Déterminants de participation à un groupe de sensibilisation à l'usage du cannabis mené en milieu carcéral

Laetitia Lambremon

▶ **To cite this version:**

Laetitia Lambremon. Déterminants de participation à un groupe de sensibilisation à l'usage du cannabis mené en milieu carcéral. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02974806

HAL Id: dumas-02974806

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02974806

Submitted on 22 Oct 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

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par
LAMBREMON Laetitia
Le 15 mai 2018

TITRE

DÉTERMINANTS DE PARTICIPATION À UN GROUPE DE SENSIBILISATION À L'USAGE DU CANNABIS MENÉ EN MILIEU CARCÉRAL

Directeur de thèse : Dr HILAIRE Christophe
Codirecteur de thèse : Dr GARCIA Marc

JURY

Président :

Pr LAMBERT Philippe	Professeur des universités de médecine générale, Coordonnateur Régional et Inter Régional du DES de Médecine générale, Médecin généraliste

Assesseurs :

Pr PERNEY Pascal	Professeur des universités, Praticien hospitalier
Pr LOPEZ-CASTROMAN Jorge	Professeur des universités, Praticien hospitalier
Dr HILAIRE Christophe	Praticien hospitalier

Membre invité :

Dr GARCIA Marc	Maître de conférences associé de médecine générale, Chargé d'enseignement, Médecin généraliste

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
FACULTÉ DE MÉDECINE MONTPELLIER-NÎMES

THÈSE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement par
LAMBREMON Laetitia
Le 15 mai 2018

TITRE

DÉTERMINANTS DE PARTICIPATION À UN GROUPE DE SENSIBILISATION À L'USAGE DU CANNABIS MENÉ EN MILIEU CARCÉRAL

Directeur de thèse : Dr HILAIRE Christophe
Codirecteur de thèse : Dr GARCIA Marc

JURY

Président :

Pr LAMBERT Philippe	Professeur des universités de médecine générale, Coordonnateur Régional et Inter Régional du DES de Médecine générale, Médecin généraliste

Assesseurs :

Pr PERNEY Pascal	Professeur des universités, Praticien hospitalier
Pr LOPEZ-CASTROMAN Jorge	Professeur des universités, Praticien hospitalier
Dr HILAIRE Christophe	Praticien hospitalier

Membre invité :

Dr GARCIA Marc	Maître de conférences associé de médecine générale, Chargé d'enseignement, Médecin généraliste

Université de Montpellier
FACULTÉ de MÉDECINE
Montpellier-Nîmes

ANNEE UNIVERSITAIRE 2017 - 2018

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
BALMES Jean-Louis
BALMES 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
DU CAILAR Jacques
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
POUGET Régis
PUECH Paul
PUJOL Henri
PUJOL Rémy
RABISCHONG Pierre
RAMUZ Michel
RIEU Daniel
RIOUX Jean-Antoine
ROCHEFORT Henri
ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
SAINT AUBERT Bernard
SANCHO-GARNIER Hélène
SANY Jacques
SENAC Jean-Paul
SERRE Arlette
SIMON Lucien
SOLASSOL Claude
THEVENET André
VIDAL Jacques
VISIER Jean Pierre

Professeurs Emérites

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
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PRAT Dominique
PRATLONG Francine
PREFAUT Christian
PUJOL Rémy
ROSSI Michel
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

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

COUBES Philippe - Neurochirurgie

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

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

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

MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick - Cardiologie

MOURAD Georges-Néphrologie

PELISSIER 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 1re 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

COLSON Pascal-Anesthésiologie-réanimation

CORBEAU Pierre-Immunologie

COSTES Valérie-Anatomie et cytologie pathologiques

COURTET Philippe-Psychiatrie d'adultes ; addictologie

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

DEMOLY Pascal-Pneumologie ; addictologie

DEREURE Olivier-Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane -Urologie

DUCROS Anne-Neurologie -

FRAPIER Jean-Marc-Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

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

LECLERCQ Florence-Cardiologie

LEHMANN Sylvain-Biochimie et biologie moléculaire

LUMBROSO Serge-Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis-Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan -Physiologie

MEUNIER Laurent-Dermato-vénéréologie

MONDAIN Michel-Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis-Pédiatrie

NAVARRO Francis-Chirurgie générale

PAGEAUX Georges-Philippe-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PETIT Pierre-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PERNEY Pascal-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

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 2ème 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

CHANQUES Gérald-Anesthésiologie-réanimation

COLOMBO Pierre-Emmanuel-Cancérologie ; radiothérapie

COSTALAT Vincent-Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand-Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe-Anesthésiologie-réanimation

DAIEN Vincent-Ophtalmologie

DE VOS John-Cytologie et histologie

DORANDEU Anne-Médecine légale -

DUPEYRON Arnaud-Médecine physique et de réadaptation

FESLER Pierre-Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

GARREL Renaud -Oto-rhino-laryngologie

GAUJOUX Viala Cécile-Rhumatologie

GENEVIEVE David-Génétique

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

HAYOT Maurice-Physiologie

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
LAVIGNE Jean-Philippe-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
LE MOING Vincent-Maladies infectieuses ; maladies tropicales
LETOUZEY Vincent-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
LOPEZ CASTROMAN Jorge-Psychiatrie d'Adultes ; addictologie
LUKAS Cédric-Rhumatologie
MAURY Philippe-Chirurgie orthopédique et traumatologique
MILLET Ingrid-Radiologie et imagerie médicale
MORANNE Olvier-Néphrologie
MOREL Jacques -Rhumatologie
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
PRUDHOMME Michel-Anatomie
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
SEGNARBIEUX François-Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas-Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme-Biologie cellulaire
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

1re classe :

COLINGE Jacques - Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes

2ème classe :

LAOUDJ CHENIVESSE Dalila - Biochimie et biologie moléculaire

VISIER Laurent - Sociologie, démographie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

1re classe :

LAMBERT Philippe

2ème classe :

AMOUYAL Michel

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE – Médecine

BESSIS Didier - Dermato-vénéréologie)

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

ROUBERTIE Agathe – Pédiatrie

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

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

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

PELLESTOR Franck-Cytologie et histologie

PUJOL Joseph-Anatomie

RAMOS Jeanne-Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno-Thérapeutique ; addictologie

RISPAIL Philippe-Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

STOEBNER Pierre -Dermato-vénéréologie

MCU-PH de 1re classe

ALLARDET-SERVENT Annick-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie-Biochimie et biologie moléculaire

BOUDOUSQ Vincent-Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie-Biologie cellulaire
BOURGIER Céline-Cancérologie ; Radiothérapie
BRET Caroline -Hématologie biologique
COSSEE Mireille-Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey-Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel-Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne-Biochimie et biologie moléculaire
LAVIGNE Géraldine-Hématologie ; transfusion
LE QUINTREC Moglie-Néphrologie
MATHIEU Olivier-Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas-Neuroradiologie
MOUZAT Kévin-Biochimie et biologie moléculaire
PANABIERES 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^{éme} classe

BERTRAND Martin-Anatomie
BRUN Michel-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie-Dermato-vénéréologie
GALANAUD Jean Philippe-Médecine Vasculaire
GOUZI Farès-Physiologie
JEZIORSKI Éric-Pédiatrie
KUSTER Nils-Biochimie et biologie moléculaire
LESAGE François-Xavier-Médecine et Santé au Travail
MAKINSON Alain-Maladies infectieuses, Maladies tropicales
MURA Thibault-Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
OLIE Emilie-Psychiatrie d'adultes ; addictologie
THEVENIN-RENE Céline-Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David
FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard
GARCIA Marc
MILLION Elodie
PAVAGEAU Sylvain
REBOUL Marie-Catherine
SEGURET Pierre

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
FAILLIE Jean-Luc-
Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent-Histologie, embryologie et cytogénétique
HERLIN Christian -Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid-Chirurgie générale
PANTEL Alix-Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie-Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume-Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine-Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

Merci au Dr Christophe Hilaire, mon directeur de thèse et de mémoire. Merci de m'avoir soutenu et conseillé pendant la rédaction de ce travail. Ta franchise et ton implication avec les patients m'ont permis de reprendre confiance en mon rôle de médecin. Tu m'as fait découvrir le monde de l'addictologie et surtout tu me l'as fait apprécier.

Merci au Dr Marc Garcia, mon codirecteur de thèse et de mémoire. Tu as été d'une grande aide en me recadrant quand j'avais tendance à m'éparpiller. J'ai également pu approfondir dans ton cabinet la découverte de l'exercice de la médecine générale en libéral.

Merci au Pr Philippe Lambert de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse.

Merci au Pr Pascal Perney, d'avoir accepté de faire partie de mon jury, votre regard d'addictologue sur mon travail sera d'un grand intérêt.

