jusqu'aux coups et jusqu'à la rupture familiale » ; « des violences familiales et impossibilité de travailler »

M4 : « il peut y avoir plus de retentissement sur la vie sociale, sur les maladies psychiques... »

M8 : « il y avait un retentissement dans sa vie personnelle : au niveau professionnel, impossibilité d'accrocher un boulot »

- *Conséquences médicales :*

Les médecins ont principalement rapporté des conséquences cognitives, sur les capacités de concentration, de mémoire et d'apprentissage. Le danger, sur le versant respiratoire, inhérent à l'inhalation de produits toxiques, a également été abordé.

Conséquences cérébrales et pulmonaires :

M2 : « le produit en lui-même a probablement des conséquences sur les capacités d'apprentissage »

M2 : « le cannabis fumé [...] c'était quand même un apport important de goudron et de monoxyde de carbone »

M3 : « qui ne pouvait pas [...] être concentrée, bien faire travailler sa mémoire quand elle était sous cannabis »

M8 : « au niveau des acquisitions, difficultés de mémoire etc... »

- *Conséquences financières :*

L'aspect financier, à savoir le coût du cannabis, a été évoqué.

Conséquences financières :

M3 : « [...] et financières aussi du coût que peut avoir le cannabis »

Ainsi, un profil-type de consommateurs a été mis en évidence : il s'agit d'un sujet jeune, plutôt de sexe masculin, qui présente un tableau de co-consommations (tabac +/- alcool +/- autres drogues) et qui semble consommer du cannabis dans un but thérapeutique, hédonique et/ou social ; ce patient, si la consommation s'avère régulière, a davantage de risques de présenter des difficultés intra-familiales, une désinsertion sociale et des troubles cognitifs, d'après les médecins interrogés.

D. Un abord variable de la consommation :

L'abord de la consommation de cannabis, au cours d'une consultation, pouvait émaner de différents intervenants, à savoir du médecin, du patient ou encore de l'entourage du patient, et ce pour différentes raisons. Différentes situations ont été décrites par les enquêtés au fil de notre étude :

1. Abord par le médecin, via le dépistage :

Les participants ont évoqué l'importance du dépistage des consommations de toxiques, dont le cannabis fait partie. Certains rapportaient le dépister de manière relativement systématique, tandis que d'autres indiquaient ne l'aborder que dans certaines situations ou chez certains patients, et jugeaient ainsi ne pas l'évoquer suffisamment lors de leurs consultations.

Dépistage par le médecin :

M1 : « Moi je ne pose pas la question systématiquement, je sais pas, je devrais peut être... » ;

M3 : « pour les jeunes, c'est une question à peu près systématique qui vient »

M5 : « moi les nouveaux patients, surtout les jeunes, je leur pose la question : sur leur consommation de tabac, d'alcool et d'autres toxiques dont le cannabis... »

M9 : « peut-être que je vais pas piocher l'information, je vais pas chercher à poser la question [...] ; sur des nouveaux patients, j'aurai plus de facilité quand je leur demande leur mode de vie, est-ce qu'ils fument, est-ce qu'ils boivent, est-ce qu'ils ont des addictions »

2. Abord varié par le patient :

- *A titre informatif :*

Les médecins généralistes interrogés ont souligné la facilité avec laquelle certains patients, surtout les jeunes, évoquaient leur consommation de cannabis en consultation, sans souhait particulier de prise en charge. Cette notion de banalisation de la consommation est d'ailleurs l'un des éléments majeurs qui ressort de notre étude.

A titre informatif :

M6 : « sauf de la part des très jeunes, enfin j'entends 18 ans [...] ils en parlent et ils le banalisent »

M9 : « la plupart du temps c'est eux qui m'en parlent, soit comme élément informatif, soit [...] » ;

« c'est souvent les patients qui m'en parlent spontanément » ; « j'ai le sentiment qu'ils le font assez librement »

- *Motif de consultation en lien avec la consommation de cannabis :*

Certains enquêtés ont mentionné un abord de la consommation par le patient, par le biais d'un motif de consultation en lien avec le cannabis.

Motif de consultation en lien avec le cannabis :

M1 : « à un moment donné, il y a eu un motif de consultation rattaché à ça » ; « souvent les motifs/points d'appel sont plutôt les conséquences sociales ou familiales avant du médical pur »

M5 : « c'est plutôt les patients qui sont consommateurs et qui demandent une aide »

- *Cadre judiciaire :*

A également été exposé le souvenir d'une consultation où le patient avait évoqué sa consommation de cannabis dans les suites de problèmes judiciaires en lien avec cette consommation, avec nécessité d'un suivi médical rapproché.

Cadre judiciaire :

M4 : « il est venu me voir [...] pour me dire qu'il avait eu un retrait de permis parce qu'il avait été positif au cannabis » ; « pour pouvoir faire des prises de sang et des analyses d'urines, pour montrer qu'il ne consommait plus ; donc c'était le but ' justice ' »

- *Sujet « pas de porte » :*

La révélation d'une consommation de cannabis par le patient pouvait aussi faire l'objet du fameux sujet du « pas de la porte », en toute fin de consultation pour un autre motif.

Sujet « pas de porte » :

M1 : « il arrive que le motif apparaisse en fin de consultation, les gens viennent pour autre chose et puis à la fin ils vont nous dire [...] »

3. Abord surprenant par l'entourage familial :

Plusieurs enquêtés ont enfin signalé un abord, non pas par le consommateur lui-même, mais par son entourage familial, le plus souvent les parents d'un adolescent, et cela d'une manière parfois surprenante.

Demande de l'entourage :

M1 : « devant l'insistance de ses parents » ; « en pratique, il est venu parce que sa famille et belle-famille insistaient lourdement pour qu'il vienne »

M3 : « parfois c'est les parents ou l'entourage qui m'en parlent »

M4 : « il y en a beaucoup de demandes de parents qui veulent faire des tests pour leurs ados pour savoir si ils fument du cannabis »

M10 : « la maman, à l'entrée de la consultation, elle me tend un petit papier [...] “tester le cannabis” »

Ainsi, l'abord de la consommation de cannabis en consultation est apparu comme variable puisque pouvant émaner, pour différentes raisons, du patient lui-même, du médecin, ou encore, de manière plus surprenante, de l'entourage familial du consommateur.

E. Une évaluation bien menée de la consommation :

Une fois le repérage précoce effectué et la consommation abordée, les médecins se sont attelés à l'évaluation de la consommation de cannabis :

1. Evaluation globale :

L'analyse du contexte de consommation apparaissait primordiale pour les médecins interrogés.

L'évaluation de la dépendance, notion aujourd'hui incluse dans le terme « trouble lié à l'usage », a également été soulignée. Cependant, il est intéressant de constater que les questionnaires d'évaluation de l'usage problématique du cannabis n'ont pas été cités par les participants de l'étude, même s'ils ont indiqué poser des questions similaires.

Analyse globale du contexte de consommation :

M4 : « analyser sa consommation et le contexte de sa consommation : pourquoi, depuis quand, dans quelles circonstances ... »

M5 : « [...] on évalue un peu la dépendance, la façon de consommer... »

M9 : « après je m'interroge sur leur manière de consommer, sur la quantité, depuis combien de temps... »

M10 : « je leur ai déjà posé la question : est-ce que, pour vous, consommer du cannabis tous les jours, c'est un problème ? ; ça vous a déjà posé des soucis ? »

2. Mode de consommation :

Les enquêtés différençaient, pour la plupart, les consommateurs occasionnels dont la consommation était ponctuelle, des consommateurs réguliers dont la consommation était chronique. Certains différençaient même, au sein des consommateurs réguliers, ceux qui avaient une consommation dite « contrôlée » de ceux pour lesquels il existait une véritable addiction.

Consommation occasionnelle VS régulière ; « contrôlée » VS addiction :

M3 : « quelques patients qui fument et qui ne s'en plaignent pas et qui ont l'air quand même d'avoir une vie à peu près équilibrée ; et puis après il y a les fumeurs occasionnels ou très occasionnels ; [...] pour certains ça entre dans un contexte d'addiction »

M4 : « j'ai 2 catégories, le consommateur chronique et le consommateur occasionnel »

M7 : « il y a des consommateurs de cannabis qui le gèrent très bien ; on est dans une habitude sans qu'il y ait vraiment d'addiction »

M9 : « c'était très ponctuel, c'était pas du tout une consommation régulière »

3. Quantification de la consommation :

La quantification de la consommation, en nombre de joints par jour, a également pu être précisée.

Quantification :

M2 : « il a une consommation d'au moins 3 joints de cannabis par jour »

4. Fréquence de consommateurs dans la patientèle :

Pour les médecins interrogés, l'estimation de la fréquence des consommateurs de cannabis au sein de leur patientèle n'était pas aisée. Ils déclaraient, de manière contradictoire à la notion de banalisation préalablement évoquée, que peu de patients adultes leur en parlaient. Ils ont évoqué, de ce fait, une sous-estimation probable de la fréquence d'une telle consommation au sein de leur patientèle, au vu des chiffres relayés en santé publique.

Estimation de la fréquence des consommateurs de cannabis :

M1 : « la fréquence euhhh je sais pas, je sais pas... » ; « je pense qu'il y en a beaucoup plus » ; « quand on voit les statistiques et les proportions, je pense qu'il y a beaucoup plus de patients consommateurs »

M6 : « j'en ai pas énormément qui déclarent fumer du cannabis mais je pense qu'il y en a beaucoup qui fument du cannabis et qui le disent pas [...] sauf de la part des très jeunes, enfin j'entends 18 ans [...] ils en parlent et ils le banalisent »

M8 : « j'ai quelques patients mais très peu, qui consomment du cannabis, enfin qui me l'avouent »

Ainsi, l'évaluation de la consommation est apparue comme complète et bien menée par les enquêtés, avec, notamment, une différenciation entre consommateurs occasionnels et réguliers. Il est intéressant de noter que cette évaluation a néanmoins semblé être réalisée sans certains outils disponibles, tels que les questionnaires de repérage de l'usage problématique du cannabis.

F. Une prévention inconstante :

La prévention est l'un des volets fondamentaux de toute prise en charge globale, d'autant plus lorsqu'il s'agit d'un problème de santé publique tel que celui du cannabis. Deux niveaux de prévention ont été rapportés ici : une prévention générale (préventions primaire/secondaire) et une prévention plus spécifique des complications de la consommation de cannabis (prévention tertiaire).

1. Prévention générale :

Plusieurs participants donnaient des informations et des conseils généraux, sans jugement ni parole moralisatrice. Il a également été signalé que l'on devrait davantage parler du cannabis dans les campagnes de santé publique, au même titre que le tabac ou l'alcool.

Prévention générale :

M1 : « le discours était sur la prévention »

M2 : « des conseils d'éviter cette consommation » ; « on rappelle toujours que la loi interdit la conduite automobile, de tout véhicule, sous l'effet du cannabis [...] »

M3 : « donner des infos, en disant que si un jour il veut qu'on parle du cannabis [...], je suis le bon interlocuteur, mais pas plus »

M10 : « au niveau des politiques de santé publique, moi je trouve qu'on n'en parle pas autant que le tabac ou l'alcool, et qu'il devrait y avoir un peu plus de campagnes là-dessus »

2. Prévention des complications :

Certains médecins évoquaient les complications plus spécifiques, sur le plan médico-psycho-social, de la consommation de cannabis.

Prévention des complications :

M1 : « lui parler de la prévention sur les risques de désocialisation, sur le plan médical la dépendance, les troubles psychiques voire psychiatriques »

M4 : « on a parlé des effets secondaires [...] »

M8 : « il a fallu lui expliquer que le cannabis démolissait pas mal de cellules nerveuses »

M9 : « je les informe généralement des risques, mais qu'ils connaissent déjà, sur la dépendance... »

Ainsi, nous avons pu constater que la prévention a été réalisée de manière inconstante par les médecins interrogés, par le biais des techniques de conseil minimal ou d'intervention brève, sans spécifiquement les nommer.

G. Une prise en charge « active » adaptée :

Après le repérage précoce, l'abord puis l'évaluation de la consommation de cannabis, et la prévention, venait la phase de la prise en charge « active » orchestrée par le médecin généraliste et adaptée au patient ; les participants de l'étude en ont évoqué plusieurs aspects, que voici :

1. L'alliance thérapeutique au centre de la prise en charge :

Pour une prise en charge de qualité, l'alliance thérapeutique entre le médecin et son patient était indispensable aux yeux des médecins interrogés.

L'alliance thérapeutique :

M1 : « lier une relation »

M2 : « c'est à nous de faire ce travail de mise en confiance [...] »

M3 : « pour l'instant j'ai fait une alliance thérapeutique avec lui » ; « on est vraiment dans l'engagement dans la relation »

M6 : « la bienveillance du médecin, la relation de confiance entre le médecin et le patient »

2. L'entretien motivationnel :

Plusieurs enquêtés rapportaient utiliser les techniques d'entretien motivationnel dans la prise en charge des consommateurs de cannabis.

L'entretien motivationnel :

M3 : « Je mène mes entretiens grâce à l'entretien motivationnel tout le temps »

M4 : « je bricole de l'entretien motivationnel parce que j'ai fait la formation »

M6 : « il faudrait prendre le temps de faire l'entretien [...] l'entretien motivationnel [...] »

M7 : « faire de l'entretien motivationnel...c'est un peu comme l'arrêt de la cigarette j'ai envie de dire [...] »

3. Les Thérapies Cognitives et Comportementales :

Quelques participants mentionnaient l'intérêt des psychothérapies telles que les TCC.

Les TCC :

M3 : « j'ai du mal à comprendre comment les médecins ne sont pas formés [...] à quelques rudiments de thérapies cognitives et comportementales ; tout ce qui va être psychothérapies »

M6 : [...] de TCC, moi j'aimerais bien les faire »

4. L'accompagnement individuel vers le sevrage :

Un accompagnement dans la décision puis l'effort de sevrage, ou a minima, de réduction de la consommation, a été rapporté par plusieurs médecins généralistes. Il était individuel, c'est-à-dire adapté à chaque consommateur en fonction du stade de changement dans lequel il se trouvait.

L'accompagnement individuel vers le sevrage :

M4 : « j'ai proposé de réduire ces 2 consommations, je lui ai pas dit d'arrêter à vie »

M7 : « On a discuté de ce qui rendait l'arrêt de la consommation difficile »

M8 : « on a eu une discussion un peu poussée [...] ; la prise de conscience s'est faite et il s'est arrêté de lui-même »

5. Un traitement médicamenteux éventuel :

Plusieurs traitements médicamenteux ont été évoqués par les enquêtés, principalement dans le but de prendre en charge le symptôme source (très majoritairement l'anxiété), décrit comme à l'origine de la consommation ; il s'agissait de médicaments principalement anxiolytiques, voire anti-dépresseurs, couramment employés par les participants de notre étude.