Merci au Pr Jorge Lopez-Castroman d'avoir accepté de rejoindre mon jury. L'addictologie et la psychiatrie, en milieu carcérale notamment, sont deux disciplines qui travaillent conjointement, votre regard n'en sera que plus intéressant.

Merci au Dr Agnès Oude-Engberink d'avoir été aussi réactive lors de la relecture de mon guide d'entretien et de mon premier entretien.

Merci aux 16 participants de l'étude. Merci d'avoir accepté de partager cette part de votre quotidien, de votre vécu et de votre ressenti pour la réalisation de ce travail.

Merci à Emilie, pour ta réactivité et ton enthousiasme, quoi qu'il arrive tu restes toujours motivée et toujours aussi passionnée.

Merci à toute l'équipe de l'USMP, merci pour votre accueil quand j'étais interne et quand je suis revenue un an plus tard. Travailler avec vous m'a beaucoup appris et je continue à apprendre à vos côtés. Vous avez tous et toutes ce petit grain de folie (si Stéphanie, tu ne peux pas le nier) qui me redonne du courage quand certaines journées sont difficiles. Je suis vraiment heureuse de poursuivre ma route avec vous.

Merci au Dr Sabrina Levy, pour ta bienveillance et ta gentillesse. Tu m'as chaleureusement accueilli, avec toute l'équipe de l'Envol, pour me faire découvrir l'addictologie et tu m'as conforté dans mon choix de me former dans ce domaine.

Merci à Pascal, Catherine et Viviane qui m'ont fait découvrir l'exercice de la médecine générale en libéral. Je garde que de bons souvenirs du temps passé avec vous.

À ma famille,

À mes parents qui ont toujours été là pour me soutenir.

À mes sœurs Jordane et Mathilde. Je suis tellement heureuse que vous fassiez partie de ma vie. Vous êtes les seules à qui je peux faire part de toutes mes idées saugrenues sans que vous trouviez ça bizarre, il faut dire que vous n'êtes pas en reste.

À mon grand-père, Robert, qui m'a souvent dit qu'il aimerait tant être là le jour de la soutenance de ma thèse. Tu n'es peut-être plus là mais sois sûr que je penserai très fort à toi.

À mes amis,

À mes amis d'enfance, du collège et du lycée, même si on se voit moins souvent, vous restez très importants pour moi : David, Lisa et Bruno.

À Stéphanie avec qui j'ai vécu mes deux années de PCEM1. Des moments de désespoir mais surtout de bons moments de rigolade.

À ceux que j'ai rencontrés pendant l'externat : Karine, Chloé, Hélène, Pauline. À David avec qui je suis restée collée tout mon externat, je te souhaite à toi et à ta famille beaucoup de bonheur.

À tous les amis que j'ai rencontrés pendant mon internat : Marion, Romain, Flavie et Camille.

À tous mes co-internes et ceux avec qui j'ai partagé l'internat : Ophélie, Clothilde, Linnéa, Laurie, Sarah.

SOMMAIRE

LISTE DES ABRÉVIATIONS 3

I- INTRODUCTION 4

1- Généralités sur le cannabis 4

a- Qu'est-ce que c'est le cannabis? 4

b- Épidémiologie de la consommation de cannabis en France 4

c- Neurobiologie 5

d- Définitions des niveaux d'usage. 7

e- Des risques psycho-sociaux et somatiques 8

f- Le cadre légal 11

g- Réponses en termes de santé publique 12

2- Le milieu carcéral 15

a- Le dispositif pénitentiaire en France 15

b- Cannabis et prison 15

c- Quelles réponses ? 16

d- Cas particulier : la maison d'arrêt de Nîmes 17

3- Le groupe SUC 18

a- Constat de départ 18

b- Le public 19

c- Objectifs du groupe 19

d- Le contenu 19

e- Les moyens 20

f- Les outils 20

4- Problématique 21

5- Question de recherche et objectif 21

II- MÉTHODOLOGIE 22

1- Équipe de recherche 22

2- Conception de l'étude 22

a- Cadre théorique: étude qualitative thématique 22

b- Sélection des participants 23

c- Recueil des données et retranscription 23

3- Analyse des données 26

4- Recherche bibliographique 26

III- RÉSULTATS 27

1- Recrutement des participants 27

a- Description de l'échantillon 27

b- Non-participation 27

2- Recueil des données 27
a- Durée des entretiens 27
b- Seuil de saturation des données 27

3- Caractéristiques des participants 28

4- Résultats 29
a- Déterminants liés à l'incarcération 29
b- Déterminants liés aux attentes des participants concernant le groupe 34
c- Déterminants liés à l'entourage 38
d- Les représentations des participants relatives au cannabis et au soin 39
e- Les déterminants négatifs de participation au groupe 43

5- Résumé des principaux résultats 48

IV- DISCUSSION 52

1- Forces et faiblesses de l'étude 52
a- Répartition des participants 52
b- Méthodologie 52
c- Problèmes éthiques 53
d- Enregistrement 53

2- Comparaison avec la littérature 53

3- Perspectives 55
a- Spécificités du milieu carcéral 55
b- Évolution du groupe 56

V- CONCLUSION 58

BIBLIOGRAPHIE 59

ANNEXES 62

Annexe 1 : questionnaire CAST 62

Annexe 2 : questionnaire vrai/faux 63

Annexe 3 : formulaire de consentement 64

SERMENT 65

PERMIS D'IMPRIMER 66

RÉSUMÉ ET MOTS CLÉS

LISTE DES ABRÉVIATIONS

ANPAA : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour Usagers de Drogues

CAP : Commission d'Application des Peines

CAST : Cannabis Abuse Screening Test

CFES : Comité Français d'Éducation pour la Santé

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CPU : Commission Pluridisciplinaire Unique

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

HAS : Haute Autorité de Santé

IDE : Infirmière Diplômée d'État

IDM : Infarctus Du Myocarde

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

INSERM : Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale

InVS : Institut de Veille Sanitaire

IRM : Imagerie par Résonnance Magnétique

JAP : Juge d'Application des Peines

MA : Maison d'Arrêt

OFDT : Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

PTSD : PostTraumatic Stress Disorder

SAM : Stupéfiants et Accidents Mortels

SPIP : Service Pénitentiaire d'Insertion et de Probation

THC : Tétra-Hydro-Cannabinol

USMP : Unité Sanitaire en Milieu Pénitentiaire

WHO : World Health Organization

I- *INTRODUCTION*

1- Généralités sur le cannabis

a- Qu'est-ce que c'est le cannabis? (1)

Le cannabis est le nom générique d'une plante, le chanvre ou *cannabis sativa*. Il se décline sous forme de plus d'une centaine de variétés différentes. Il peut être consommé sous forme d'herbe, de résine ou plus rarement d'huile. Il est le plus souvent fumé, seul ou avec du tabac. Le principe actif responsable de ses effets psychoactifs est delta-9-tétra-hydro-cannabinol (ou delta-9-THC).

- L'herbe (marijuana, beuh, ganja, weed)

L'herbe correspond aux feuilles, aux tiges ou aux fleurs séchées. Elle se fume pure ou mélangée à du tabac dans une cigarette roulée (stick, joint, buzz, pétard).

- La résine (shit, haschich, bédot)

La résine est obtenue à partir de la sommité fleurie de la plante. Elle se présente sous forme de plaques compactes. Elle se consomme fumée avec du tabac, inhalée à l'aide d'une pipe (bang) ou d'un narguilhé (shisha), ingérée sous forme d'infusion ou mélangée à des aliments (space cake).

- L'huile

L'huile est obtenue par extraction alcoolique de la résine. Elle est beaucoup plus concentrée en THC. Elle peut être consommée à l'aide d'une pipe ou mélangée à des aliments. Son usage est peu repandu en France.

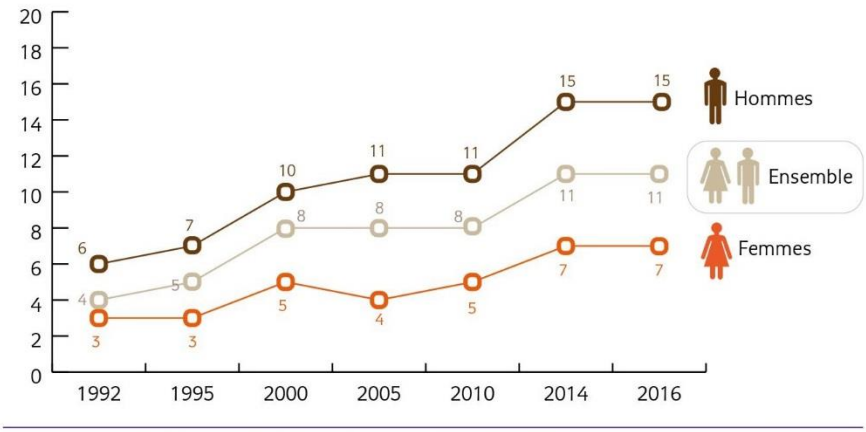
b- Épidémiologie de la consommation de cannabis en France

Le cannabis est la première substance illicite consommée en France et dans le monde. L'OFDT publie qu'en 2016 en France, 42% des adultes âgés de 18 à 64 ans l'ont déjà expérimenté (2). La plupart situe leur première consommation durant l'adolescence. En 2014, 47.8% des adolescents de 17 ans déclaraient en avoir déjà fumé, l'âge moyen du premier joint se situant aux alentours de 15 ans (3).

Depuis 2014 la proportion de consommateurs reste stable alors qu'elle avait augmenté entre 2010 et 2014, passant de 8 à 11% (Figure 1). En 2016 chez les 11-64 ans on comptait 17 millions de consommateurs dont 5 millions se déclaraient usagers occasionnels, 1.4 millions usagers réguliers et 700000 usagers quotidiens (2).

Sa consommation concerne tous les milieux socio-culturels mais reste plus importante dans les milieux socio-économiques les plus précaires (2).

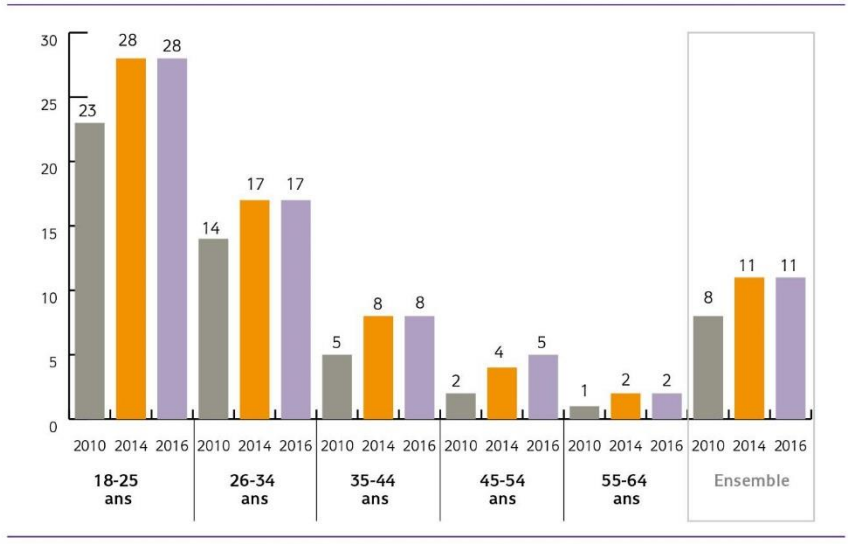
FIGURE 1: ÉVOLUTION ENTRE 1992 ET 2016 DE L'USAGE DE CANNABIS, SELON LE SEXE (%)



Sources : Baromètres santé 1992-2016, Santé publique France, exploitation OFDT

L'analyse des profils des usagers montre qu'actuellement les principaux consommateurs sont les hommes jeunes (28% des 18-25 ans) (Figure 2). L'usage occasionnel serait associé à un phénomène d'intégration sociale et les usages plus fréquents à des difficultés sociales ou des situations d'exclusion (2).

FIGURE 2: ÉVOLUTION DE L'USAGE ACTUEL DE CANNABIS ENTRE 2010 ET 2016, SELON L'AGE (%)



Sources : Baromètres santé 2010, 2014, 2016, Santé publique France, exploitation OFDT

c- Neurobiologie

Le cannabis contient 750 substances chimiques et 104 cannabinoïdes différents (4). Il tire principalement ses effets neuropharmacologiques du delta-9-THC par stimulation du système endocannabinoïde via les récepteurs CB1 et CB2. Un autre composant principal du cannabis est

le cannabidiol (ou CBD). Dépourvu de propriété psychoactive, il aurait une action antagoniste sur les récepteurs CB1 (5). Dans les produits trouvés sur le marché la teneur en THC est supérieure à celle du CBD (4).

La teneur moyenne en THC dans la résine se situe aux alentours de 23%, elle a triplé en 10 ans, celle de l'herbe reste stable à 11% (6).

- Les récepteurs CB1 et CB2

Les récepteurs CB1 sont responsables des effets psychoactifs du cannabis, leurs localisations permettent d'expliquer la plupart de ses effets : l'hippocampe (mémoire), l'amygdale (gestion des émotions), le cortex cérébral (cognition), le système limbique (motivation) et le cervelet (coordination). Les récepteurs CB2 sont localisés principalement dans les tissus en charge de l'immunité, dans des tissus périphériques tel que le système digestif, les muscles, la peau, le foie, le cœur (4,7).

- Le circuit de la récompense

Le cannabis agit sur le système méso limbique. Il entraîne une augmentation de la libération de dopamine responsable d'une sensation de satisfaction due à l'activation d'aires cérébrales impliquées dans le circuit de la récompense. Les corps cellulaires des neurones dopaminergiques sont situés dans l'aire tegmentale ventrale (ATV), leurs axones rejoignent le noyau accumbens, le cortex frontal, l'amygdale et le tubercule olfactif. La stimulation des récepteurs CB1 et CB2 entraîne une levée d'inhibition de la voie mésolimbique. Elle diminue la libération de GABA par les interneurones GABAnergique de l'ATV, habituellement responsables d'une inhibition des neurones dopaminergiques. Ceci aura pour effet l'augmentation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens. La dopamine joue un rôle central dans le système de récompense et l'apparition d'une dépendance (8).

- Répercutions neuro-anatomiques

Des études ayant recours à l'IRM ont montré des modifications neuro-anatomiques chez les consommateurs réguliers de cannabis. Ces anomalies apparaîtraient dans les régions riches en récepteurs CB1 notamment l'hippocampe, l'amygdale, le striatum et le cortex préfrontal et se traduiraient par une diminution du volume cérébral et une perte de densité de la substance grise (9). Les dommages seraient d'autant plus importants que l'âge de début de consommation serait précoce (4). On démontre dans plusieurs études que ces effets neuro-anatomiques, les troubles cognitifs ainsi que les troubles de mémoire pourraient persister malgré l'abstinence (4,9).

d- Définitions des niveaux d'usage.

Niveau d'usage	Définition
Expérimentation	1 fois dans sa vie
Usage occasionnel	Au moins 1 joint dans l'année
Usage régulier	Au moins 10 joints dans les 30 derniers jours
Usage quotidien	Au moins 1 joint par jour dans les 30 derniers jours

Dans la 5ème version du *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM-V) les termes d'usage problématique, d'usage à risque et de dépendance sont remplacés par le terme de trouble addictif léger, modéré ou sévère. Ces critères diagnostic comprennent les notions de perte de contrôle de soi, de craving (envie intense de consommer), de syndrome de sevrage, de tolérance, de poursuite de la consommation malgré la conscience des effets délétères qu'elle induit.

DSM-5 évaluation de la dépendance

L'addiction à une substance est un mode d'utilisation inadapté d'un produit conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance, cliniquement significative, caractérisé par la présence de deux (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de douze mois :
1. Le produit est souvent pris en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
2. Il existe un désir persistant ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation du produit.
3. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir le produit, utiliser le produit ou récupérer de leurs effets.
4. Craving ou une envie intense de consommer le produit.
5. Utilisation répétée du produit conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l'école ou à la maison.
6. Utilisation du produit malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets du produit.
7. Des activités sociales, occupationnelles ou récréatives importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du produit.
8. Utilisation répétée du produit dans des situations ou cela peut être physiquement dangereux.
9. L'utilisation du produit est poursuivie bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par cette substance.
10. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants : **a.** besoin de quantités notablement plus fortes du produit pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré. **b.** effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité du produit.
11. Sevrage, caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes : **a.** syndrome de sevrage du produit caractérisé. **b.** le produit (ou une substance proche) sont pris pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.

Présence de 2 à 3 critères : addiction légère
Présence de 4 à 5 critères : addiction modérée
Présence de 6 critères ou plus : addiction sévère

Source : American Psychiatric Association. (2013). Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)

e- Des risques psycho-sociaux et somatiques

Le cannabis est la première substance psychoactive consommée dans le monde. L'effet immédiat apporte un sentiment de plaisir et de bien-être et aboutit à l'ivresse cannabique (rire, euphorie, bien être, détente…) (1).