Le traitement médicamenteux :

M2 : « il gère facilement les problèmes d'anxiété importante chez les patients addicts avec par exemple du tercian® 25 »

M6 : « je lui avais mis un peu d'atarax® l'année dernière »

M7 : « lui proposer un anti-dépresseur, un ISRS (inhibiteur sélectif de la recapture de la sérotonine) pour éviter de passer dans une autre addiction [...] »

M9 : « je crois que je lui ai marqué du stresam® [...] »

6. L'importance du suivi :

Les médecins généralistes interrogés ont également souligné la nécessité du suivi dans ce type de problématique, l'importance d'une prise en charge régulière, et au long cours.

Le suivi régulier / au long cours :

M3 : « quand je veux vraiment accompagner quelqu'un, en général on se voit au début toutes les semaines, puis on essaie d'espacer tous les 15 jours ou tous les mois »

M8 : « donc ce qui fait la force et l'efficacité d'une consultation c'est la répétition, la ré-pé-ti-tion »

M9 : « j'imagine qu'au départ en tout cas, il faut qu'on ait quand même un suivi très régulier »

M10 : « si ils sont pas accompagnés, c'est des patients qui auront pas de suivi »

7. Les idées novatrices évoquées :

Enfin, certains médecins ont donné des idées pour le moins novatrices de prise en charge : pour l'un, les effets nocifs du cannabis étant principalement dus à la combustion de la substance puis à son inhalation, l'outil de la vape pourrait permettre la réduction des risques ; pour l'autre, l'usage de dispositifs transdermiques, sur le principe du traitement substitutif nicotinique, pourrait se concevoir également pour le cannabis.

Les idées novatrices :

M2 : « on pourrait imaginer que, pour réduire les risques, vapoter du THC pourrait être intéressant »

M4 : « c'est sûr que si on avait, comme les patchs pour le tabac, des patchs pour le cannabis, peut-être que ça serait une bonne idée ! »

Ainsi, la prise en charge « active » orchestrée par le médecin généraliste comportait plusieurs volets intéressants, bien décrits par les enquêtés : l'alliance thérapeutique en premier lieu, l'accompagnement individuel vers le sevrage, ou à défaut, vers la réduction de la consommation, au travers des techniques d'entretien motivationnel ou de TCC, mais aussi l'aide médicamenteuse éventuelle, dans le cadre d'un suivi au long cours du consommateur de cannabis.

H. Une orientation « standardisée » des consommateurs :

L'ultime volet essentiel de la prise en charge des patients consommateurs de cannabis était l'orientation, quand cela était jugé nécessaire, vers d'autres professionnels, qu'ils soient médicaux ou non, et qu'ils travaillent en structure de soins ou non. Elle permettait une prise en charge globale, au sens pluridisciplinaire, des patients mais nécessitait une bonne coordination entre professionnels.

1. Vers des structures de soins spécialisées :

Les deux structures de soins spécialisées en addictologie les plus citées étaient les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) et le service d'addictologie du Centre Hospitalo-Universitaire (CHU).

- *Le CSAPA :*

Les participants semblaient orienter facilement en CSAPA, bien conscients que la pluridisciplinarité qui y règne était un atout majeur pour la prise en charge du patient. L'un des médecins interrogés y faisait même des vacations, en qualité de médecin généraliste ayant la capacité d'addictologie.

L'orientation en CSAPA :

M2 : « en CSAPA je travaille dans une équipe où il y a 2 psychologues, une éducatrice » ; « le travail en CSAPA est bien facilité par la pluridisciplinarité »

M5 : « il y a deux CSAPA qui sont pas loin »

M6 : « En CSAPA ; soit à logos [...] soit à l'envol qui est l'hôpital dans la ville, le CSAPA de la ville »

M8 : « à Nîmes il y a 2 centres, l'un en haut du Jean Jaurès et l'autre de l'autre côté de la ville ; ce sont des centres d'addictologie »

- *Le CHU :*

Les médecins interrogés connaissaient le service d'addictologie du CHU, mais ils semblaient y adresser moins fréquemment leurs patients, évoquant des difficultés d'ordre logistique ou relationnel avec le service.

L'orientation vers le CHU :

M4 : « le relationnel avec le CHU est un peu difficile... »

M6 : « ben lui il a tout testé, il est déjà allé partout dans les CSAPA, du coup j'ai appelé les médecins du CHU de Nîmes »

M7 : « J'ai pas l'impression qu'au CHU ça soit aussi simple, de mon expérience »

M9 : « sur Nîmes généralement vers le service d'addicto du CHU »

2. Vers des spécialistes médicaux :

Les participants orientaient principalement vers trois spécialistes médicaux : l'addictologue en cas d'addiction, le psychiatre si problématique (ou doute sur problématique) psychiatrique, et le pneumologue, pour faire le point sur la fonction respiratoire du patient.

- *L'addictologue :*

L'orientation vers l'addictologue :

M1 : « je les oriente facilement vers les addictologues sur Nîmes »

M3 : « Les addictologues ils sont tellement peu nombreux que les rendez-vous sont trop loin, trop espacés, il y a pas de suivi et certains ne travaillent pas comme j'aime donc c'est pas la peine »

M5 : « après il y a les médecins addictologues... »

M7 : « il y a aussi sur Vauvert le Dr ... qui fait pas mal d'addicto, avec qui je travaille volontiers »

- *Le psychiatre :*

L'orientation vers le psychiatre :

M2 : « [...] lorsque j'ai un doute sur le profil psychiatrique du patient, de demander l'avis d'un psychiatre »

M5 : « si ils sont consommateurs de cannabis mais avec une problématique psychiatrique, oui donc là effectivement l'abord peut passer d'abord par le psychiatre »

M8 : « le psychiatre pour moi c'est capital »

M10 : « c'est le psychiatre quand vraiment il y a des troubles de la personnalité associés »

- *Le pneumologue :*

L'orientation vers le pneumologue :

M2 : « chez les gros fumeurs de cannabis, se pose la question de leur fonction respiratoire »

M10 : « souvent il y a le passage chez le pneumologue à cause du tabac »

3. Vers des professionnels de santé autres :

Il est intéressant de constater que les enquêtés n'ont pas omis d'orienter vers des professionnels de santé autres, au premier rang desquels se trouvait le psychologue, indispensable selon eux. Ils orientaient parfois vers l'assistant(e) social(e). Enfin, certains mentionnaient la sophrologie, la méditation pleine conscience, ou encore l'hypnose et l'acupuncture, de manière assez surprenante.

- *Le psychologue :*

L'orientation vers le psychologue :

M2 : « dans les comorbidités plus liées à l'anxiété, on peut aussi imaginer travailler avec des psychothérapeutes » ; « les psychologues dont les consultations sont gratuites en CSAPA »

M3 : « Si je les oriente c'est surtout à la psychologue »

M5 : « une consultation jeunes [consommateurs] pour le cannabis, qui est faite par une psychologue... »

M7 : « il faudrait au moins avoir une psychologue je pense pour avoir l'expertise, à moins qu'on soit médecin psychothérapeute ce qui n'est pas mon cas »

- *L'assistant(e) social (e) :*

L'orientation vers l'assistant(e) social(e) :

M2 : « une assistante sociale qui peut nous aider à résoudre bien des problématiques »

M3 : « des fois on va les orienter vers l'assistante sociale »

M8 : « ensuite travailler avec les travailleurs sociaux »

- *Le sophrologue, ou les intervenants de « médecine parallèle » :*

L'orientation vers la « médecine parallèle » :

M3 : « On discute toujours à un moment dans leur suivi de la méditation, la pleine conscience »

M4 : « [...] ou sophrologue »

M10 : « les professionnels de santé de « médecine parallèle » [...] L'hypnose, l'acupuncture, ce genre de choses... je leur dis que ça existe, que ça peut les aider »

Ainsi, les médecins interrogés ont révélé une orientation relativement « standardisée » de leurs patients consommateurs de cannabis, quand cela leur semblait nécessaire et avec l'accord préalable des patients.

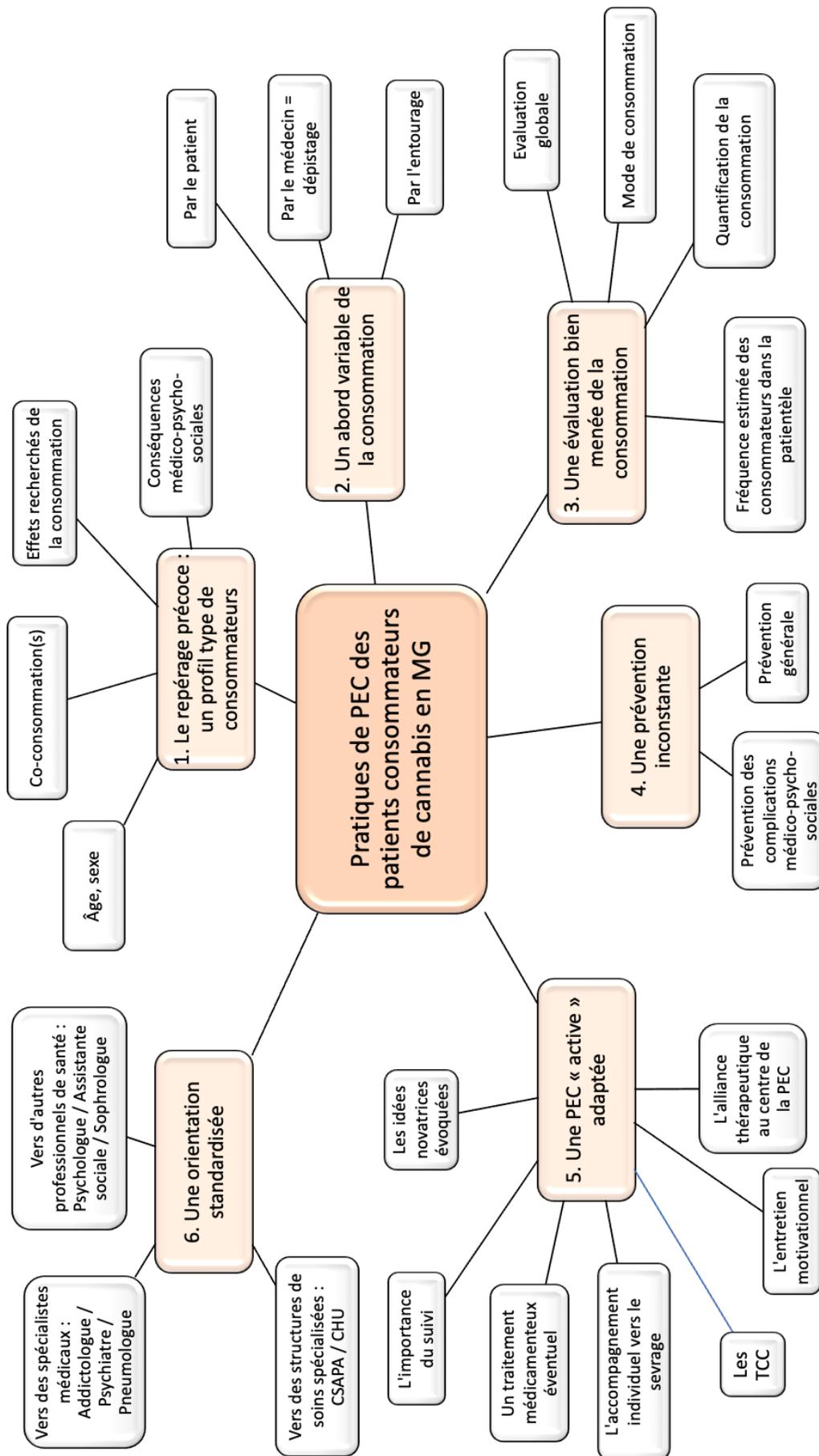


Figure 7: Diagramme récapitulatif des pratiques de PEC des consommateurs de cannabis

I. Freins à la prise en charge en cabinet :

Au cours des différents entretiens, les médecins interrogés ont évoqué, spontanément, ou bien en réponse à la quatrième question du guide d'entretien, les difficultés qu'ils rencontraient quotidiennement, dans la prise en charge de leurs patients consommateurs de cannabis en cabinet. Ils ont aussi bien évoqué leurs propres freins, que les freins qu'ils imaginaient et/ou ressentaient de la part du patient :

1. Ceux du côté du médecin :

a. **Manque de temps / indisponibilité :**

Le principal frein rapporté était le manque de temps, de la part du médecin, pour entreprendre une prise en charge addictologique en cabinet. En effet, dans ce contexte, des consultations plus longues mais aussi plus rapprochées étaient nécessaires pour une prise en charge de qualité, ce qui n'était pas toujours possible en pratique.

Le manque de temps / l'indisponibilité du médecin :

M1 : « le temps en premier ! Tous les sujets d'addicto que ce soit le cannabis ou autre chose, il faut quand même prendre le temps »

M2 : « Chronophages aussi »

M9 : « à notre niveau on peut difficilement proposer des consultations répétées, parce qu'on manque de temps »

M10 : « comme toutes les consultations d'addictologie, c'est des consultations qui prennent un peu plus de temps que la normale, il faut que le médecin [...] soit prêt à passer un peu de temps »

b. **Défaut de dépistage :**

Puis, les médecins interrogés ont indiqué que l'absence de repérage, par défaut de dépistage de leur part, était un frein important. En effet, s'ils ne dépistaient pas tous les patients, il leur était impossible de prendre en charge les usagers problématiques de cannabis par la suite.

Le défaut de dépistage des consommateurs :

M4 : « j'ai quand même un autre frein, c'est le frein 'cliché' [...] » ; « je sais pas pourquoi je l'avais posé à lui et je pose pas aux autres hommes de 60 ans ; et je pose plus aux adolescents, on va dire jusqu'à 30 ans, après je la pose pas »

M9 : « Après peut-être que je vais pas piocher l'information, je vais pas chercher à poser la question »

M10 : « identifier les patients qui sont à risque ; ça aussi c'est pas évident, de 1 parce qu'ils consultent pas et de 2 parce qu'on pose pas toujours la question »

c. Insuffisance de formation :

Ils soulignaient aussi une formation insuffisante en addictologie ou en techniques d'intervention telles que l'entretien motivationnel. Ils étaient ainsi plusieurs à ne pas s'estimer compétents en addictologie, ce qui était un frein conséquent à une prise en charge en cabinet.

L'insuffisance de formation en addictologie / en EM :

M1 : « moi j'ai pas de formation en addicto »

M2 : « les difficultés que rencontrent les confrères médecins, c'est essentiellement lié à une formation qui est défailante/insuffisante »

M3 : « j'ai du mal à comprendre comment les médecins ne sont pas formés à l'entretien motivationnel [...] C'est pas mis en place dans le 2e cycle des études médicales, c'est pas mis en place pour les psychologues... »

M9 : « le manque de formation certainement »

d. Ressenti négatif sur le cannabis :

Certains participants ont rapporté des freins relatifs à la perception négative de l'utilisateur de cannabis par certains confrères, ce qui les conduirait à sélectionner leur clientèle en excluant les patients addicts.