De nombreuses études ont été menées afin de déterminer ses effets somatiques et psychiques à plus ou moins long terme. En 2016 la World Health Organization a publié un rapport proposant un état des lieux de ses principaux effets (4).

❖ **Les risques à court terme**

Les principaux effets aigus du cannabis se manifestent par une altération de la mémoire épisodique et de travail, une perturbation de la conscience avec des troubles de l'attention, du jugement et une augmentation de temps de réaction, une difficulté dans la planification et la prise de décision (4).

Des troubles des perceptions et du comportement peuvent également être observés tels que de l'anxiété, une agitation, une euphorie et une désinhibition. L'importance de ses manifestations dépend de la dose ingérée, de la voie d'administration mais aussi de l'ancienneté de la consommation (1,4,10).

L'intoxication aiguë peut également être responsable de manifestations psychotiques telles que des hallucinations, une dépersonnalisation, une déréalisation, des idées délirantes à thème de persécution et/ou de grandeur. Une étude nord-américaine a mis en évidence le fait que la fréquence de survenue de ce type de manifestation augmente avec la fréquence de consommation (phénomène de sensibilisation pharmacologique) (11).

Au niveau cardio-vasculaire, le cannabis entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque et du débit cardiaque par stimulation du système sympathique et inhibition de l'activité parasympathique, et peut entraîner des palpitations. Il provoque également une vasodilatation périphérique responsable d'une hypotension artérielle (4,10).

Aucun cas d'overdose fatale n'a été décrit dans la littérature (4).

Concernant la conduite automobile, l'usage récent de cannabis augmenterait le risque d'accident de la route notamment chez les consommateurs occasionnels (12). Dans une méta-analyse de neuf études, les conducteurs qui avaient consommé du cannabis dans les trois heures avant de prendre le volant multipliaient par 2 leur risque de provoquer un accident de la route comparé à

ceux qui n'en n'avaient pas consommé (13). Le rapport SAM publié en 2011 corrobore ces résultats, la conduite sous l'influence du cannabis multiplierait par 1.8 le risque d'accident de la route, ce risque serait multiplié par 15 en cas de consommation d'alcool associée (14).

❖ **Les risques à long terme**

➢ Conséquences psycho-sociales

o *Le risque addictologique*

L'usage répété de cannabis peut être responsable d'une dépendance. À noter que le risque de trouble addictif lié à l'usage de cannabis augmente avec la précocité de l'entrée dans l'usage. On estime que 57% des adolescents ayant débuté leur consommation avant 14 ans fument régulièrement ou ont un usage à risque (3) et le risque de dépendance serait estimé à 16% en cas d'initiation de la consommation pendant cette période contre 9% en moyenne (15).

Le questionnaire CAST a été validé afin de rechercher un usage problématique de cannabis (16), (annexe 1).

La dépendance est non seulement responsable de conséquences sociales et psychiques mais majore également les risques sanitaires à long terme.

o *L'altération des fonctions cognitives*

La consommation régulière de cannabis serait responsable d'une altération des fonctions cognitives avec un déficit de la mémoire, de l'attention et de l'apprentissage verbal (c'est-à-dire la mémorisation de mots et de concepts par l'intermédiaire de stimuli verbaux). Ces effets dépendent de la durée et de la fréquence de consommation, de l'âge de début de consommation et de la dose cumulée de THC ingérée (4).

o *Le syndrome amotivationnel*

Ce syndrome concerne les usagers réguliers de cannabis, il se caractérise par une anhédonie, une apathie, un désintérêt, un détachement émotionnel, une perte d'initiative, un apragmatisme, une passivité, un appauvrissement intellectuel et un retrait social (11).

o *Les pathologies psychiatriques*

La précocité de la consommation pendant l'adolescence (période de maturation cérébrale) notamment avant l'âge de 15 ans serait le principal facteur de risque de survenue de trouble psychotique (11). D'autres facteurs tels que le contexte social (violence, isolement…), les antécédents familiaux de pathologies psychiatriques, un trouble de la personnalité préexistant

ou encore certains facteurs génétiques de vulnérabilité augmenteraient le risque de symptômes psychotiques après consommation de cannabis (11).

Bien que les études n'aient pas démontré de lien de causalité entre la consommation de cannabis et la survenue d'une schizophrénie, chez les sujets présentant des facteurs de vulnérabilité pour la schizophrénie, la consommation de cannabis précipiterait l'entrée dans la maladie (survenue plus précoce en moyenne de deux ans et demi) (11). Ce risque serait d'autant plus grand que la consommation est importante (17). La consommation régulière de cannabis serait également plus fréquente chez les patients atteints de schizophrénie (4).

- Conséquences somatiques

- *Bronchopneumopathie chronique obstructive*

La BPCO est une maladie respiratoire chronique. Elle se traduit par une inflammation des bronches responsable d'un rétrécissement progressif des voies aériennes à l'origine d'une gêne respiratoire. La principale cause de BPCO est le tabagisme.

Les fumeurs réguliers de cannabis seraient plus sujets aux bronchites chroniques que les non-fumeurs avec une augmentation de symptômes tels que la toux, les expectorations et les sifflements bronchiques (11,18) mais sans augmentation du risque de BPCO (4). Leur fonction respiratoire s'altérerait plus rapidement que celle des non-fumeurs.

- *Pathologies cardio-vasculaires*

Des études récentes ont mis en évidence une augmentation du risque d'infarctus du myocarde (IDM) chez de jeunes consommateurs de cannabis sans facteur de risque cardio-vasculaire. Une étude menée en France entre 2006 et 2010 a reporté 35 cas de complications cardiovasculaires (dont 20 cas d'IDM) chez des patients âgés en moyenne de 34 ans (19). Il existerait un surrisque d'IDM dans l'heure suivant la consommation de cannabis chez les patients avec un antécédent d'IDM (20). Les études suggèrent également une augmentation du risque d'accident vasculaire cérébral ischémique par un phénomène de vasoconstriction cérébrale réversible (21).

- *Cancer*

Le cannabis consommé par voie inhalée serait cancérogène d'une part du fait du taux élevé de substances toxiques et irritantes qu'il contient et d'autre part du fait de son mode de consommation en inspiration profonde et prolongée (22). Cependant le lien entre la consommation de cannabis et la survenue d'un cancer des voies respiratoires ou des voies aéro-

digestives supérieures n'est pas clairement établi. Les études restent mitigées ou remises en question devant l'absence d'ajustement sur des facteurs de confusion tels que le tabac ou l'alcool (4).

f- Le cadre légal

❖ Ce que dit la loi

Le cannabis est classé dans la catégorie des substances stupéfiantes illicites. Il n'est pas considéré comme une « drogue douce » sur le plan pénal, les peines encourues sont donc équivalentes à celles des autres substances illicites. Depuis la loi du 31 décembre 1970 dont les dispositions sont intégrées dans le code pénal et le code de santé publique, son usage est interdit en France (23).

En consommer, en détenir, en acheter, en vendre, en offrir, en transporter, en cultiver sont considérés comme des infractions à la loi et ce quelle que soit la quantité concernée. Les peines encourues sont doublées lorsque le cannabis est offert ou vendu à des mineurs ou à proximité d'établissement scolaire (23).

L'usager encourt jusqu'à 1 an d'emprisonnement et/ou 3700 euros d'amende. Des mesures comme un rappel à la loi, un stage de sensibilisation, une obligation de soins ou un TIG (travail d'intérêt général) sont des alternatives possibles (24).

Le trafic de stupéfiant est passible de 10 ans d'emprisonnement et 7 500 000 euros d'amende, la production et/ou la fabrication illicites de 20 ans de réclusion et 7 500 000 euros d'amende. Ces peines peuvent être portées à 30 ans lorsque les faits sont commis en bande organisée (24).

Depuis la loi du 3 février 2003, la conduite sous influence de substances ou plantes classées comme stupéfiants est passible de deux ans d'emprisonnement et 4 500 euros d'amende. Si la personne est également sous l'emprise de l'alcool, la peine peut atteindre trois ans d'emprisonnement et 9 000 euros d'amende. La police et la gendarmerie peuvent dorénavant procéder à un dépistage d'usage de stupéfiants lors des contrôles routiers (test salivaire pour le cannabis) (23,24).

En 2017, en France, plus de 71 tonnes de cannabis ont été saisies dont 18 tonnes d'herbe soit 26% des saisies contre 6% en 2012, ce qui témoigne du développement de la culture du cannabis sur le territoire (6). Le marché du cannabis atteint un volume annuel consommé de 154 tonnes soit un chiffre d'affaire d'1.12 milliard d'euros (25).

❖ Évolution et proposition de loi

En pratique, la réponse face aux usagers de stupéfiants ne cesse de s'élargir avec notamment depuis 2014, la possibilité pour les officiers de police judiciaire de déterminer eux-mêmes la réponse pénale en cas de délits d'usage (transaction pénale ouverte) (26).

En 2015, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) a mis en place un groupe de travail afin d'évaluer l'efficacité de la réponse pénale quant à l'usage de stupéfiant. Les peines de prison n'étant pas dissuasives, le rapport préconise plutôt une contravention de 5ème classe pour les primo-délinquants (soit une amende pouvant aller jusqu'à 1500 euros avec possibilité de peines restrictives ou privatives de droits associées, par exemple la suspension ou le retrait du permis de conduire) et une individualisation de la réponse pénale pour les mineurs ou en cas de récidive. Il a été décidé de ne pas différencier la réponse pénale en fonction de la nature du produit afin de ne pas banaliser le cannabis (26).

En 2015, la proposition de loi autorisant l'usage contrôlé du cannabis, rédigée par Esther BENBASSA, n'a pas été adoptée par le Sénat (27).

❖ États des lieux dans les autres pays d'Europe

En Allemagne, en Angleterre, au Pays de Galles, au Danemark et aux Pays-Bas, la consommation de cannabis n'est pas interdite.

Au Portugal la consommation de cannabis est une infraction administrative (elle donne lieu à l'équivalent d'une contravention en France).

En Espagne l'usage de drogue en général est considéré comme une infraction administrative uniquement lorsqu'elle a lieu dans un lieu public.

Seules la France et la Suisse considèrent l'usage de cannabis comme une infraction pénale.

La détention de cannabis n'est pas nécessairement sanctionnée si les quantités sont faibles mais elle reste une infraction pénale, sauf au Portugal, qui est le seul pays à avoir explicitement dépénalisé la détention d'une petite quantité de cannabis (27).

g- Réponses en termes de santé publique

❖ Campagnes de prévention

La prévention a pour but d'éviter la survenue et le développement d'un comportement qui serait susceptible d'induire des effets délétères pour soi et pour la collectivité.

Depuis 1986 le CFES et l'INPES sont à l'origine de nombreuses campagnes de lutte contre la consommation de drogue (28).

En 2005 « le cannabis est une réalité » est la première campagne de sensibilisation aux effets du cannabis. Elle s'inscrivait dans un programme global de prévention incluant la mise en place de 220 centres de consultation cannabis destinés à l'information et l'orientation des consommateurs et de leur famille et la mise en place de la ligne « Écoute Cannabis ».

« Le Cannabis, ce qu'il faut savoir », « Guide d'aide à l'arrêt du cannabis », « Cannabis, les risques expliqués aux parents », les dernières éditions de ces brochures (2016) sont disponibles sur le site web de l'INPES (29).

Source : Usage de drogue, alcool / Affiche [Internet]. inpes. [cité 30 déc 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/detaildocFB.asp?numfiche=1701

❖ CSAPA (Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie)

Les CSAPA sont des structures médico-sociales à gestion hospitalière ou associative qui proposent une prise en charge globale pluridisciplinaire des patients présentant un trouble des conduites addictives et de leur entourage.

- Les missions principales (30,31) :
  - L'accueil et l'information des patients et de leur entourage.
  - La prise en charge médicale, sociale, éducative et psychologique des patients.
  - L'orientation vers les professionnels et les structures adaptées.
  - La réduction des risques.
- Les missions facultatives :
  - Les consultations de proximité dont les consultations jeunes consommateurs (CJC).
  - Activité de prévention collective, de formation et de recherche.
  - Prise en charge des addictions sans substance.
  - Intervention en milieu carcéral ou auprès des sortants de prison.

À l'origine ces centres proposaient une prise en charge spécialisée soit dans le domaine de l'alcoologie soit dans le domaine de la toxicomanie. Dorénavant de plus en plus de CSAPA proposent une prise en charge générale de toutes les addictions (31).

En 2014, entre 53 000 et 56 000 personnes ont été prises en charge dans les CSAPA (y compris dans le cadre des CJC) pour usage de cannabis. La plupart étaient des hommes jeunes issus d'un milieu social précaire et 42% étaient adressés par la justice. À noter que 72% des usagers adressés n'avaient jamais été pris en charge auparavant (31).

- ❖ CJC (Consultations Jeunes Consommateurs)

Les CJC ont été mises en place à partir de 2004 par le ministère de la santé et la mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) suite à la recrudescence des niveaux de consommation dans les années 90 (32).

Les missions :

- ➢ L'information des patients et de leur entourage au premier stade de la consommation.
- ➢ La prise en charge des consommateurs.
- ➢ Le dépistage des consommations associées.
- ➢ L'orientation si nécessaire vers des professionnels ou des structures adaptés.

Les CJC sont rattachés aux CSAPA hospitaliers ou associatifs. Leurs locaux peuvent se trouver au sein du CSAPA ou en être extérieurs.

L'activité est très hétérogène d'un centre à l'autre (32). L'objectif commun est de se tenir à proximité du public rencontré, de créer du lien et de lui proposer du soutien (33).

Le public concerné se compose majoritairement d'hommes jeunes (moins de 26 ans) en situation précaire : sans emploi ou contrat précaire. En 2014, 70% des patients pris en charge présentaient un usage problématique de cannabis (selon le CAST) et 70% avaient déjà été interpellés pour usage ou détention de stupéfiants. 40% des patients étaient adressés par la justice, 61% de ses orientations judiciaires n'ont pas donné lieu à un suivi (32).

- ❖ Le médecin généraliste

De par son rôle et sa place dans notre système de santé actuel, le médecin généraliste semble être un acteur majeur dans le dépistage et la prévention des troubles liés à l'usage du cannabis. L'HAS a édité en 2014 un outil d'aide au repérage précoce des troubles addictifs et à l'intervention brève à destination des professionnels de santé (34).

2- Le milieu carcéral

a- Le dispositif pénitentiaire en France (35)

En France au 1er janvier 2017, on comptait 182 établissements pénitentiaires dont 50 maisons d'arrêt, 95 établissements pour peine, 6 établissements pénitentiaires pour mineurs et 1 établissement public de santé nationale (à Fresnes).

- Maisons d'arrêt (MA) : elles accueillent les prévenus (en attente de jugement) et les condamnés à une peine inférieure ou égale à 2 ans.

- Établissements pour peine : ils comprennent les centres de détention (CD) qui accueillent les condamnés à une peine supérieure à 2 ans après leur jugement définitif, les maisons centrales (MC) destinées aux détenus les plus difficiles, les centres pénitentiaires qui sont les établissements mixtes (MA, CD et /ou MC), les centres de semi libertés (CSL) ou les détenus sont autonomes la journée (projet professionnel, formation, consultation médicale…) et regagnent les centres la nuit.

78796 personnes étaient sous écrous au 1er janvier 2017 dont 68432 détenus (+2.6% en 12 mois). Parmi eux 19498 avaient un statut de prévenu (+7.4% en 12 mois).

b- Cannabis et prison

La consommation de drogue est répandue au sein de la population carcérale. Ce phénomène a été étudié mais il reste difficile d'en quantifier l'importance (36). Concernant le cannabis son inclusion dans les études n'est pas systématique, et il n'est pas toujours différencié des autres drogues. C'est pourquoi nous ne disposons que de peu d'éléments concernant son usage dans les prisons en France ou à l'étranger. L'InVS a publié en 2014 un rapport concernant l'état des connaissances sur la santé des détenus dans les prisons françaises et étrangères. Selon ce rapport en 2003, 29.8% des entrants en prison déclaraient une utilisation prolongée et régulière de cannabis dans les 12 mois précédents leur incarcération (36,37).

Comme en population générale, le cannabis est la drogue illicite la plus consommée. En 2012, on estimait que dans les prisons européennes 12 à 70% des détenus en avaient déjà consommé dans leur vie contre 1.6 à 33% en population générale (38). Cette différence peut s'expliquer par plusieurs facteurs :

- Précarité socio-économique de la population carcérale.
- Il existe une surreprésentation de pathologies psychiatriques en prison : les troubles de la personnalité, les troubles anxieux généralisés, les syndromes dépressifs, les PTSD et les pathologies psychotiques (prévalence jusqu'à 10 fois supérieure qu'en population générale (36)). Ces pathologies sont associées à un plus haut niveau d'usage de drogue en général.
- Le cannabis peut être la cause de l'incarcération.

Il est difficile d'évaluer l'évolution de la consommation de cannabis au cours de la détention. Les conditions difficiles de détention (surpopulation, promiscuité, confinement…) peuvent être une cause d'initiation ou de majoration de la consommation (39).