Le ressenti négatif sur le cannabis :

M1 : « une forme de déviance »

M2 : « la crainte que de s'occuper de patients addicts génère une sorte d'appel d'air et puisse faire venir dans le cabinet beaucoup de patients complexes, dans des domaines encore plus complexes que le cannabis »

M8 : « le médecin qui sélectionne sa clientèle [...] le médecin qui veut que des gens bien léchés, des petits « bobo » à soigner et qui veut pas s'emmerder avec des gens qui ont des problèmes addictologiques »

e. Mauvaise coordination entre acteurs de soins :

Les enquêtés signalaient également une coordination de mauvaise qualité entre les différents acteurs de santé impliqués, voire même une absence de retour, une fois le patient adressé à telle structure ou tel professionnel, ce qui rendait la continuité des soins en cabinet difficile.

La mauvaise coordination entre acteurs de soins :

M3 : « parfois une des difficultés, c'est qu'on adresse les patients et, suivant à qui on adresse, on a pas de retour ; quand on les envoie dans une des structures de prise en charge, on a pas toujours de courrier ou très tardivement ... »

M4 : « La coordination avec le CHU je la trouve pas parfaite »

M8 : « il s'est certainement passé des choses mais on est pas trop au courant quoi de ce qu'il s'est passé [...] c'est déjà pas mal si il y a un courrier et souvent il n'y en a pas »

f. Manque de pratique ou d'intérêt :

Certains participants ont indiqué manquer de pratique voire même d'intérêt en addictologie ; Ainsi, de la même manière que par insuffisance de formation, ils ne se considéraient pas suffisamment compétents pour mener une telle prise en charge en cabinet.

Le manque de pratique ou d'intérêt :

M1 : « des usagers qui nécessitent des prises en charge complexes [...] j'en ai pas eu beaucoup moi »

M5 : « enfin de m'intéresser plus spécifiquement à cette problématique ... » ; « C'est vrai que c'est pas un sujet qui est prioritaire pour moi... si on s'y intéresse moins, les gens ils vont moins le rechercher chez nous »

g. Complexité de la prise en charge :

La complexité supposée d'une telle prise en charge, dans le contexte d'une absence fréquente de pluridisciplinarité en cabinet, était aussi identifiée comme un frein par quelques médecins interrogés.

La complexité de la prise en charge :

M1 : « des usagers qui nécessitent des prises en charge complexes [...] »

M2 : « souvent c'est vécu comme des prises en charges complexes par le médecin généraliste et donc qui sont un petit peu effrayantes »

M7 : « le manque de pluridisciplinarité »

h. Prise en charge peu valorisée / insuffisance de rémunération :

Enfin, certains participants ont mentionné l'absence de valorisation de ce type de prise en charge comme un frein, et notamment l'absence de cotation spécifique. Ils jugeaient ainsi insuffisante la rémunération, qui correspondait à celle d'une consultation « standard » de médecine générale, pour une durée de consultation souvent plus importante et une complexité de prise en charge telle qu'elle a été précédemment évoquée.

Le manque de valorisation de la prise en charge / l'insuffisance de rémunération :

M2 : « [...] peut-être aussi mal vécues parce que peu valorisantes [...] »

M3 : « C'est aussi un petit frein pour moi de te dire : ' Pour qui on te prend, quand tu consultes 30 min avec les compétences que t'as, et te payer que 25 euros ' »

M8 : « mais c'est vrai qu'il n'y a pas d'acte spécifique »

2. Ceux imaginés du côté du patient :

a. **Déni du trouble par banalisation :**

Les médecins interrogés ont rapporté une forte banalisation de la consommation de cannabis, principalement chez leur jeune patientèle, induisant un déni de l'usage problématique, qui freinerait de manière significative une prise en charge éventuelle en cabinet.

Le déni du trouble par banalisation :

M1 : « eux estiment que ce n'est pas un problème »

M6 : « il y a beaucoup de déni » ; « Et après pour les gens je dirai que c'est la banalisation du cannabis »

M8 : « pour le patient c'est essentiellement la banalisation »

M10 : « pour eux c'est pas forcément un problème »

b. **Absence de motivation :**

Ils mentionnaient également une absence de motivation des patients consommateurs à entreprendre une prise en charge, probablement en lien avec le syndrome amotivationnel caractéristique de la consommation chronique de cannabis.

L'absence de motivation :

M3 : « pour l'instant il n'est pas motivé du tout » ; « la difficulté sur le chemin qu'ils font, c'est vraiment leur prise de décision » ; « certains patients viennent pousser par leur entourage ou avec une motivation incertaine »

M9 : « je sais pas si c'est parce que ils étaient pas suffisamment motivés »

M10 : « du coup ils sont moins motivés pour s'occuper de ça »

c. **Manque de confiance envers le médecin :**

Les participants ont aussi indiqué que l'absence d'une relation de confiance médecin-patient pouvait se révéler être un frein important pour le patient, d'où l'importance d'une relation de qualité, permettant une alliance thérapeutique dans la prise en charge de la consommation.

Le manque de confiance envers le médecin :

M4 : « il y a une réticence des patients régulièrement ; « [...] ils ont peur, je sais pas moi, peut-être qu'on les mette sur des fichiers »

M6 : « il y a le temps aussi qui fait la relation »

M10 : « ils ont pas forcément envie de parler à quelqu'un qu'ils connaissent pas... »

d. Honte / peur du jugement :

La notion de honte et/ou de peur de jugement est également ressortie des entretiens effectués comme un frein important imaginé du côté du patient. Elle correspondrait au ressenti du patient sur sa consommation.

La honte/ peur du jugement :

M4 : « ils se sentent un peu jugés quand je leur pose la question »

M6 : « la honte »

M8 : « et sinon c'est la honte ; il y a des patients qui vous l'avouent du bout des lèvres »

M9 : « Peut-être les patients qui n'en parlent pas du tout, j'imagine que c'est parce qu'ils ont peur du jugement »

e. « A priori » sur le cannabis :

Quelques enquêtés ont également mis en lumière certains « a priori » qu'auraient les patients à propos du cannabis, et notamment celui de l'absence de nocivité pour la santé, en lien avec la banalisation de la consommation. Ces idées reçues freineraient la prise en charge de la consommation en cabinet, selon les médecins interrogés.

Les « a priori » sur le cannabis :

M8 : « les gens qui fument régulièrement du cannabis, ils n'ont pas conscience de la toxicité du produit »

M10 : « parce qu'il y a encore dans l'esprit de beaucoup de patients, qu'il n'y a pas d'effet secondaire, pour eux c'est moins nocif pour la santé. »

f. Illégalité du produit / souci de confidentialité :

Ensuite, certains enquêtés ont évoqué l'illégalité du cannabis, qui pouvait renvoyer à un souci de confidentialité. Selon eux, cela pourrait constituer un frein pour le patient à en parler au médecin, et particulièrement s'agissant de mineurs ou au contraire de patients plus âgés.

L'illégalité du produit / le souci de confidentialité :

M2 : « produit actuellement toujours prohibé dans notre pays » ; « on est dans un pays où l'image du cannabis est quand même très négative au regard de la loi » ; « dans l'ambiance actuelle de prohibition » ; « ça peut être un frein quand on sait que le médecin généraliste soigne les parents, quand on est mineur, je pense que c'est pas évident d'aborder ça avec le médecin »

M4 : « le coté illégal, je pense que ça peut être un frein »

g. Coût de la prise en charge / difficultés d'accès aux soins :

Certains ont parlé d'un frein financier éventuel, à savoir le coût inhérent à la prise en charge globale de la consommation de cannabis, notamment celui des consultations des psychologues, non prises en charge par la sécurité sociale à ce jour. De surcroît, pour les personnes non éligibles à une couverture sociale, ou dont les droits ne sont plus à jour, l'aspect financier serait incontestablement un frein.

Le coût de la prise en charge / les difficultés d'accès aux soins :

M2 : « avec évidemment les freins qui sont ceux de la prise en charge de ces consultations [psychothérapeutes] avec des problèmes socio-économiques importants, avec un niveau de vie difficile pour beaucoup de gens »

M10 : « les adultes qui consomment, c'est des personnes qui peuvent être plus précaires, avec, comme toutes les personnes précaires, un accès aux soins plus difficile ; des fois ils ont pas de droit ouvert ou pas à jour en tout cas »

h. Indisponibilité pour se rendre aux rendez-vous médicaux :

Enfin, quelques participants ont évoqué l'indisponibilité de leurs patients pour se rendre aux rendez-vous médicaux, souvent rapprochés, nécessaires à leur prise en charge en cabinet.

L'indisponibilité des patients :

M3 : « il faut arriver à se rendre disponible ; il y en a qui travaillent, c'est pas toujours évident de venir sur mes horaires »

M10 : « c'est difficile d'avoir accès ben déjà aux patients, parce que les adolescents c'est une population qui consulte vraiment très peu. »

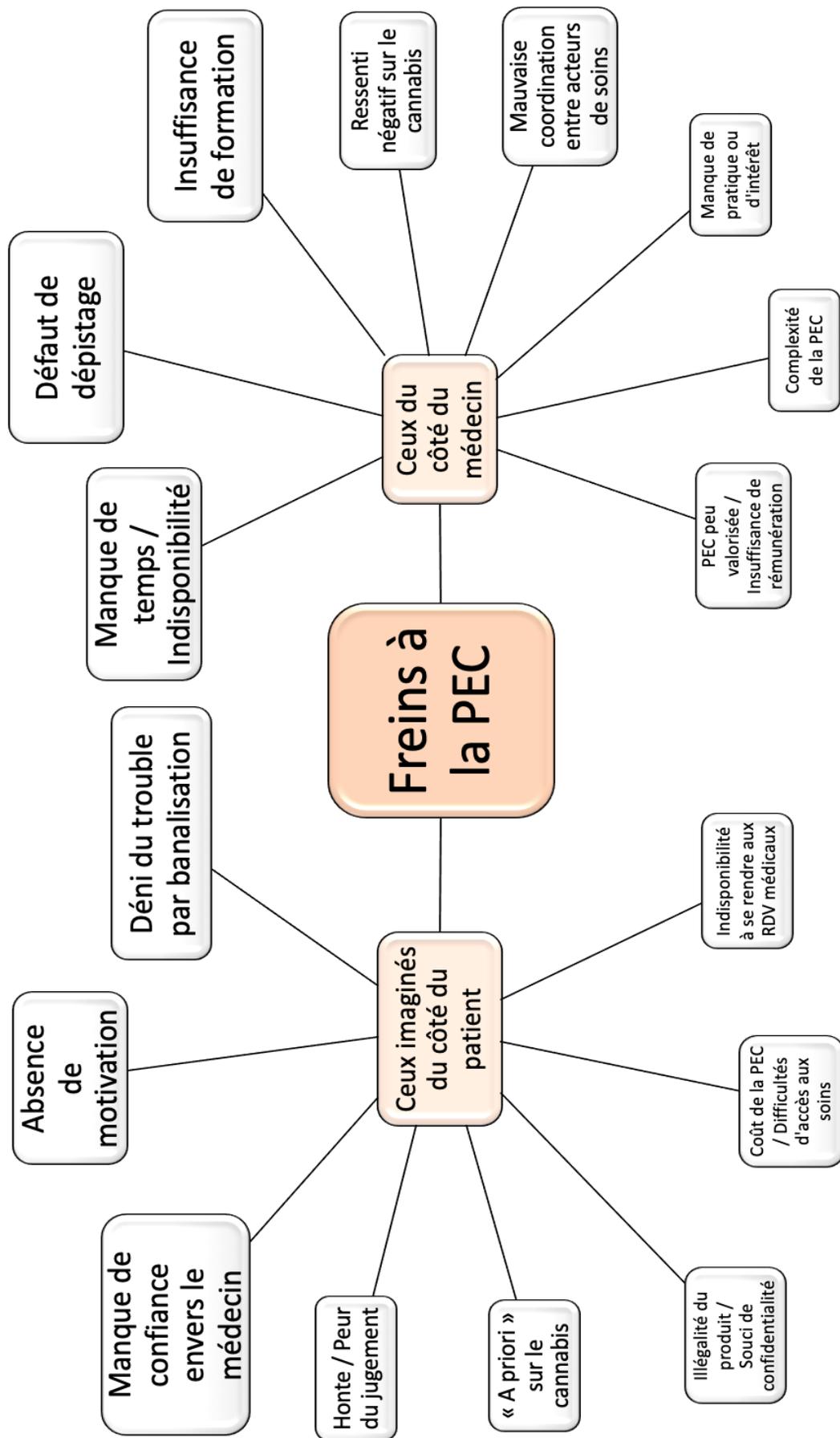


Figure 8: Diagramme récapitulatif des freins à la PEC des consommateurs de cannabis en cabinet

IV. DISCUSSION :

A. Forces et limites de l'étude :

1. Forces :

- le thème de l'étude :

En réalisant une recherche bibliographique préalablement à notre travail, nous avons constaté que plusieurs travaux existaient sur le rôle du médecin généraliste dans le dépistage ou la prévention de la consommation de cannabis, ou encore sur la prise en charge des adolescents consommateurs. L'originalité de notre étude est de s'intéresser à la prise en charge globale de tous les consommateurs de cannabis, en médecine générale libérale.

- la méthodologie rigoureuse :

Les critères COREQ (48) ont été utilisés pour la validité de l'étude.

- l'évolutivité du guide d'entretien :

Le guide d'entretien a été testé par un entretien test, afin de vérifier la bonne compréhension des questions, et il a été modifié une fois pour gagner en fluidité et en pertinence au cours de l'étude.

- la triangulation partielle :

Une triangulation partielle a été réalisée dans le but de valider la méthode d'analyse des données. Ainsi, l'enquêtrice et la co-directrice ont analysé séparément et sans concertation préalable les retranscriptions des deux premiers entretiens réalisés, puis les résultats ont été recoupés. Cela nous a permis de vérifier la cohérence des thèmes et des sous-thèmes, en fonction des verbatims.

- la retranscription :

Nous avons réalisé une retranscription minutieuse immédiatement après chaque entretien, afin d'avoir encore en mémoire le langage non verbal des enquêtés et de pouvoir au mieux le retranscrire et l'analyser également.

- la saturation des données :

Les entretiens ont été analysés au fur et à mesure de l'étude. Nous avons ainsi pu les poursuivre jusqu'à saturation des données (absence de nouveau thème et/ou sous-thème), ce qui nous a conduit au neuvième entretien. Cette saturation a été confirmée par le dixième et dernier entretien.

- la diversité de pratiques des médecins de l'échantillon :

Nous avons fait le choix de recruter certains participants ayant une formation, ou au moins un intérêt pour l'addictologie, et d'autres au hasard, afin d'obtenir un large panel de pratiques en médecine générale. Ainsi et de manière attendue, la prise en charge « active » n'a pas été la même en fonction des compétences et des connaissances du praticien en addictologie : cela va du médecin qui dépistage et oriente directement vers des professionnels de santé compétents dans le domaine, à celui, titulaire de la capacité d'addictologie, qui prend en charge le patient de A à Z en cabinet.

2. Limites :

- l'échantillonnage :

Nous n'avons malheureusement pas pu interroger de médecin exerçant en zone rurale. De même, nos participants comptent trois femmes pour sept hommes, ce qui n'est pas représentatif du ratio hommes/femmes au sein des médecins généralistes du Gard (49), dans le contexte actuel de féminisation de la profession. Malgré cela, la variabilité finale obtenue en termes d'âge, d'orientation des pratiques, de durée et lieu d'exercice des médecins interrogés reste satisfaisante.

- la conduite des entretiens semi-directifs :

Notre travail peut présenter un biais d'intervention et/ou de méthode, lié à l'inexpérience de l'enquêtrice dans la conduite d'entretiens semi-directifs. Toutefois, en ayant modifié le guide d'entretien pour gagner en clarté au fil de notre étude, et en ayant réalisé une triangulation partielle dans l'analyse des données, nous pensons avoir limité ce type de biais.

Aussi, le fait d'avoir interrogé des médecins sur leurs pratiques a pu induire un biais de réponse (ou désirabilité sociale). Cependant, nous avons veillé à limiter ce biais au maximum, en rappelant dans l'introduction de chaque entretien : « la bienveillance est au centre de ce travail de thèse tourné vers les médecins généralistes et je recherche avant tout l'authenticité de vos pratiques ».

- la conception du guide d'entretien :

L'une des questions du guide d'entretien porte sur le souvenir d'une consultation passée, pouvant ainsi induire un biais de mémorisation.

- le choix des entretiens individuels :

Concernant le recueil des données, nous avons choisi de réaliser des entretiens individuels pour laisser aux médecins interrogés plus de liberté d'expression sur un sujet « sensible » tel que celui du cannabis. Cependant, au vu de la durée relativement courte des entretiens, le choix du focus-groupe, qui permet davantage d'interactions entre les participants, aurait pu conduire à une augmentation du temps de parole de chacun.

- l'enregistrement audio :

Nous avons enregistré les entretiens par dictaphone sur deux supports. Cela a pu inhiber la liberté d'expression de certains médecins, bien que l'accent ait été mis sur la bienveillance ainsi que sur l'anonymisation des données.

- l'absence de retour de retranscription :

Nous n'avons pas effectué de retour de retranscription auprès des participants, nous privant ainsi d'un renforcement de la validité interne de l'étude.

B. Résultats commentés et comparés à la littérature :

Au cours de notre enquête autour des pratiques de prise en charge des patients consommateurs de cannabis en médecine générale, et des freins à cette prise en charge en cabinet, nous avons obtenu certains résultats, que nous allons commenter et comparer à la littérature déjà existante sur le sujet.

1. A propos de l'objectif principal :

a. **Le repérage : se méfier du profil-type de consommateurs**

Un profil-type de consommateurs a été mis en évidence par les participants de notre étude, à savoir, de manière un peu caricaturale, celui d'un jeune homme poly-consommateur, fumant souvent à

visée anxiolytique, parfois ralenti sur le plan psychomoteur, en rupture familiale et/ou en marge de la société.

Or, il convient de nuancer ce profil-type, d'aller au-delà du « cliché » : en effet, bien que les jeunes représentent la part la plus importante de consommateurs de cannabis, il existe des consommateurs de tout âge, mais aussi de tout statut social. Pour preuve, deux des dix médecins interrogés ont révélé être eux-mêmes consommateurs occasionnels de cannabis.

Dans son travail de thèse datant de 2017 (50), Virginie Trusch affirme qu'il n'existe pas de profil-type concernant le consommateur régulier de cannabis, même s'il est plus souvent un adulte jeune et de sexe masculin.

En effet, le risque d'un tel stéréotype est de passer à côté des autres usagers potentiellement problématiques de cannabis. Il serait donc intéressant d'élargir encore un peu plus le dépistage, afin de le rendre systématique, en ciblant toute la population et non uniquement les jeunes ou certains profils particuliers, même si ces patients-là méritent effectivement une attention particulière.

b. Un abord variable, parfois surprenant, de la consommation :

Les différents intervenants, retrouvés dans notre étude, dont peut émaner l'abord de la consommation de cannabis sont : le médecin, le consommateur lui-même ou son entourage.

Ils sont retrouvés à l'identique dans d'autres travaux de thèse, dont celui de Romain Maillard (44).

En ce qui concerne le médecin, l'abord du cannabis se fait dans le cadre du dépistage, qui n'est pas toujours systématique comme nous avons pu le constater. Il semble tout de même y avoir eu une franche amélioration dans ce domaine depuis quelques années, au vu des résultats de précédentes thèses réalisées spécifiquement sur le dépistage des consommateurs de cannabis en médecine générale : en effet, dans la thèse d'Émilie Millet datant de 2015 (45), seulement 6% des 35 médecins interrogés dépistaient systématiquement une consommation ; dans la sienne (44), Romain Maillard concluait que le cannabis n'est jamais abordé systématiquement par les médecins généralistes, en 2017.

L'abord par le consommateur lui-même est décrit par les participants dans différentes situations non exhaustives. Du moment où le patient a évoqué sa consommation de cannabis, peu importe la raison suscitée, il semble licite d'instaurer un climat de confiance et d'absence de jugement. Lors des prochaines consultations, il conviendra de réévaluer systématiquement la consommation et de

repérer les potentielles complications psychosociales et somatiques, de manière à estimer la sévérité de cette consommation (37), afin d'initier un accompagnement individuel adapté, en fonction du stade de changement dans lequel se trouve le patient (*figure 6*).

Pour ce qui est de l'abord par l'entourage familial, principalement les parents des adolescents, le cannabis a été évoqué dans deux cas de figure types :

- une consommation avérée et un souhait parental de prise en charge ;
- une consommation suspectée et une demande parentale de confirmation par examen paraclinique.

Nous avons été surpris par ce deuxième cas de figure, a priori relativement courant. Il est évident que l'attitude du médecin ne sera pas la même en fonction de la situation. De plus, cette demande peut avoir lieu en présence de l'adolescent ou non, et qu'il soit consentant ou non, ce qui conduit le médecin à agir différemment.

Il n'y a donc pas de réponse-type à apporter à ces demandes parentales, qui doivent être analysées et traitées au cas par cas. Quoi qu'il en soit, il convient de leur proposer une aide individuelle, s'ils en ressentent le besoin. Il pourrait aussi être intéressant d'inclure les parents dans la prise en charge de l'adolescent consommateur, notamment via les thérapies familiales MDFT (MultiDimensional Family Therapy). En effet, elles ont été développées dans le cadre spécifique de la prise en charge de l'adolescent consommateur de drogues et ont montré leur efficacité dans la réduction de l'usage nocif de drogues chez les adolescents (51).

c. Une évaluation bien menée de la consommation :

Dans notre enquête, l'évaluation de la consommation de cannabis apparaît plutôt complète : en effet, les médecins interrogés se sont intéressés au contexte de consommation jusqu'aux retentissements sur la vie quotidienne des patients ; ils ont aussi évoqué le mode d'usage en différenciant consommateurs occasionnels et réguliers, la quantification de cette consommation et ils ont donné une estimation de la fréquence de consommateurs au sein de leur patientèle.

Il est intéressant de remarquer que cette évaluation semble néanmoins avoir été réalisée sans le support de certains outils standardisés disponibles, tels que les questionnaires de repérage de l'usage problématique du cannabis (36). Les médecins ont cependant mentionné poser des questions qui se rapprochaient notamment de celles du questionnaire CAST (*annexe 2*).

Deux autres thèses réalisées successivement en 2015 et 2016 par Emilie Millet (45) puis Andreea Constantinescu (41), portant sur les pratiques des médecins généralistes en terme de dépistage de la consommation de cannabis chez les jeunes, allaient également dans ce sens.

Bien que ces outils de repérage ne se substituent pas à un jugement clinique, leur utilité en première ligne semble être reconnue. Il serait donc intéressant d'améliorer leur diffusion en médecine générale libérale.

Aussi, le but de l'évaluation d'une consommation est d'en repérer le caractère problématique, pouvant aller jusqu'au trouble lié à l'usage. Certains enquêtés ont souligné la notion de dépendance, décrite dans le DSM IV, caractérisée par une perte de contrôle de la consommation et désormais regroupée avec la notion d'abus sous le terme de « trouble lié à l'usage ».

Les critères diagnostiques du TLUC, tels qu'ils figurent dans la dernière version du DSM, n'ont pas été évoqués par les participants. Cependant, la plupart d'entre eux ont accordé une importance particulière au retentissement de la consommation de cannabis sur la vie quotidienne du patient, ce qui rejoint certains critères du DSM V (32). Ces critères présentent une pertinence puisque, en cas de diagnostic de TLUC et selon son niveau de sévérité, la prise en charge addictologique est davantage standardisée. Il pourrait être intéressant de réaliser une mise à niveau en addictologie, à l'occasion d'une session de FMC par exemple.

Ensuite, la majorité des médecins interrogés ont différencié consommateurs réguliers et consommateurs occasionnels dans leurs pratiques de prise en charge. Cette distinction nous paraît pertinente pour permettre une prise en charge adaptée de chaque consommateur.

Certains ont même différencié, au sein des consommateurs réguliers, une consommation dite « contrôlée » qu'ils définissaient comme une habitude de consommation n'entraînant pas de retentissement sur la vie quotidienne du patient, en opposition à l'addiction « vraie ». Cela rejoint la classification en niveaux d'usage, suivant le modèle de la pyramide de Skinner (*figure 2*).

Enfin, la fréquence des consommateurs de cannabis paraît sous-estimée dans notre étude, comme elle l'est en population générale ; en effet, on note une incohérence entre la forte hausse de consommation de cannabis décrite par tous et sa faible prévalence estimée par les médecins interrogés au sein de leur patientèle respective. Cependant, ils semblent bien conscients de cette sous-estimation, qu'ils attribuent principalement à un défaut de dépistage de leur part et/ou à une peur du jugement supposée de la part du patient.

d. Une prévention inconstante :

En ce qui concerne la prévention, certains médecins interrogés ont réalisé un conseil minimal ; d'autres ont appliqué les principes de l'intervention brève.

L'essai CANABIC (52), mené par Catherine Laporte, entre autres, a permis de faire la preuve de l'efficacité de l'intervention brève dans la prise en charge des usagers de cannabis, d'autant plus auprès des plus jeunes (moins de 18 ans) et des consommateurs modérés ((CAST < 3) : ainsi, les jeunes consommateurs suivis par des médecins généralistes préalablement formés à l'intervention brève consommaient moins de cannabis au bout d'un an s'ils étaient consommateurs non quotidiens, et au bout de 6 mois s'ils avaient moins de 18 ans. De plus, cette étude module l'efficacité de l'intervention brève en fonction du stade de changement de Prochaska et DiClemente, dans lequel le patient se trouve : plus le consommateur est désireux et motivé au changement (« readiness to change »), plus l'intervention brève a d'impact sur lui (53). Enfin, cibler les patients au stade de pré-contemplation ou contemplation serait aussi utile car les amenant à évoluer dans le cycle du changement, selon cette même étude CANABIC.

Il est intéressant de constater que les enquêtés ont utilisé ces techniques avec pertinence, mais sans toutefois le spécifier. Au-delà de leur efficacité certaine, cela signe un bon maniement des différentes techniques d'intervention par les médecins généralistes libéraux.

Malgré tout, la prévention semble être réalisée de manière inconstante chez nos enquêtés, certains ne l'ayant pas évoquée. Comme pour tout problème de santé publique, la prévention est un volet qui semble primordial dans la prise en charge globale des consommations de cannabis. Il y a donc à ce niveau une marge d'amélioration potentielle en médecine de premier recours.

e. Une prise en charge « active » adaptée :

- L'alliance thérapeutique au centre de la prise en charge :

Comme les enquêtés l'ont incontestablement fait remarquer, l'alliance thérapeutique est indispensable à toute prise en charge, où elle tient désormais un rôle central.

La relation médecin-patient a évolué au fil des siècles, passant d'un modèle paternaliste à un modèle

plutôt délibératif, coopératif (54) (55), ce que confirme notre étude. Alors que la communication était unilatérale dans le modèle paternaliste, entre un médecin détenteur du savoir et d'un certain « pouvoir » sur le corps du malade, et un patient passif, soumis à l'autorité médicale, elle est désormais bilatérale, d'où le terme de « décision médicale partagée ». Cette dernière notion a fait l'objet d'une mise au point par la HAS en octobre 2013 (56). Ainsi, il s'agit d'un modèle de décision médicale comprenant l'échange de l'information et la délibération, en vue d'une prise de décision acceptée d'un commun accord et portant sur la santé individuelle du patient.

La relation médecin-patient doit donc être de qualité, comme l'ont souligné la majorité des médecins interrogés. Le patient attend du médecin bienveillance, empathie et écoute active. Il doit en retour lui accorder sa confiance, pour une relation la plus équilibrée possible.

- Les différentes possibilités d'intervention inégalement utilisées :

Dans notre étude, différentes techniques d'intervention ont été utilisées, de manière plus ou moins marquée :

- *L'intervention brève*, dont nous avons déjà discuté plus haut.
- *L'entretien motivationnel* :

Plusieurs enquêtés ont indiqué utiliser les principes de l'entretien motivationnel, ou bien souhaiter le faire, dans la prise en charge « active » des consommateurs de cannabis.

L'entretien motivationnel a fait la preuve de son efficacité dans la prise en charge des TLUC chez l'adulte (57). Cependant, son efficacité semble plus nuancée chez l'adolescent : selon une revue de littérature Cochrane (58) réalisée en 2011, et regroupant 59 études, aucune différence significative n'a été démontrée entre l'entretien motivationnel et d'autres types de thérapies formalisées, dans la prise en charge de l'adolescent consommateur au moyen et long cours.

Cette technique d'intervention semble malgré tout être relativement répandue dans le domaine, puisqu'elle a également été citée comme un outil intéressant de prise en charge des consommateurs de cannabis par les médecins généralistes dans d'autres thèses portant sur le même sujet (44).

Enfin, il est intéressant de rappeler l'implication de certaines facultés dans sa diffusion et son apprentissage en médecine générale. La faculté de Médecine de Montpellier-Nîmes propose notamment un DU (Diplôme Universitaire) ainsi que des cours obligatoires pour les internes de médecine générale, sur l'entretien motivationnel.

- *Les TCC :*

Quelques enquêtés ont souligné l'intérêt de psychothérapies telles que les TCC dans la prise en charge « active » des consommateurs. Ils sont peu en revanche à indiquer les mener eux-mêmes en consultation.