Son usage est toléré dans un grand nombre d'établissements afin de maintenir le calme et la sécurité (40).

c- Quelles réponses ?

Depuis la loi du 18 janvier 1994 relative à la santé publique et à la protection sociale, chaque établissement pénitentiaire est doté d'une unité sanitaire en milieu pénitentiaire (ou USMP). L'USMP est responsable de la prise en charge des personnes détenues, elle est rattachée au service public hospitalier. Un guide méthodologique à destination des professionnels de santé a été publié dès 1994 afin de les accompagner dans la prise en charge sanitaire et sociale des personnes détenues. La dernière édition date de 2017 (41). L'un des objectifs est de proposer une qualité de soins équivalente à celle proposée en population générale. Il est notamment prévu que chaque détenu soit vu de façon systématique en consultation médicale à l'unité sanitaire dès leur entrée en prison. Cette consultation doit intégrer « *un bilan de santé relatif à la consommation de produits stupéfiants, d'alcool et de tabac* ». Elle permet le repérage et si nécessaire l'orientation des patients vers des professionnels spécialisés.

Depuis 2011 il existe dans chaque établissement un CSAPA référent désigné par l'ARS. Leur rôle est la coordination avec les autres intervenants, l'accompagnement des patients pendant leur incarcération et la préparation à la sortie.

Plusieurs acteurs interviennent dans la prise en charge des détenus que ce soit sur le plan sanitaire et social : USMP, CSAPA, CAARUD, SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation).

d- Cas particulier : la maison d'arrêt de Nîmes

- Population carcérale

Au 1er janvier 2017 on comptait 419 détenus hébergés à la maison d'arrêt de Nîmes pour 196 places. Parmi eux 210 étaient prévenus et 209 condamnés, 26% avaient moins de 26 ans. Le taux de surpopulation pénale reste constant à 220 % et fait de la maison d'arrêt de Nîmes la prison la plus surpeuplée de France. Le temps moyen d'incarcération est de 4.5 mois.

- Drogue à la prison de Nîmes

En 2017, on dénombrait 186 saisies de produits stupéfiants (drogue et médicaments) réalisées par l'administration pénitentiaire. Ces produits transitent par le parloir ou proviennent de colis projetés au-dessus du mur d'enceinte de l'établissement. Nous ne disposons pas de chiffre concernant l'usage de cannabis au sein de la maison d'arrêt.

Projections saisies par l'administration pénitentiaire au cours d'un week-end à la MA de Nîmes. Dans les colis on retrouve essentiellement du cannabis, de l'alcool, des médicaments, des téléphones, des aliments…

- Organisation générale des soins

L'organisation fonctionnelle de l'unité est calée sur la vie en détention. L'accès aux soins est libre dans les horaires d'ouverture de l'unité.

Chaque personne arrivant à la maison d'arrêt de Nîmes doit avoir une consultation médicale dans les 48 heures (comme cela est prévu dans le guide méthodologique).

Les détenus rédigent des mots qui sont disposés dans des boites aux lettres situées à chaque étage des bâtiments de la maison d'arrêt. Ceux-ci sont relevés quotidiennement par les infirmiers de l'unité, triés, évalués et orientés. Le planning des consultations médicales est organisé par les infirmiers.

Toute venue de détenus dans l'unité sanitaire oblige la présence d'un surveillant pénitentiaire.

❖ CSAPA référent

Le CSAPA référent à la MA de Nîmes est l'ANPAA 30. Les patients peuvent être orientés vers le CSAPA référent de plusieurs façons :

- Le médecin généraliste et les infirmiers qui font le repérage des conduites addictives lors de la consultation arrivant.
- Les personnes détenues peuvent solliciter elles-mêmes les acteurs du soin en addictologie. Leur demande est acheminée vers l'USMP puis redistribuée aux professionnels en addictologie présents.
- Le SPIP (service pénitentiaire d'insertion et de probation).
- L'administration pénitentiaire.

Lors d'une orientation vers un professionnel en addictologie, le premier contact se fait avec le CSAPA référent. Il oriente ensuite les patients vers les différents partenaires : suivi ANPAA 30, LOGOS, les CAARUD (Centre d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des risques pour les Usagers des Drogues) AIDES et Réduire Les Risques.
En 2017, 217 personnes ont été vues en entretien par un des CSAPA.

3- Le groupe SUC

a- Constat de départ

En milieu carcéral la consommation de cannabis est répandue, tolérée et banalisée. À la maison d'arrêt de Nîmes les jeunes majeurs (18 à 25 ans) font l'objet de nombreuses demandes d'évaluations addictologiques. La plupart d'entre eux ne connaissent pas les risques sanitaires et sociaux qu'ils encourent en consommant du cannabis ni les structures ou les professionnels pouvant les accompagner.

La surpopulation carcérale, le manque de locaux à disposition et le turnover important des détenus sont des freins aux prises en charge individuelles.

Ce constat a conduit le travailleur social du CSAPA Référent Carcéral à mettre en place le groupe SUC (Sensibilisation à l'Usage du Cannabis).

b- Le public

L'inclusion au groupe concerne les hommes âgés de 18 à 25 ans (voir 30 ans en cas de première incarcération car il est possible qu'ils n'aient jamais été sensibilisés auparavant) qui déclarent une consommation de cannabis.
Le temps d'expérimenter le dispositif, l'action ne s'adressera qu'aux hommes (les groupes mixtes n'étant pas autorisés).

c- Objectifs du groupe

❖ Objectif principal

Sensibiliser les détenus de 18-25 ans de la MA qui déclarent une consommation de cannabis, aux risques liés à leur consommation et aux dispositifs existants pour les accompagner.

❖ Objectifs spécifiques

- Travailler sur les représentations des détenus relatives à la consommation de cannabis.
- Informer les détenus sur l'usage du cannabis et ses conséquences.
- Aborder l'existence des structures de soin en addictologie sur le territoire.

d- Le contenu

Un public sensibilisé est un public qui comprend l'importance et les multiples impacts de la consommation de cannabis sur la vie quotidienne. Il ne s'agit pas ici d'émettre des directives à l'intention des participants mais de leur expliquer les problématiques et de diffuser des informations qui leur permettront de décider eux-mêmes en toute connaissance de cause.

❖ Les thèmes abordés pendant le groupe

- Les différents usages et leur contexte.
- Les risques somatiques et psychosociaux.
- Les fonctions du produit.
- Les modes d'accompagnement médico-psycho-sociaux existants.

❖ L'orientation des patients

Le repérage et les orientations vers le groupe se font par le biais des « consultations arrivants », du SPIP, de l'USMP, des surveillants du « quartier arrivants », de la CPU (Commission

Pluridisciplinaire Unique) qui réunit l'administration pénitentiaire, le SPIP, l'Education Nationale, le CSAPA Référent Carcéral. Elle permet de faire le point sur les ressources, le réseau social et familial, le niveau scolaire, le parcours de formation, l'évaluation psychologique, les consommations de produits psychoactifs, la situation pénale des détenus.

Le CSAPA référent carcéral recueille ensuite les orientations.

e- Les moyens

❖ Humains

Le groupe sera animé, de façon mensuelle, par des intervenants en addictologie appartenant aux CSAPA l'ANPAA et LOGOS dont les missions d'information et de repérage précoce des usages nocifs puis de réduction des risques correspondent à ce type d'action collective. S'y associe l'intervention d'une IDE de l'USMP du fait des missions d'éducation à la santé qui lui incombe.

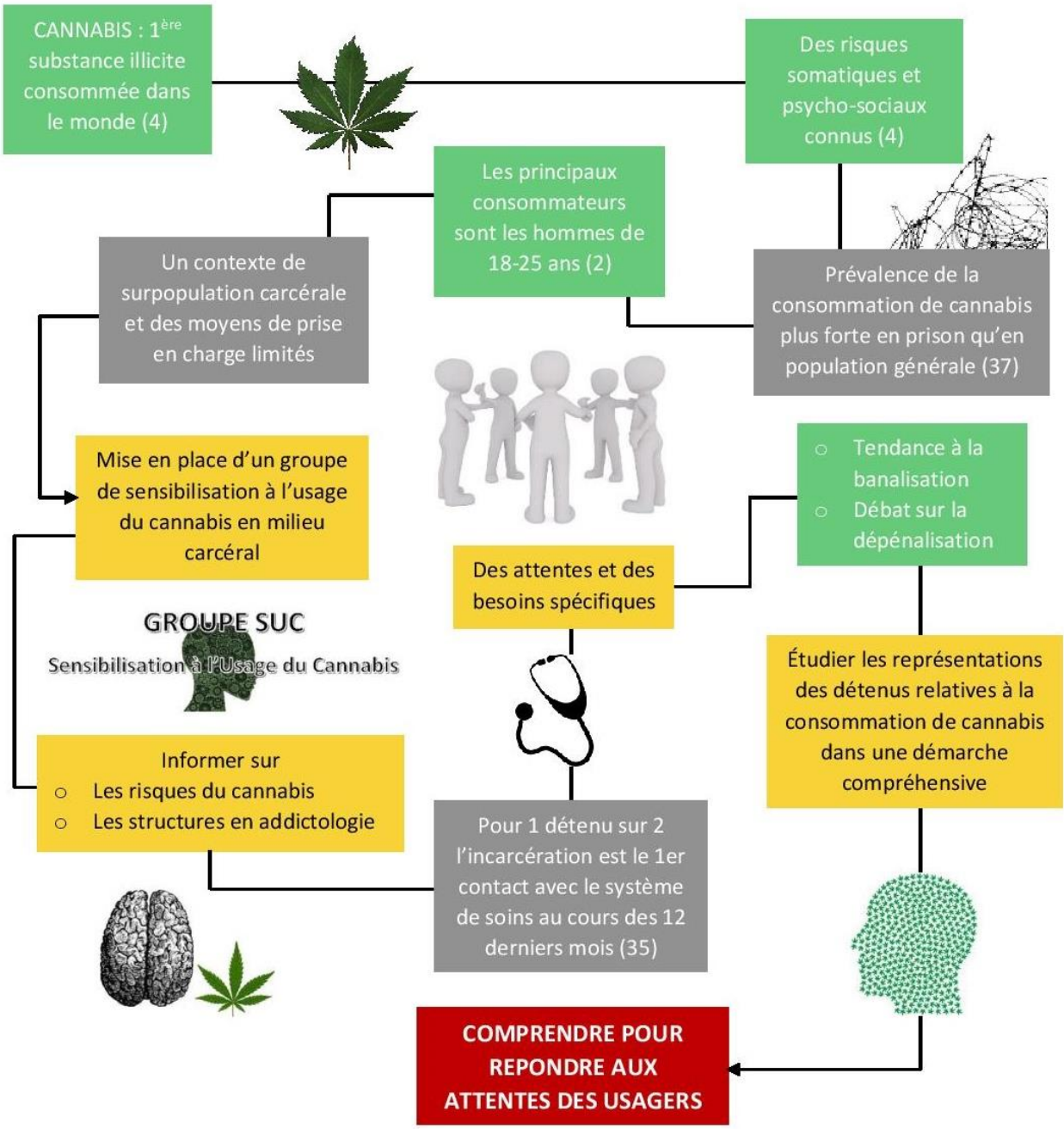
❖ Matériels

Le groupe se réunira au rez-de-chaussée du « quartier hommes » dans une salle pouvant accueillir une dizaine de personnes.

f- Les outils

- Affiches et plaquettes d'information sur l'existence du groupe SUC.
- Questionnaire vrai/faux distribué en début de séance afin de lancer les échanges (annexe 2).
- Attestation de venue au groupe.

4- Problématique



5- Question de recherche et objectif

Nous avons cherché à savoir quels étaient les déterminants qui ont conduit des usagers de cannabis incarcérés à Nîmes à participer au groupe SUC.

Pour répondre à cette question notre objectif principal était de comprendre les déterminants qui ont conduit les usagers de cannabis incarcérés à la maison d'arrêt de Nîmes à participer au groupe SUC.

II- *MÉTHODOLOGIE*

1- Équipe de recherche

J'ai mené cette étude en coordination avec mon directeur de thèse, le Dr Christophe HILAIRE et mon co-directeur de thèse le Dr Marc GARCIA. Le Dr Christophe HILAIRE est PH à la maison d'arrêt de Nîmes où il exerce une activité de médecin généraliste, nous nous sommes rencontrés au cours de mon stage de 5ème semestre à la maison d'arrêt. Le Dr Marc GARCIA est médecin généraliste installé dans un cabinet de groupe, maître de conférences associé de médecine générale et chargé d'enseignement au département de médecine générale de la faculté de médecine de Montpellier-Nîmes. Nous nous sommes rencontrés lors de mon SASPAS (stage ambulatoire en soins primaires en autonomie supervisée) en fin d'internat.

Le groupe SUC a été mis en place par Mme Emilie MONTELS, CEFS (Conseiller en Économie Sociale et Familiale) du CSAPA référent de la maison d'arrêt de Nîmes.

Les entretiens ont débuté à la fin de mon 6ème semestre de médecine générale alors que j'étais en SASPAS et se sont terminés en juillet 2017 alors que j'exerçais une activité de médecin généraliste remplaçant.

Pour le Dr HILAIRE et moi il s'agissait de notre 1er travail en recherche qualitative alors que le Dr GARCIA a déjà encadré plusieurs études de ce type.

La réalisation des entretiens et le premier contact avec les participants ont toujours été réalisés par la même personne. Ils étaient systématiquement informés de mon statut : interne en médecine générale puis médecin généraliste remplaçant qui prépare sa thèse.

Je n'avais jamais rencontré les participants avant le début de l'étude, excepté pour l'un d'entre eux.

2- Conception de l'étude

a- Cadre théorique: étude qualitative thématique

Pour répondre à notre objectif principal nous avons choisi d'utiliser une méthode qualitative. Dans le domaine médical, le but de la méthode qualitative est d'explorer et de comprendre des phénomènes sociaux par l'étude des représentations, des pratiques ou des comportements des individus dans leur environnement. Il s'agit donc d'une démarche compréhensive (42), c'est pourquoi cette méthode nous a paru être la plus adaptée. L'analyse de type thématique nous a

ensuite permis d'énumérer et classer les différents thèmes répondant à notre question de recherche.

b- Sélection des participants

- Échantillonnage

Le recrutement des patients a été possible grâce à Mme Emilie MONTELS qui nous faisait parvenir la liste des participants 15 jours avant chaque session. Les patients recrutés étaient principalement des arrivants de 18-25 ans qui déclaraient une consommation de cannabis. Le recrutement de détenus incarcérés avant la mise en place du groupe était possible.

L'orientation au groupe était faite par l'administration pénitentiaire, le SPIP, le CSAPA référent ou l'USMP. Le CSAPA référent élaborait les listes en fonction de ces orientations.

- Prise de contact

Chaque patient sur la liste était vu une première fois, tous étaient alors informés de la date et de l'heure du groupe. S'ils acceptaient de participer au groupe et à l'entretien, ils étaient convoqués une seconde fois pour l'entretien.

- Taille de l'échantillon

La recherche par enquête qualitative étant menée jusqu'à saturation des données, nous n'avons pas défini au préalable le nombre de patients à voir en entretien. La saturation des données implique que les entretiens suivants ne permettent pas d'obtenir d'informations supplémentaires (43).

c- Recueil des données et retranscription

- Entretien individuel

Nous avons choisi de recueillir les données par des entretiens individuels plutôt que des focus groupe. L'interviewé n'ayant pas à se heurter aux regards des autres participants, ce type d'entretien nous garantissait plus de spontanéité et de liberté dans l'échange.

Les entretiens individuels étaient semi directifs, ils suivaient une trame commune définie par le guide entretien. Cependant il était possible de s'adapter au discours de chaque interviewé afin d'avoir le maximum d'échange et donc d'informations sur le sujet de l'étude.

❖ Cadre de la collecte des données

Les entretiens ont été réalisés soit dans un des bureaux au rez-de-chaussée du « quartier hommes » soit dans un bureau de consultation de l'USMP. Les entretiens avaient lieu la semaine précédant le groupe. Les jours et les horaires étaient déterminés par l'administration pénitentiaire en fonction de la disponibilité des salles.

Les entretiens n'ont jamais été réalisés en présence d'une tierce personne notamment un surveillant pénitentiaire.

❖ Guide d'entretien

Le but des entretiens était de privilégier le discours de l'enquêté avec un temps de parole pour l'enquêteur le plus réduit possible. Il est donc constitué de questions ouvertes qui laissent une liberté de discours aux patients interrogés.

Des relances étaient prévues afin de faire préciser ou d'aborder certains éléments qui ne l'étaient pas spontanément.

Certaines idées se dégageant des entretiens ont été prises en compte dans les entretiens suivants.

Notre guide d'entretien a été validé une première fois par le Dr Agnès OUDE-ENGBERINK, chef de clinique associé de médecine générale et co-responsable de la recherche qualitative à la faculté de médecine Montpellier-Nîmes. Nous lui avons ensuite fait parvenir le premier entretien. Après relecture de cet entretien elle n'a pas demandé à modifier le guide mais a insisté sur l'importance de privilégier les questions ouvertes. Ses remarques ont été prises en compte lors des entretiens suivants.