Comme le montre Annie Lévesque dans son article intitulé « When and How to Treat Possible Cannabis Use Disorder » (59), les psychothérapies constituent la première ligne de traitement des TLUC. Les techniques les plus efficaces, au vu de cet article, sont les TCC et l'entretien motivationnel, avec une efficacité exponentielle si elles sont utilisées combinées.

Enfin, la faible implication des médecins interrogés dans la conduite des TCC en cabinet peut résider dans le fait qu'ils orientent de manière quasi-systématique leurs patients consommateurs vers un(e) psychologue, ce travail de TCC étant très souvent réalisé par celui ou celle-ci.

- Le traitement médicamenteux éventuel :

Différents traitements médicamenteux ont été mentionnés par les enquêtés, comme employés en pratique courante dans l'aide au sevrage, ou du moins à la réduction de la consommation, de cannabis. Ils sont utilisés à visée symptomatique, anxiolytique principalement. Les pratiques sont variables en la matière, puisqu'ils ont indiqué utiliser 4 classes médicamenteuses différentes : un neuroleptique (la cyamemazine), un anti-histaminique sédatif (l'hydroxyzine), un anti-dépresseur type ISRS (Inhibiteur Sélectif de la Recapture de la Sérotonine), et un anxiolytique (l'étofixine).

Cette hétérogénéité des pratiques, présente dans notre étude, concorde avec les résultats de la thèse de Renaud Vignet (40) : dans son questionnaire, à la question « Dans le cadre d'un syndrome de sevrage en cannabis, comment traitez-vous des troubles anxieux ? », 28% des participants avaient répondu des benzodiazépines, 18,7% des anti-histaminiques sédatifs type Atarax®, 10,7% des antidépresseurs type ISRS, 8,4% de la buspirone et enfin 1,3% des neuroleptiques.

À ce jour, aucun traitement médicamenteux n'a été validé dans le traitement du TLUC (59) mais les études bien menées sur le sujet restent encore trop peu nombreuses.

Dans une revue de littérature internationale sur l'usage problématique de cannabis (31), certains médicaments, principalement des antidépresseurs ou des thymorégulateurs, ont été identifiés comme pouvant fournir une aide précieuse dans l'accompagnement vers le sevrage, en traitant les troubles psychiatriques liés à l'usage. De même, la buspirone (60) semble diminuer efficacement le « craving » au cannabis en diminuant les signes de manque. Enfin, le THC de synthèse, ou dronabinol (commercialisé sous le nom de Marinol®), semble réduire les symptômes de sevrage au cannabis de manière significative (61).

- Des idées novatrices évoquées :

Il est intéressant de noter que l'outil de la vape a été évoqué dans notre étude selon le principe suivant : la toxicité du cannabis résidant en sa combustion puis son inhalation, vapoter du THC pourrait permettre une réduction des risques.

Or, il convient de nuancer ce propos, puisque des cas de décès suspects ont récemment été recensés dans ce cadre d'usage aux États-Unis, selon plusieurs sites internet d'informations (62) (63). En effet, les victimes avaient à priori comme seul point commun, pour l'instant à la connaissance des autorités sanitaires du pays, le vapotage de THC sous forme d'huile. Leurs symptômes semblaient correspondre à une pneumonie lipidique, comme l'a décrit un médecin de Caroline du Nord, ayant conduit à un dysfonctionnement sévère de l'appareil respiratoire.

A ce stade, l'enquête est en cours pour déterminer le ou les facteurs en cause. Les autorités sanitaires américaines sembleraient s'intéresser particulièrement à un composé, l'acétate de vitamine E, présent dans l'huile de THC mais absent des produits pour cigarette électronique à base de nicotine. Cet usage est en tout cas à déconseiller par principe de précaution et le patient doit en être averti.

f. L'orientation des consommateurs de cannabis vers des structures ou des spécialistes :

- Vers les structures de soins spécialisées :

Dans notre enquête, les médecins ont révélé orienter majoritairement en CSAPA, structures de soins spécialisées en addictologie dont ils ont une bonne connaissance. La pluridisciplinarité qui y règne

est considérée comme un précieux atout, en vue d'une prise en charge globale du consommateur : en effet, on peut y rencontrer des infirmières, des psychologues, des assistantes sociales, des éducateurs, des médecins psychiatres ou addictologues, en fonction des besoins du consommateur. C'est aussi en CSAPA que siègent fréquemment les Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), comme cela a été mentionné dans notre enquête. Ce dispositif, créé en 2004, permet aux jeunes consommateurs de produits psychoactifs de bénéficier de consultations spécialisées anonymes et gratuites.

Les participants orientent, bien que moins fréquemment, leurs patients vers le service d'addictologie du CHU. Ils évoquent comme justification à cela des difficultés d'ordre logistique ou relationnel.

Cela coïncide avec ce que conclut Renaud Vignet dans sa thèse (40) : en effet, les médecins de son échantillon ne se sentaient pas isolés dans leur pratique et connaissaient, pour la plupart, des structures spécialisées sur lesquelles s'appuyer en cas de besoin. Parmi elles, les deux les plus sollicitées étaient les CSAPA et les consultations hospitalières d'addictologie.

De même, Clergue-Duval affirme, dans son article sur l'état de la prise en charge addictologique dans le Nord de Paris datant de 2017 (64), que les médecins généralistes connaissent désormais les structures spécialisées du territoire à leur disposition.

Ainsi, nous constatons une belle évolution concernant leur démocratisation en médecine générale libérale, puisqu'il y a encore quelques années seulement, elles semblaient encore méconnues : en effet, dans leur thèse respective, réalisées en 2015 et 2016 (45) (41), les auteures constataient au contraire que les médecins généralistes connaissaient mal les structures d'aide spécialisées.

Enfin, nous avons présenté en annexe (*annexe 6*) les coordonnées des différents CSAPA du département du Gard, ainsi que celles du service d'addictologie du CHU.

- Vers les autres professionnels de santé :

Outre les structures de soins précédemment citées, les enquêtés orientaient également leurs patients consommateurs de cannabis vers des spécialistes médicaux, à savoir l'addictologue, le psychiatre et le pneumologue mais aussi vers des professionnels de santé autres, tels que la/le psychologue, l'assistant(e) social(e), ou encore le sophrologue.

Certains d'entre eux étaient également identifiés comme sollicités par les médecins généralistes dans d'autres études portant sur le même sujet : en effet, à la question « Vers quel spécialiste / structure, adressez-vous ces patients en général ? » du questionnaire de thèse de Renaud Vignet (40), 23.2% des participants répondaient le psychiatre et 7.6% le psychologue, structures de soins spécialisées mises à part.

De plus, dans son travail de thèse (43), Piriyanthi Kanagaratnam retrouvait une orientation vers un addictologue.

Cependant, les recours à d'autres professionnels de santé restent très peu décrits dans la littérature. Clergue-Duval indique d'ailleurs, dans son article précédemment cité (64), que la majorité des médecins généralistes du nord de Paris manquent de correspondants spécialisés.

Notre étude enrichit les données actuelles sur le sujet, en montrant vraisemblablement une évolution dans le domaine : en effet, nos enquêtés nous ont, eux, indiqué bénéficier d'un réseau de professionnels spécialisés, permettant une prise en charge globale du consommateur, aux sens médico-psycho-sociale et pluridisciplinaire.

La constitution de réseaux de soins coordonnés autour des consommateurs de cannabis présente de nombreux avantages (31) :

D'une part, le travail en réseau permet une mise en contact plus rapide entre le patient et le professionnel le plus adapté.

D'autre part, il permet au médecin généraliste libéral, qui agit en première ligne, de ne pas se sentir isolé dans son exercice, en ayant la possibilité d'échanger sur le sujet avec les autres acteurs de soins, lors de réunions interprofessionnelles par exemple ; il peut ainsi se positionner en complémentarité de ces professionnels spécialisés.

Enfin, certains réseaux, tels que les microstructures, permettent une continuité des soins grâce à une mutualisation des données du dossier patient entre plusieurs acteurs.

Le travail en réseau paraît donc prometteur, permettant une prise en charge optimale du consommateur de cannabis, grâce à sa réactivité, la pertinence de ses orientations, les échanges interprofessionnels qui y règnent et la mutualisation des données.

2. A propos de l'objectif secondaire :

a. **Les freins du côté du médecin :**

- Manque de temps :

L'aspect chronophage des consultations d'addictologie est largement ressorti lors des entretiens réalisés. Or, dans le contexte actuel, les consultations de premier recours se font à flux tendu, la durée moyenne de consultations tend à diminuer afin de satisfaire le plus grand nombre de patients. Les médecins généralistes ont bien du mal à se dégager du temps pour des consultations dites « longues », de surcroît rapprochées comme le nécessite tout début de prise en charge.

Le manque de temps constitue ainsi un frein majeur à une prise en charge en cabinet, selon nos enquêtés, mais également dans de nombreuses autres études sur le sujet (65) (66) (67).

Dans ce contexte, l'utilisation d'outils disponibles tels que le RP-IB (Repérage Précoce - Intervention Brève) proposé par la HAS (*annexe 1*) pourrait être d'autant plus intéressante, puisqu'il permet un repérage rapide et efficace, et un début de prise en charge de l'usage problématique de cannabis.

- Défaut de dépistage :

Comme nous l'avons évoqué précédemment dans la discussion de l'objectif principal, le dépistage systématique de la consommation de cannabis est en bonne voie, mais reste encore insuffisant. Ainsi, si la consommation n'est pas dépistée, elle ne sera pas évaluée ni prise en charge en cabinet. Les enquêtés semblent en avoir conscience puisqu'ils sont nombreux à évoquer ce frein.

- Insuffisance de formation :

Un autre frein fréquemment mentionné par les médecins interrogés est l'insuffisance de formation en addictologie. En ayant peu de connaissances théoriques dans ce domaine, certains enquêtés ne s'estiment pas assez compétents pour prendre en charge leurs patients en cabinet.

Ce frein est aussi retrouvé dans plusieurs travaux portant sur le même sujet (65) (66).

C'est également la conclusion de l'article de Toeli et al. (68) datant de 2016 : les auteurs ont comparé la prise en charge des addictions par les médecins généralistes du canton de Genève en Suisse, ayant été sensibilisés à cette spécialité médicale, à celle de médecins de Charente et des Deux-Sèvres en Poitou-Charentes en France n'ayant pas été sensibilisés de façon spécifique. Leur implication s'avère très inégale, puisque les Genevois s'investissaient significativement davantage dans le dépistage, la tenue du dossier, la formation, l'usage du conseil minimal, et l'intérêt pour le réseau.

Les campagnes de formation et de sensibilisation aux addictions en médecine générale apparaissent donc comme un élément motivant la réalisation d'une telle prise en charge en cabinet.

Plusieurs pistes pour améliorer la formation des médecins généralistes libéraux en addictologie sont à évoquer : le renforcement en 2016 du programme de l'examen national classant (ECN), proposition qui avait été faite dans le rapport Reynaud (34), va dans ce sens. En effet, il est passé d'un à six items dédiés aux troubles addictifs, sur 400 items. Il serait même intéressant d'intégrer l'addictologie comme une matière à part entière dans le 2e cycle des études médicales, mais aussi, d'en faire un sujet de FMC : d'ailleurs, dans le travail de thèse de Renaud Vignet (40), 87.7% des enquêtés étaient favorables à une formation addictologique ponctuelle organisée dans le cadre de la FMC.

- Ressenti négatif sur le cannabis :

Bien que la plupart des médecins interrogés aient mis l'accent sur la notion de bienveillance, certains « a priori » négatifs ont été révélés sur les consommateurs de drogues, et notamment de cannabis, pouvant conduire à leur éviction de la patientèle. Ils restent cependant très minoritaires, de nombreux travaux ayant mis en lumière les avantages d'une approche non conflictuelle et empathique. En effet, toute stigmatisation s'avère contre-productive pour amorcer un cycle du changement chez le consommateur de cannabis (31).

- Mauvaise coordination entre les professionnels de santé :

Malgré l'existence d'un réseau de soins spécialisé, les enquêtés ont indiqué une absence fréquente de retour sur l'avancée de la prise en charge par les autres acteurs de santé impliqués. Cette mauvaise coordination entre les différents intervenants freine considérablement la continuité des soins du patient consommateur de cannabis en cabinet.

Ce frein est également ressorti d'autres études, telles que la thèse de Romain Maillard (44), dans laquelle il rapporte que certains médecins interrogés avaient émis des réserves, comme le défaut de communication entre eux et les structures ou les professionnels vers lesquels ils avaient orienté leurs patients.

Il pourrait être intéressant de proposer des réunions régulières d'échange interprofessionnel, impliquant tous les acteurs de soins de la filière de prise en charge des consommations de cannabis, à une échelle locale, afin de créer un réseau de soins coordonné (31).

- Manque de pratique ou d'intérêt :

Certains participants ont révélé, faisant suite à l'insuffisance de formation, manquer d'expérience voire même d'intérêt en matière de prise en charge addictologique, ce qui constitue un frein additionnel.

Cela coïncide avec les résultats de la thèse de Leïla Benkiran (65), où elle affirmait que l'intérêt et l'expérience dans ce domaine encourageaient une meilleure prise en charge des patients.

Les propositions préalablement faites quant à la formation en addictologie des médecins généralistes au cours de leur cursus devraient également impacter sur ce frein.

- Prise en charge peu valorisée ; insuffisance de rémunération :

Enfin, certains enquêtés ont souligné une absence de valorisation de ce type de prise en charge, et notamment une insuffisance de rémunération, en balance avec la complexité supposée de cette dernière. Comme cela a déjà été proposé en conclusion du travail de thèse de Camille Dauthieux (42) datant d'avril 2019, la création d'une nomenclature spécifique pour une consultation « longue » d'addictologie pourrait être un bon moyen de revaloriser cet acte et ainsi d'encourager les médecins généralistes à se lancer dans une telle prise en charge en cabinet.

b. Les freins supposés du côté du patient :

- Déni du trouble par banalisation :

Le déni d'une consommation problématique de cannabis a été largement considéré, par les participants de notre étude, comme un important frein à une prise en charge en cabinet. Ce déni est en grande partie dû à la banalisation ambiante actuelle dont cette consommation fait l'objet.

Dans son travail de thèse (65) sur le rôle du médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) datant de 2014, Leïla Benkiran concluait que le principal obstacle évoqué par les praticiens interrogés était le déni du patient. Aussi, en interrogeant cette fois-ci des patients, Virginie Mejean (67) arrivait à la même conclusion : elle indiquait en effet que l'absence de problématique ressentie par le patient constituait un obstacle au dialogue, dans sa thèse intitulée « Représentations et ressentis des consommateurs de cannabis face à leur médecin », où la parole était donnée aux patients.

Ce frein, déjà identifié dans plusieurs travaux sur le sujet, est ainsi confirmé par notre enquête.

- Absence de motivation :

Les médecins interrogés ont aussi mentionné l'absence de motivation du patient à entamer une prise en charge comme un frein conséquent, le syndrome amotivationnel inhérent à la consommation chronique de cannabis aidant. Or, s'il n'y a pas de volonté de changement de la part du patient, il est impossible pour le médecin d'entreprendre une prise en charge « active » en cabinet, d'où l'importance, à ce stade de pré-contemplation, de l'intervention brève (52). Ce frein n'a pas été retrouvé dans les autres travaux étudiant le sujet, ce qui confère à notre étude un caractère enrichissant.

- Manque de confiance envers le médecin :

L'absence d'une relation de confiance était aussi rapportée comme un frein par nos enquêtés. Aussi, la relation de confiance tissée avec le médecin était décrite comme l'une des deux conditions essentielles à l'abord de la question du cannabis par les patients interrogés, dans l'enquête menée par Virginie Mejean (67), la deuxième étant la conscience d'avoir besoin d'aide à ce sujet. La notion de temps pour faire cette relation est également ressortie comme l'une des clés, tant dans notre étude que dans l'étude qualitative de Catherine Laporte menée auprès de jeunes consommateurs (66) : en effet, connaître le médecin généraliste depuis longtemps était pour eux un facilitateur.

- Peur du jugement :

Selon les médecins interrogés, un autre des freins importants du côté du patient serait la honte, la peur du jugement. Ce frein est confirmé par les patients eux-mêmes, dans la thèse de Virginie Mejean (67) qui donne la parole aux consommateurs réguliers de cannabis mais également dans le travail mené par Catherine Laporte (66), où les jeunes consommateurs interrogés percevaient le médecin généraliste tel un juge.

Pour minimiser ce frein, lier une relation médecin-patient de qualité paraît incontournable : une position bienveillante, une absence de jugement, associées à de l'empathie et de l'écoute constituent une bonne base pour permettre au patient consommateur de se confier en toute confiance.

- « A priori » sur le cannabis :

Quelques participants de notre étude ont évoqué certaines idées reçues persistantes en population générale. Parmi elles, l'absence de nocivité supposée du cannabis sur la santé freine de manière incontestable la prise de conscience des risques liés à sa consommation et donc sa prise en charge

en cabinet.

Dans leur étude qualitative portant sur les représentations des effets du cannabis chez les adolescents consommateurs ou non (69), Chabrol et al. ont ainsi révélé qu'une proportion non négligeable des consommateurs comme des non consommateurs déniait voire ignorait les risques du cannabis sur la santé.

De plus, l'avènement des indications médicales du cannabis (70), lui conférant désormais une visée thérapeutique, contribue à l'ancrage de cette innocuité faussement supposée.

La réalisation de larges campagnes de santé publique sur les dangers du cannabis pourrait contribuer à la régression de ce frein.

- Illégalité ; souci de confidentialité :

A ce jour, l'illégalité du cannabis en France (71) pose inévitablement le souci de la confidentialité. Certains enquêtés l'ont en effet identifié comme un véritable frein à la prise en charge en cabinet, au vu de l'ambiance actuelle de prohibition. C'est également ce qui est ressorti d'autres études sur le sujet : dans leur travail commun de thèse (72), Dominique Deshaies et Clément Duploux soulignaient le poids de l'illégalité du produit sur la remise en cause de la confidentialité d'une consultation médicale, après avoir interrogé des adolescents. Le potentiel non-respect du secret professionnel était également évoqué comme un obstacle pour aborder la question du cannabis, dans la thèse de Virginie Mejean (67). Enfin, le médecin généraliste était perçu comme possible délateur par les jeunes consommateurs interrogés dans l'une des études qualitatives menées par Catherine Laporte (66).

Ce frein renvoie à la place ambiguë du cannabis dans la société française actuelle, à mi-chemin entre une consommation courante socialement admise, et son aspect législatif relatif aux drogues interdites.

Le rappel de l'existence du secret médical à chaque début de consultation serait une orientation intéressante pour tenter de minimiser ce frein.

- Difficultés d'accès aux soins ; coût de la prise en charge :

Enfin, ils ont mentionné un frein inhérent à l'accès aux soins : en effet, pour certains enquêtés, les consommateurs de cannabis d'âge adulte seraient souvent issus de milieux socio-économiques défavorisés, voire même en situation de précarité. Ainsi, certains n'auraient pas de droit ouvert à l'assurance maladie, ou en tout cas non à jour, et devraient donc payer toutes les consultations.

De plus, le suivi psychologique, n'est à ce jour pas pris en charge par la sécurité sociale, occasionnant un coût conséquent pour les patients. Certains patients seraient donc dans l'obligation de renoncer aux soins, faute de moyens financiers.

Pour pallier cela, les consultations en structures de soins telles que les CSAPA présentent un intérêt majeur, car, en plus de la pluridisciplinarité qui y règne, elles sont toutes gratuites, y compris celles avec un(e) psychologue.

Ces freins supposés du patient, sont ceux imaginés et/ou ressentis par les médecins interrogés : il serait intéressant de les confronter aux freins réellement énoncés par les patients, en menant une étude qualitative, interrogeant cette fois-ci les patients sur le sujet.

V. CONCLUSION

Notre enquête, du fait de son approche qualitative et globale, a permis d'enrichir les données actuelles sur la prise en charge des patients consommateurs de cannabis en médecine générale :

D'abord, les médecins généralistes sont conscients de la nécessité du repérage précoce d'une telle consommation. Ils réalisent actuellement un dépistage plus souvent ciblé que général. Il serait donc intéressant d'élargir le champ de ce dépistage, afin de le rendre systématique.

Leur évaluation de la consommation de cannabis paraît complète et correctement menée, bien que les outils disponibles d'aide au repérage de l'usage problématique soient peu utilisés. Les techniques de RP-IB (Repérage Précoce – Intervention Brève), incluant l'utilisation de certains questionnaires standardisés, sont adaptées à la pratique de la médecine générale : elles permettent, de manière rapide et efficace, de dépister et aborder l'usage problématique du cannabis, en facilitant la discussion avec le patient autour des risques de cette consommation. Leur large diffusion en médecine générale serait donc une piste intéressante.

Le bilan semble mitigé en ce qui concerne la prévention : bien qu'elle soit réalisée à juste titre au moyen de l'intervention brève, elle reste inconstante : une revalorisation des actes de prévention en addictologie pourrait être envisagée, avec par exemple la création d'une nomenclature spécifique.

La prise en charge « active » orchestrée par le médecin généraliste comporte plusieurs volets pertinents, allant de l'alliance thérapeutique, au traitement médicamenteux éventuel, en passant par différentes techniques d'intervention telles que l'entretien motivationnel ou les TCC ainsi que par un accompagnement individuel du consommateur. Le suivi doit être régulier et au long cours.

Enfin, l'orientation s'avère relativement standardisée, vers des structures de soins spécialisées en addictologie qui sont désormais bien connues des médecins, et/ou vers des professionnels de santé médicaux ou non, au sein de réseaux de soins. Une amélioration de la coordination au sein de ces réseaux serait intéressante.

Notre étude a également permis d'identifier les freins à une telle prise en charge en cabinet :

Le manque de temps, le défaut de dépistage, et l'insuffisance de formation en addictologie sont les principaux freins, de la part du médecin, à une prise en charge en cabinet. En plus des pistes précédemment évoquées, une meilleure formation initiale des médecins généralistes ainsi qu'une consolidation de ce savoir en FMC nous paraissent justifiées.

Le déni du trouble lié à l'usage par banalisation de la consommation, l'absence de motivation du patient et le manque de confiance envers le médecin ont été imaginés et/ou ressentis par les médecins comme des freins supposés du patient, à une prise en charge en cabinet. Il serait intéressant de les confronter aux freins réellement exposés par les patients, en réalisant une étude qualitative, interrogeant les patients eux-mêmes sur le sujet. S'ils s'avèrent être confirmés, lier une relation médecin-patient de qualité, et réaliser une large campagne de santé publique sur les dangers du cannabis pourraient contribuer à la régression de ces freins.

VI. BIBLIOGRAPHIE :

1. UNODC. World drug report 2017. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2017.
2. The ESPAD group. Results from the European School Survey Project on Alcohol and Other drugs. ESPAD, 2015.
3. Beck F, Richard J, Guignard R, Le Nézet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. mars 2015.
4. Beck F, Spilka S, Nguyen-Thanh V, Gautier A, Le Nézet O, Richard J. Cannabis usages actuels en population adulte Résultats de l'enquête Baromètre santé 2016. OFDT. juin 2017.
5. Mariani JJ, Brooks D, Haney M, Levin FR. Quantification and comparison of marijuana smoking practices: Blunts, joints, and pipes. Drug Alcohol Depend. janv 2011;113(2-3):249-51.
6. Moreau (de Tours) J. Du hachisch et de l'aliénation mentale études psychologiques [Internet]. Paris; 1845 [cité 7 nov 2019]. Disponible sur: https://www.samorini.it/doc1/alt_aut/lr/moreau-de-tours-du-hachisch-et-de-l-alienation-mentale-etudes-psychologiques.pdf
7. Crean RD, Crane NA, Mason BJ. An Evidence-Based Review of Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use on Executive Cognitive Functions: J Addict Med. mars 2011;5(1):1-8.
8. Lejoyeux M. Addictologie. 2e édition. Elsevier Masson; 2013. (Abrégés).
9. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents : usage, prévention et accompagnement. lavoisier. 2014. (expertise collective).
10. Patton GC. Cannabis use and mental health in young people: cohort study. BMJ. 23 nov 2002;325(7374):1195-8.
11. Twomey CD. Association of cannabis use with the development of elevated anxiety symptoms in the general population: a meta-analysis. J Epidemiol Community Health. août 2017;71(8):811-6.
12. Green BE, Ritter C. Marijuana Use and Depression. J Health Soc Behav. mars 2000;41(1):40.
13. Chabrol H, Chauchard E, Girabet J. Cannabis use and suicidal behaviours in high-school students. Addict Behav. janv 2008;33(1):152-5.
14. Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT. Cannabis abuse and serious suicide attempts. Addiction. août 1999;94(8):1155-64.
15. Arseneault L. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. BMJ. 23 nov 2002;325(7374):1212-3.
16. Phan O, Obradovic I, Har A. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence : diagnostic. Arch Pédiatrie. janv 2017;24(1):91-5.

17. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RSE, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci.* 2 oct 2012;109(40):E2657-64.
18. Horwood LJ, Fergusson DM, Hayatbakhsh MR, Najman JM, Coffey C, Patton GC, et al. Cannabis use and educational achievement: Findings from three Australasian cohort studies. *Drug Alcohol Depend.* août 2010;110(3):247-53.
19. Aryana A, Williams MA. Marijuana as a trigger of cardiovascular events- Speculation or scientific certainty ? *Int J Cardiol.* 31 mai 2007;118(2):141-4
20. Jones RT. Cardiovascular System Effects of Marijuana. *J Clin Pharmacol.* nov 2002;42(S1):58S-63S.
21. Wolff V, Jouanous E. Strokes are possible complications of cannabinoids use. *Epilepsy Behav.* mai 2017;70:355-63.
22. Leuenberger P, Brossard C. Effets du cannabis sur le système respiratoire. *RMS.* 2004;24136.
23. Mehra R, Moore BA, Crothers K, Tetrault J, Fiellin DA. The Association Between Marijuana Smoking and Lung Cancer: A Systematic Review. *Arch Intern Med.* 10 juill 2006;166(13):1359.
24. Berthiller J, Straif K, Boniol M, Voirin N, Benhaïm-Luzon V, Ayoub WB, et al. Cannabis Smoking and Risk of Lung Cancer in Men: A Pooled Analysis of Three Studies in Maghreb. *J Thorac Oncol.* déc 2008;3(12):1398-403.
25. Sasco AJ, Merrill RM, Dari I, Benhaïm-Luzon V, Carriot F, Cann CI, et al. A case-control study of lung cancer in Casablanca, Morocco. *Cancer Causes Control.* 1 sept 2002;13(7):609-16.
26. Chacko JA, Heiner JG, Siu W, Macy M, Terris MK. Association between marijuana use and transitional cell carcinoma. *Urology.* janv 2006;67(1):100-4.
27. Blumentrath CG, Dohrmann B, Ewald N. Cannabinoid hyperemesis and the cyclic vomiting syndrome in adults: recognition, diagnosis, acute and long-term treatment. *GMS Ger Med Sci.* 21 mars 2017;15:Doc06.
28. Lee SY, Oh SM, Lee SK, Chung KH. Antiestrogenic effects of marijuana smoke condensate and cannabinoid compounds. *Arch Pharm Res.* déc 2005;28(12):1365-75.
29. N’Kaoua R. Effets du cannabis sur la santé bucco-dentaire: enquête exposé-non exposé en milieu carcéral [Thèse d’exercice]. [France]: Aix-Marseille Université. Faculté d’Odontologie; 2017.
30. Laumon B, Gadegbeku B, Martin J. Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) analyse épidémiologique. avr 2011;166.
31. Obradovic I. Usage problématique de cannabis. *Revue de la littérature internationale. OFDT / Fédération addiction;* 2013.
32. American Psychiatric Association, American Psychiatric Association, éditeurs. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.* 5th ed. Washington, D.C: American Psychiatric Association; 2013. 947 p.

33. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J, et al. Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use: A Review. *Curr Pharm Des.* 31 juin 2014;20(25):4112-8.
34. Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. MILDT; 2013.
35. Compagnon L, Bail P, Huez J-F, Stalnikiewicz B, Ghasarossian C, Zerbib Y, et al. Définitions et descriptions des compétences en médecine générale. *Exercer.* 2013;24(108):148–55
36. Obradovic I. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. OFDT / Fédération addiction; 2013.
37. Benard V, Rolland B, Messaadi N, Petit A, Cottencin O, Karila L. Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. *Presse Médicale.* juill 2015;44(7-8):707-15.
38. Sporakowski MJ, Prochaska JO, DiClemente CC. The Transtheoretical Approach: Crossing Traditional Boundaries of Therapy. *Fam Relat.* oct 1986;35(4):601.
39. Miller WR, Rose GS. Toward a theory of motivational interviewing. *Am Psychol.* 2009;64(6):527-37.
40. Vignet R. Dépistage par les médecins généralistes du Languedoc Roussillon de l'usage de cannabis: état des lieux et analyse des freins [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Montpellier. Faculté de médecine; 2018.
41. Constantinescu AO. État des lieux de la prise en charge des adolescents fumeurs de cannabis en médecine générale : étude auprès des médecins généralistes de Picardie [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne. Faculté de médecine d'Amiens; 2016.
42. Dauthieux C. Consommation de cannabis chez l'adolescent : quels sont les risques ; quels sont les outils à la disposition du médecin généraliste pour le dépistage et la prise en charge? État des connaissances au travers d'une revue de littérature [Thèse d'exercice]. [France]: Faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen; 2019.
43. Kanagaratnam P. Prise en charge de la consommation de cannabis chez les adolescents de 15-19 ans par les médecins généralistes : étude qualitative menée auprès de quinze médecins généralistes de Seine-et-Marne [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Paris Est Créteil. Faculté de médecine; 2015.
44. Maillard R. La pratique du médecin généraliste dans la prévention de la consommation de cannabis chez les adolescents dans le Var [Thèse d'exercice]. [France]: Aix-Marseille Université. Faculté de médecine; 2017.
45. Millet E. Evaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage de la consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Picardie Jules Verne. Faculté de médecine d'Amiens; 2015.
46. Kaufmann J-C. L'entretien compréhensif. 4e édition. Malakoff: Armand Colin; 2016. 126 p. (Tout le savoir).
47. Maisonneuve H. Guide pratique du thésard. Paris, France: Éd. scientifiques L&C : Sanofi Aventis; 2012.

48. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Kinésithérapie Rev.* janv 2015;15(157):50-4.
49. Le Breton-Lerouvillois G, Rault J-F. La démographie médicale En région Languedoc-Roussillon Situation en 2015. 2015 p. 69.
50. Trusch V. Adultes consommateurs réguliers de cannabis sans retentissement psychosocial : quelles données validées pour guider leur prise en charge par le médecin généraliste [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Lorraine. Faculté de Médecine de Nancy ; 2017.
51. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejada M. Multidimensional family therapy for adolescent drug abuse : results of a randomized clinical trial. *Am J Drug Alcohol Abuse.* janv 2001;27(4):651-88.
52. Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B, Blanc O, Eschalier B, Kinouani S, et al. Cannabis and Young Users—A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. *Ann Fam Med.* mars 2017;15(2):131-9.
53. Palfai TP, Tahaney K, Winter M, Saitz R. Readiness-to-change as a moderator of a web-based brief intervention for marijuana among students identified by health center screening. *Drug Alcohol Depend.* avr 2016;161:368-71.
54. Vinas M. L' évolution de la relation patient-praticien de l'Antiquité à nos jours en médecine et en odontologie [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté de chirurgie dentaire; 2017.
55. Neyret A. Évolutions de la relation médecin-patient à l'heure de la transition épidémiologique: comment s'y former ? *Revue de la littérature* [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Bordeaux. Faculté de Médecine; 2018.
56. HAS. Patient et professionnels de santé : décider ensemble. HAS; 2013 oct p. 76.
57. Copeland J, Rooke S, Rodriguez D, Norberg MM, Gibson L. Comparison of brief versus extended personalised feedback in an online intervention for cannabis users: Short-term findings of a randomised trial. *J Subst Abuse Treat.* mai 2017;76:43-8.
58. Smedslund G, Berg RC, Hammerstrøm KT, Steiro A, Leiknes KA, Dahl HM, et al. Motivational interviewing for substance abuse. 2011;130.
59. Lévesque A, Le Foll B. When and How to Treat Possible Cannabis Use Disorder. *Med Clin North Am.* juill 2018;102(4):667-81.
60. McRae-Clark AL, Carter RE, Killeen TK, Carpenter MJ, Wahlquist AE, Simpson SA, et al. A placebo-controlled trial of buspirone for the treatment of marijuana dependence. *Drug Alcohol Depend.* nov 2009;105(1-2):132-8.
61. Levin FR, Mariani JJ, Brooks DJ, Pavlicova M, Cheng W, Nunes EV. Dronabinol for the treatment of cannabis dependence: A randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *Drug Alcohol Depend.* juill 2011;116(1-3):142-50.
62. Le vapotage de THC fait 18 morts et 1.000 malades aux Etats-Unis [Internet]. [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: <https://www.20minutes.fr/monde/2619791-20191004-crise-vapotage->

63. La piste de la vitamine E évoquée dans l'épidémie de maladies liées au vapotage aux États-Unis [Internet]. Le Huffington Post. 2019 [cité 20 nov 2019]. Disponible sur: https://www.huffingtonpost.fr/entry/la-piste-de-la-vitamine-e-evoquee-apres-le-deces-dutilisateurs-de-cigarette-electronique_fr_5d72ceae4b0fde50c265f3f
64. Clergue-Duval V, Pot E, Azuar J. État de la prise en charge addictologique par les généralistes dans le nord de Paris. *Rev Dépidémiologie Santé Publique*. mai 2018;66(3):195-9.
65. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) : freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante : enquête qualitative auprès de 20 praticiens de la région PACA [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nice-Sophia Antipolis. Faculté de Médecine; 2014.
66. Laporte C. Le médecin généraliste et la consommation de cannabis des adolescents en France. [Thèse de doctorat]. [Clermont-Ferrand, France]: Université d'Auvergne; 2016.
67. Mejean V. Représentations et ressentis des consommateurs de cannabis face à leur médecin : une enquête auprès de 15 patients en région Auvergne Rhône Alpes [Thèse d'exercice]. [France]: Université Claude Bernard Lyon 1. Faculté de médecine Lyon-est; 2016.
68. Teoli R, Haller DM, Ingrand P, Binder P. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes. *Santé Publique*. 2016;28(2):187.
69. Chabrol H, Roura C, Kallmeyer A. Les représentations des effets du cannabis : une étude qualitative chez les adolescents consommateurs et non consommateurs. *L'Encéphale*. juin 2004;30(3):259-65.
70. Grotenhermen F. Cannabis en médecine : un guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC. Sélestat: Ed. Indica; 2009.
71. Obradovic I. Légalisations relatives à l'usage et à la détention du cannabis : définitions et état des lieux en Europe. *OFDT*. mars 2016;10.
72. Deshaies D, Duploux C. Adolescents et cannabis en milieu rural : devenir un recours en soins premiers [Thèse d'exercice]. [France]: Université Paul Sabatier (Toulouse). Faculté des sciences médicales Rangueil; 2017.

VII. ANNEXES

Annexe 1 : Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève (HAS)



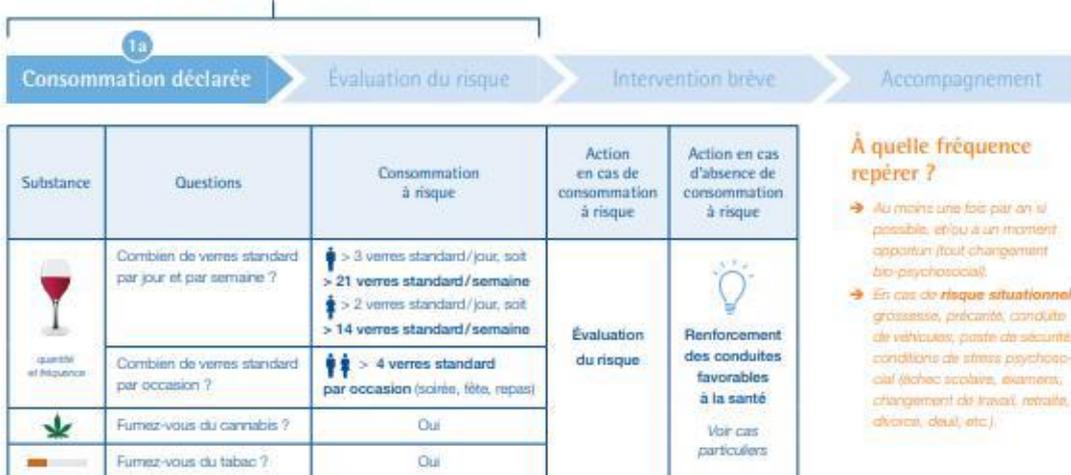
Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France.

Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.

REPÉRAGE PRÉCOCE



À quelle fréquence repérer ?

- Au moins une fois par an si possible, et/ou à un moment opportun (tout changement bio-psychosocial).
- En cas de **risque situationnel**: grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.).

Plus les consommations sont précoces, intenses, régulières, multiples et en solitaire et plus le risque de dommages augmente. De nombreux outils spécifiques sont disponibles sur les sites de l'Inpes et de la Fédération Addiction.

REPÉRAGE PRÉCOCE



Questionnaire FACE (Formule pour approcher la consommation d'alcool par entretien)

- À quelle fréquence consommez-vous des boissons contenant de l'alcool ?
Jamais = 0 ; Une fois par mois ou moins = 1 ; Deux à 4 fois par mois = 2 ; Deux à 3 fois par semaine = 3 ; Quatre fois par semaine ou plus = 4 ; **Score :**
- Combien de verres standard buvez-vous, les jours où vous buvez de l'alcool ?
1 ou 2 = 0 ; 3 ou 4 = 1 ; 5 ou 6 = 2 ; 7 à 9 = 3 ; 10 ou plus = 4 ; **Score :**
- Est-ce que votre entourage vous a fait des remarques concernant votre consommation d'alcool ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de consommer de l'alcool le matin pour vous sentir en forme ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**
- Vous est-il arrivé de boire et de ne plus vous souvenir le matin de ce que vous avez pu dire ou faire ?
Non = 0 ; Oui = 4 ; **Score :**

Interprétation du score total ; hommes (H) / femmes (F)
 Risque faible ou nul : H moins de 5 ; F moins de 4 : **renforcement des conduites favorables à la santé**
 Consommation excessive probable : H 5 à 8 ; F : 4 à 8 : **intervention brève**
 Dépendance probable : H et F plus de 8 : **proposer une consultation d'addictologie**



Verre standard = 10 grammes d'alcool pur soit :
 10 cl de vin à 12°, 25 cl de boissons à 5° (bière, sodas alcoolisés [alcoolops-primix]), 7 cl de vin ou à 18°, 3 cl d'alcool à 40° (whisky, pastis ou digestif).

Situations particulières entraînant une majoration du risque de dommages

- Toute consommation pendant la grossesse est à risque.
- Risque fœtal lié à la consommation d'alcool chez les femmes jeunes.
- Toute consommation régulière d'alcool en dessous de 25 ans est à risque.
- Interactions alcool-médicaments.
- Maladies chroniques et précautions par rapport à l'alcool.
- Consommation d'alcool par les patients âgés, affectés de troubles psychiatriques ou prenant des médicaments psychotropes.

Pratiques à risque majorant les dommages

- Consommation épisodique massive (binge drinking, biture express, ivresse aiguë) : à partir de 6 verres standard (soit 60g d'alcool) par occasion.
- Association avec le cannabis ou d'autres substances psychoactives.

Zéro alcool chez la femme dès le projet de grossesse





Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

1. Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
2. Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
3. Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
5. Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
6. Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école...) ?

Une réponse positive : information minimale sur les risques
 Deux réponses positives au test doivent amener à s'interroger sérieusement sur les conséquences de la consommation : intervention brève.
 Trois réponses positives ou plus doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

DRUGUES INFO SERVICE
 Plus d'infos, en 3 clics

Questionnaire tabac « Fumez-vous du tabac ? »

SI OUI

Conseil d'arrêt

« Voulez-vous un dépliant/brochure, ou l'adresse d'un site concernant les risques de la consommation de tabac, les bénéfices de l'arrêt et les méthodes de sevrage ? »

Proposer un accompagnement

« Avez-vous déjà envisagé d'arrêter de fumer ? »
 « Voulez-vous qu'on prenne le temps d'en parler dans une prochaine consultation ? »

SI NON

« Avez-vous déjà fumé ? »

Si non, le patient n'a jamais fumé.

Si oui :

- « pendant combien de temps ? »
- « depuis quand avez-vous arrêté ? »

tabac-info-service.fr

REPÉRAGE PRÉCOCE



Intervention brève concernant la réduction ou l'arrêt de consommation de substance(s) psychoactive(s)

- Restituer les **résultats des questionnaires** de consommation.
- **Inform**er sur les **risques** concernant la consommation de substance.
- **Évaluer avec le consommateur** ses risques personnels et situationnels.
- Identifier les représentations et les **attentes du consommateur**.
- **Échanger** sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.
- **Expliquer** les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.
- **Proposer** des objectifs et laisser le choix.
- **Évaluer la motivation, le bon moment et la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.
- Donner la possibilité de réévaluer dans une **autre consultation**.
- Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...



→ Adopter une **posture partenariale** favorisant la confiance et les échanges (alliance thérapeutique).

→ Échanger avec le consommateur sur sa **motivation**, sa **confiance** dans la réussite de réduction ou d'arrêt de sa consommation et déterminer si c'est le **bon moment**, grâce à **3 échelles** sur lesquelles il va se situer.

Motivation pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Le bon moment pour réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



Confiance dans la réussite du projet de réduire ou arrêter sa consommation de substance psychoactive



REPÉRAGE PRÉCOCE



Accompagnement des consommateurs

Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long terme.

- Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
- Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)
- En cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposés.

- La notion d'**essai** dans un changement de comportement est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient mais à des circonstances.
- La rechute est davantage la règle que l'exception et chaque rechute rapproche le thérapeute et le patient du succès consolidé.



Annexe 2 : Outils de repérage de l'usage problématique de cannabis :

Questionnaire CAST

CAST

Au cours des 12 derniers mois... <i>Une seule croix par ligne</i>	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis <u>avant midi</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
2. Avez-vous fumé du cannabis <u>lorsque vous étiez seul(e)</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
3. Avez-vous eu des <u>problèmes de mémoire</u> quand vous fumiez du cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
4. Des <u>amis</u> ou des <u>membres de votre famille</u> vous ont-ils <u>dit</u> que vous devriez <u>réduire</u> votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
5. Avez-vous essayé de <u>réduire</u> ou d' <u>arrêter</u> votre consommation de cannabis <u>sans y arriver</u> ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
6. Avez-vous eu des problèmes <u>à cause de votre consommation</u> de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultats à l'école ...) ? Lesquels ?	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1

Questionnaires CAGE-cannabis / DETC

CAGE-CANNABIS (CUT, ANNOYED, GUILTY, EYE-OPENER)

	Yes	No
1. Have you ever tried to, or felt the need to, Cut down on your smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you ever get Annoyed when people tell you to quit smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you ever feel Guilty about smoking?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you ever smoke within half an hour of waking up (Eye-opener)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Two or more positive responses to the following CAGE questions suggests dependence.

DETC (DIMINUER, ENTOURAGE, TROP, CANNABIS)

	Oui	Non
1. Avez-vous ressenti le besoin de Diminuer votre consommation de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Votre Entourage vous a-t-il déjà fait des remarques au sujet de votre consommation ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Avez-vous déjà eu l'impression que vous fumiez Trop de cannabis ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Avez-vous déjà eu besoin de fumer du Cannabis dès le matin pour vous sentir en forme ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2 réponses positives évoquent une consommation nocive de cannabis.

Questionnaire CUDIT :

CUDIT (CANNABIS USE DISORDERS IDENTIFICATION TEST)

Avez-vous consommé du cannabis pendant les 6 derniers mois ? Oui Non

Si OUI, veuillez répondre aux questions suivantes concernant votre consommation de cannabis pendant les 6 derniers mois.

Merci de cocher la case qui décrit le mieux votre consommation de cannabis pendant les 6 derniers mois.

1. À quelle fréquence consommez-vous du cannabis ?

- Jamais 0
 1 fois par mois ou moins 1
 2-4 fois par mois 2
 2-3 fois par semaine 3
 4 fois ou plus par semaine 4

2. Les jours où vous avez consommé du cannabis, vous étiez « défoncé(e) » pendant combien d'heures pour une journée type ?

- 1 ou 2 0
 3 ou 4 1
 5 ou 6 2
 7 à 9 3
 10 ou plus 4

3. Combien de fois avez-vous été « défoncé(e) » sous cannabis pendant 6 heures ou plus ?

- Jamais 0
 Moins d'une fois par mois 1
 Une fois par mois 2
 Une fois par semaine 3
 Tous les jours ou presque 4

4. Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous est-il arrivé de ne plus pouvoir vous arrêter de consommer du cannabis une fois que vous aviez commencé ?

- Jamais 0
 Moins d'une fois par mois 1
 Une fois par mois 2
 Une fois par semaine 3
 Tous les jours ou presque 4

5. Combien de fois pendant les 6 derniers mois n'avez-vous pas fait ce que l'on attendait de vous parce que vous aviez consommé du cannabis ?

- Jamais 0
 Moins d'une fois par mois 1
 Une fois par mois 2
 Une fois par semaine 3
 Tous les jours ou presque 4

6. Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous éprouvé le besoin de consommer du cannabis le matin, afin de pouvoir vous « mettre en route » après un usage important de cannabis la veille ?

- Jamais 0
 Moins d'une fois par mois 1
 Une fois par mois 2
 Une fois par semaine 3
 Tous les jours ou presque 4

7. Combien de fois pendant les 6 derniers mois vous êtes-vous senti(e) coupable ou avez-vous eu des regrets après avoir consommé du cannabis ?

- Jamais 0
 Moins d'une fois par mois 1
 Une fois par mois 2
 Une fois par semaine 3
 Tous les jours ou presque 4

8. Combien de fois pendant les 6 derniers mois avez-vous eu des troubles de la mémoire ou avez-vous eu du mal à vous concentrer après avoir consommé du cannabis ?

- Jamais 0
 Moins d'une fois par mois 1
 Une fois par mois 2
 Une fois par semaine 3
 Tous les jours ou presque 4

9. Vous êtes-vous fait mal ou avez-vous blessé physiquement quelqu'un parce que vous aviez consommé du cannabis dans les 6 derniers mois ?

- Non 0
Oui 4

10. Une personne telle qu'un parent, un(e) ami(e), un médecin ou un professionnel de la santé s'est-elle inquiétée de votre usage de cannabis ou vous a-t-elle conseillé de diminuer votre consommation de cannabis ?

- Non 0
Oui 4

Questionnaire ADOSPA

ADOLESCENTS ET SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Au cours des douze derniers mois...

1. Êtes-vous déjà monté(e) dans un véhicule (A uto, moto, scooter) conduit par quelqu'un (vous y compris) qui avait trop bu ou qui était sous l'emprise de drogue(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
2. Avez-vous déjà utilisé(e) de l'alcool ou d'autres drogues pour vous D étendre, vous sentir mieux ou tenir le coup ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
3. Vous est-il arrivé d' O ublier ce que vous aviez fait (ou de faire des choses que vous n'auriez pas faites) sous l'emprise de drogues(s) ou d'alcool ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
4. Consommez-vous de l'alcool et d'autres drogues quand vous êtes S eul(e) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
5. Avez-vous déjà eu des P roblèmes en consommant de l'alcool ou d'autres drogues ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
6. Vos A mis ou votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de boissons alcoolisées ou de drogue(s) ?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>

Au moins 2 réponses affirmatives sur les 6 questions indiquent un usage nocif de drogues ou d'alcool, c'est-à-dire un mode de consommation répété qui entraîne des méfaits sur le plan physique, affectif, psychologique ou social.

Questionnaire CRAFFT

CRAFFT (VERSION ANGLAISE)

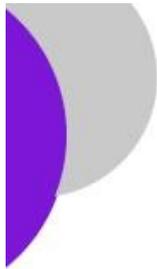
	NO	YES
1. Have you ever ridden in a CAR driven by someone (including yourself) who was high or had been using alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Do you ever use alcohol or drugs to RELAX , feel better about yourself, or fit in?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Do you ever use alcohol or drugs while you are by yourself ALONE ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Do you ever FORGET things you did while using alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Do your FAMILY or FRIENDS ever tell you that you should cut down on your drinking or drug use?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Have you ever gotten into TROUBLE while you were using alcohol or drugs?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Scoring: 2 or more positive items indicate the need for further assessment.

Questionnaire DEP-ADO

[DEP-ADO DEPistage de consommation problématique d'alcool et de drogue chez les ADOlescents]

		N° de dossier		Réservé à l'usage de l'intervenant	
5. Au cours des <u>12 derniers mois</u> , combien de fois as-tu pris :					
a) Garçons					
i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?		<input type="text"/>	Fois		
ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?		<input type="text"/>	Fois		
b) Filles					
i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?		<input type="text"/>	Fois		
6. Au cours des <u>12 derniers mois</u> , cela t'est-il arrivé ?		Oui	Non		
a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex. : problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex. : anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex. : absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex. : vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex. : relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>		
i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant		<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="checkbox"/>	
7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des <u>12 derniers mois</u> (noircir une seule réponse)					
<input type="radio"/> Pas consommé		<input type="radio"/> La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine			
<input type="radio"/> À l'occasion		<input type="radio"/> 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours			
<input type="radio"/> Une fois par mois environ		<input type="radio"/> Tous les jours			
SCORE BRUTS FACTORIELS		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
SCORE TOTAL		<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Signature de l'intervenant(e)				V J R	



**[DEP-ADO
DEPistage de consommation problématique d'alcool
et de drogue chez les ADOlescents]**

GRILLE DE COTATION DEP-ADO (VERSION 3.2¹)

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ?

	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou 1 à 2 fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	1	2	3	4	5
Cannabis	0	1	2	3	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	1	2	3	4	5
Amphétamines/speed	0	1	2	3	4	5
Autres*	0	1	2	3	4	5

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans ordonnance : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. b) Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ?

Alcool	< 12 ans = 3	Drogues	< 14 ans = 3
	12 à 15 ans = 2		14 à 15 ans = 2
	16 ans ou + = 1		16 ans ou + = 1

3. Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?

Oui = 8 Non = 0

4. As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ?

Oui = 8 Non = 0

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 8 (Garçons) 5 (Filles) consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Aucune fois = 0 1 à 2 fois = 1 3 à 25 fois = 2 26 fois et plus = 3

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ?

Oui = 8 Non = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS		
13 et moins	FEU VERT	Aucun problème évident de consommation (aucune intervention nécessaire)
Entre 14 et 19	FEU JAUNE	Problème en émergence (intervention précoce souhaitable)
20 et +	FEU ROUGE	Problème évident (intervention spécialisée nécessaire)

1. Cette grille de cotation se rattache à la DEP-ADO version 3.2, septembre 2007. La grille de cotation a été conservée telle quelle depuis octobre 2003 puisqu'aucune modification n'a été requise.

Annexe 3 : Les deux versions du guide d'entretien :

GUIDE D'ENTRETIEN N°1

1° Quand je vous parle de « consommateurs de cannabis », qu'est-ce que cela vous évoque ?

Reformulation : qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

2° Selon vous, à quelle fréquence rencontrez-vous des patients consommateurs de cannabis dans votre exercice quotidien ?

Reformulation : faire quantifier cette population au sein de la patientèle

3° Souvenez-vous et racontez-moi votre dernière consultation où la consommation de cannabis a été abordée ; quelle a été votre prise en charge ?

Reformulation : faire évoquer la prise en charge médicamenteuse et non médicamenteuse.

4° Parlez-moi de la façon dont vous orientez vos patients consommateurs de cannabis ?

Reformulation : faire évoquer l'aspect pluridisciplinaire.

5° Selon vous, qu'est-ce qui freine une prise en charge en cabinet de médecine générale ?

Reformulation : Facteurs/freins : PEC au cabinet VS structure de soins spécialisée ?

6° Est-ce que vous avez quelque chose d'important à rajouter sur le sujet ?

GUIDE D'ENTRETIEN N°2 = FINAL

1° Quand je vous parle de « consommateurs de cannabis », qu'est-ce que cela vous évoque ?

Relances : qu'est-ce qui vous vient à l'esprit ?

Y-a-t-il d'autres aspects qui vous viennent en tête ?

2° Que pensez-vous de votre patientèle et du cannabis ?

Relance : Est-ce une problématique que vous rencontrez fréquemment ?

(Fréquence au sein de la patientèle)

3° Souvenez-vous et racontez-moi votre dernière consultation où la consommation de cannabis a été abordée ; quelle a été votre prise en charge ?

Reformulations : Quelle a été votre attitude ?

Comment cela s'est-t-il passé ?

Quelle a été la conclusion de la consultation ?

4° Selon vous, qu'est-ce qui freine une prise en charge en cabinet de médecine générale ?

Reformulation : Identifiez-vous d'autres freins ?

(Facteurs/freins : Prise en charge au cabinet VS orientation)

5° Parlez-moi de la façon dont vous orientez vos patients consommateurs de cannabis ?

Reformulation : Envisagez-vous d'autres orientations ?

(Faire évoquer l'aspect pluridisciplinaire : structures de soins + professionnels de santé)

6° Est-ce que vous avez quelque chose à rajouter sur le sujet ?

Annexe 4 : Formulaire de renseignements et de consentement :

Fiche de renseignements :

Age : ans

Sexe : M / F

Durée d'exercice : années

Zone d'exercice : RURAL / SEMI RURAL / URBAIN

Orientation particulière en médecine générale :

OUI / NON

.....
.....
.....
.....

Formation(s) faite(s) en addictologie et si oui, laquelle ou lesquelles ?

OUI / NON

.....
.....
.....
.....

Consommateur de cannabis personnellement ?

OUI / NON

Si oui : OCCASIONNEL / REGULIER

Je soussigné(e) donne mon autorisation pour l'enregistrement de l'entretien, son analyse et sa publication éventuelle.

Fait à
Le / /

Annexe 5 : Exemple d'analyse par unités de sens (extrait entretien n°2)

Verbatims	Thèmes	Sous-thèmes	Remarques
chez les gros fumeurs de cannabis se pose la question de leur fonction respiratoire, donc il faut peut-être évaluer où en sont les gens	Orientation	vers un médecin spécialiste	PEC pneumologique associée
dans les comorbidités plus liées à l'anxiété, on peut aussi imaginer travailler avec des psychothérapeutes	Orientation	Vers un autre professionnel de santé	PEC psychologique associée
avec évidemment les freins qui sont ceux de la prise en charge de ces consultations	Freins à la PEC	Coût de la PEC	Psychologues non remboursés par la sécurité sociale
avec des problèmes socio-économiques importants, avec un niveau de vie difficile pour beaucoup de gens et adresser les gens à des psychothérapeutes c'est très compliqué	Freins à la PEC	Coût de la PEC	Limite de la PEC
en CSAPA je travaille dans une équipe où il y a 2 psychologues, une éducatrice	Orientation	vers une structure spécialisée	PEC globale en CSAPA, ici psycho-éducative

Annexe 6 : Liste des structures de soins spécialisées en addictologie du département du Gard :

**Les CSAPA
(Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) :**

- **CSAPA APSA 30** : 551 ROUTE DE LA ROYALE 30100 ALES ; **Tél** : 04 66 34 13 81
- **C.S.A.P.A. LA DRAILLE VIGAN INTER'AIDE LE VIGAN** : 29 AVENUE EMMANUEL D'ALZON
BP 46 30120 LE VIGAN ; **Tél** : 04 67 81 08 20
- **CSAPA L'ENVOL CHU NIMES** : 111 RUE DE BRUNSWICK 30900 NIMES ; **Tél** : 04 66 29 25 13
- **C.S.A.P.A. ANPAA30 DECENTRALISE DU GARD NÎMES** : 60 RUE ANDRÉ SIEGFRIED
30900 NIMES ; **Tél** : 04 66 29 25 13
- **C.S.A.P.A. LOGOS ASSOCIATION POUR PREVENTION ET SOIN EN ADDICTO. NÎMES** : 8 RUE
TEDENAT 30900 NIMES ; **Tél** : 04 66 21 07 89
- **C.S.A.P.A. LE MAS SAINT GILLES ET SERVICE LES CAPITELLES** : CHEMIN DE LOUBES
BP 36 30800 SAINT GILLES ; **Tél** : 04 68 01 36 36

Les consultations hospitalières d'addictologie :

PLACE DU PROFESSEUR ROBERT DEBRE HOPITAL UNIVERSITAIRE CAREMEAU
- BATIMENT POLYVALENT 30929 NIMES ; **Tél** : 04 66 68 42 75

SERMENT

- *En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.*
- *Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.*
- *Admis (e) dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.*
- *Respectueux (se) et reconnaissant (e) envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.*
- *Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert (e) d'opprobre et méprisé (e) de mes confrères si j'y manque.*

Résumé et mots-clés :

Introduction : Le cannabis est la substance illicite la plus consommée au monde. Les conséquences néfastes médico-psycho-sociales de cette consommation en font un enjeu majeur de santé publique. L'objectif principal de notre étude était d'explorer les pratiques de prise en charge des consommateurs de cannabis, par les médecins généralistes (MG) libéraux du Gard. Son objectif secondaire était d'identifier les freins à cette prise en charge en cabinet.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative thématique par entretiens individuels semi-directifs. Dix entretiens ont été réalisés pour parvenir à saturation des données.

Résultats : Un repérage précoce de la consommation de cannabis est effectué par les MG, par un dépistage plus souvent ciblé que systématique. L'évaluation de la consommation paraît complète, bien que les questionnaires standardisés disponibles soient peu utilisés. La prévention est réalisée par intervention brève, de façon inconstante. La prise en charge « active » comporte plusieurs volets intéressants : l'alliance thérapeutique, l'accompagnement individuel vers le sevrage, ou à défaut, vers la réduction de la consommation, au moyen de l'entretien motivationnel ou des TCC, et l'aide médicamenteuse éventuelle, dans le cadre d'un suivi régulier et au long cours. L'orientation s'avère relativement standardisée, notamment vers des structures de soins spécialisées en addictologie qui semblent désormais bien connues des MG.

Conclusion : La prise en charge des consommateurs de cannabis par les MG semble cohérente. Plusieurs pistes ont été évoquées pour l'améliorer : élargir le dépistage, promouvoir les outils d'aide au repérage de l'usage problématique de cannabis, revaloriser la prévention, développer les réseaux de soins coordonnés et améliorer la formation des MG en addictologie.

Mots-clés : cannabis, consommateurs, prise en charge, médecine générale.