Le guide d'entretien final comprenait 3 questions avec plusieurs relances disponibles pour chacune d'entre elles. La première partie permettait la présentation de l'enquêteur et du sujet de l'étude.

La première question devait avoir un rôle « brise-glace », le but étant de mettre à l'aise les participants dès le début de l'entretien afin qu'ils puissent échanger librement sur le sujet de l'étude.

GUIDE D'ENTRETIEN PATIENT

Bonjour, je m'appelle Laetitia Lambremon, je suis médecin généraliste et je prépare actuellement ma thèse. L'objectif de mon travail est de comprendre les déterminants qui ont conduit des usagers de cannabis de la maison d'arrêt à participer au groupe SUC (Sensibilisation à l'Usage du Cannabis). Mon but n'est pas de juger votre consommation ou vos connaissances, ce qui m'intéresse c'est votre expérience, votre point de vue et votre ressenti. Mon travail n'a évidemment aucun lien avec l'administration pénitentiaire.

Cet entretien est anonyme, il ne sera pas possible de vous identifier. Si vous êtes d'accord, cet entretien sera enregistré afin qu'il puisse être retranscrit avec précision. Je vais vous poser une série de questions auxquelles vous pourrez répondre librement.

Si vous le souhaitez je pourrai vous faire parvenir mon travail une fois achevé.

1- Que pensez-vous du cannabis ?

Si non abordés spontanément par le patient, faire préciser les points suivants :

- Quels sont les bénéfices à fumer du cannabis ?
- Quels peuvent être les conséquences de l'usage du cannabis ?
- Que pensez-vous du regard des autres sur votre consommation ? (entourage/famille, police, intervenants médico-sociaux)

2- Qu'attendez-vous de la mise en place d'un groupe de Sensibilisation à l'Usage du Cannabis?

Si non abordés spontanément par le patient, faire préciser les points suivants :

- Quels sont les facteurs vous ayant incité à participer au groupe ?
- Quels sujets voudriez-vous aborder pendant la séance ? (risque sanitaire, légal, réduction des risques, moyens de prise en charge…)
- Comment envisagez-vous le déroulement du groupe ? (partage d'expérience, power point, questions/réponses…)

3- Que connaissez-vous des moyens que l'on peut mettre à votre disposition pour vous aider en cas de désir d'arrêt du cannabis?

Si non abordés spontanément par le patient, faire préciser les points suivants :

- Que pensez-vous des campagnes d'information sur le cannabis ?
  - Sous quelle forme avez-vous reçu ces informations ? (spots télévisés ou radio, articles de presse, brochures, articles sur le net…)
  - Dans quel contexte avez-vous eu accès à ces informations ? (hasard, démarche personnelle, conseil d'un proche…)
  - Qu'avez-vous appris de ces campagnes d'information ?
  - Pensez-vous qu'elles aient un impact sur les consommateurs ? Sinon pourquoi ?
- Avez-vous déjà entendu parler des consultations jeunes consommateurs, de CSAPA, de l'ANPAA, de Logos ou autre?
- Avez-vous déjà essayé d'arrêter de fumer ? Comment avez-vous procédé ?

4- Analyse sociodémographique

- Date de naissance
- Situation professionnelle (étudiant, activité rémunérée, chômage)
- Niveau d'étude/dernier diplôme obtenu
- Statut familial
- Type de consommation (occasionnel, régulier, quotidien)
- Âge du 1er joint
- Contexte de consommation (seul/en groupe)
- Mode de consommation
- Co-addictions

❖ Enregistrement audio

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone après le rappel du sujet de l'étude, du principe d'anonymat et l'obtention de l'accord écrit des participants (annexe 3).

❖ Retranscription

Tous les entretiens ont été retranscrits intégralement sur support informatique. Lors de cette retranscription nous avons veillé au respect de l'anonymat en supprimant certains noms ou données qui auraient permis la reconnaissance des participants ou de leur entourage.

Les entretiens ont été retranscrits mot à mot, en incluant les silences et les mimiques.

❖ Retour des retranscriptions

Il n'y a pas eu de retour des retranscriptions auprès des participants pour faire valider leur propos.

3- Analyse des données

L'analyse a été réalisée par l'enquêteur ayant effectué les entretiens. Une relecture a été effectuée par le directeur de thèse afin de croiser les données. Chaque entretien a été analysé individuellement. Nous avons choisi d'étudier les données selon une analyse thématique.

L'analyse thématique permet la retranscription des données en thèmes et sous thèmes. Les thèmes ont été déterminés grâce à l'analyse des verbatims et de leurs unités de sens. Les unités de sens correspondent à des mots, des phrases ou des paragraphes qui ressortent des verbatims car ils répondent à la question de recherche. Les thèmes ont ensuite été mis en relation par la création d'un arbre thématique (44).

4- Recherche bibliographique

La bibliothèque de la faculté de médecine propose chaque année deux demi-journées de formation à la recherche bibliographique.

Les outils de recherche bibliographiques :

- moteurs de recherche : Google, PubMed, EM premium, Cochrane
- le catalogue sudoc

L'ensemble des articles, pages web et documents ont été répertoriés dans le logiciel de gestion bibliographique zotéro.

III- *RÉSULTATS*

1- Recrutement des participants

a- Description de l'échantillon

Les entretiens ont eu lieu de mars 2017 à juillet 2017. Le premier entretien concernait un patient participant au groupe du mois de mars. Après relecture de ce premier entretien nous avons inclus sept patients de la liste du groupe du mois de mai, sept autres du groupe du mois de juin et un patient du groupe du mois de juillet.

La majorité des orientations au groupe se faisait au moment de l'entrée en détention. Treize des participants ont été incarcérés au cours de l'année 2017. Deux participants ont été adressés directement par le CSAPA référent suite à un entretien individuel, l'un était incarcéré depuis 6 mois (P3) et l'autre depuis 15 mois (P1). Un patient a été adressé au groupe à sa demande, il était incarcéré depuis 21 mois (P8).

b- Non-participation

Sur les listes, deux patients ont refusé de me rencontrer, un n'a pas pu être vu (non joignable en raison d'autres activités en cours lors des différents appels), trois étaient libérables, huit ont refusé de participer au groupe : l'un d'entre eux ne se sentait pas concerné car il estimait que sa consommation n'était pas problématique et les sept autres déclaraient ne pas être intéressés par le groupe.

Tous les patients qui acceptaient de participer au groupe ont également accepté l'entretien.

2- Recueil des données

a- Durée des entretiens

Les entretiens ont duré entre 20 min et 90 min. Un entretien a été abrégé car le patient devait aller en promenade mais toutes les questions ont quand même pu lui être posées.

b- Seuil de saturation des données

Atteindre la saturation des données sous attend qu'un nouvel entretien ne permettrait pas d'obtenir de données supplémentaires nécessaires à la compréhension de l'objet de l'étude.

Nous avons obtenu la saturation des données au 14ème entretien, que nous avons confirmé par 2 entretiens supplémentaires.

Au total nous avons réalisé 16 entretiens.

3- Caractéristiques des participants

	Nombre d'incarcération	Durée de l'incarcération avant le groupe	Niveau d'usage avant l'incarcération	Évolution de la consommation en prison	Expérience de sevrage antérieure	Co-addiction	Âge (ans)
P1	4	15 mois	Sevré	Reprise/Quotidien	Oui	Tabac	24
P2	4	3 mois	Quotidien	Aucune	Oui	Tabac OH sevré	24
P3*	1	6 mois	Occasionnel	Augmentation	Oui	Tabac jeux	26
P4*	2	2 mois	Quotidien	Diminution	Diminution	Tabac	21
P5*	1	18 jours	Quotidien	Arrêt	Oui	Tabac	21
P6*	1	1 mois	Occasionnel	Arrêt	Non	Tabac	20
P7	1	1 mois	Régulier	Augmentation	Diminution	Tabac OH sevré	22
P8	2	21 mois	Quotidien	Augmentation	Oui	Tabac	23
P9	3	1 mois	Quotidien	Augmentation	Oui	Tabac OH sevré	25
P10*	1	5 mois	Régulier	Diminution	Non	Tabac	21
P11	1	2 mois	Quotidien	Diminution	Oui	Tabac BZD	35
P12*	1	1 mois	Quotidien	Arrêt	Non	Tabac	24
P13*	3	1 mois	Sevré	Reprise/Régulier	Oui	Tabac	29
P14	1	1 mois	Quotidien	Diminution	Non	Tabac	24
P15*	2	2 mois	Sevré	Aucune	Oui	Tabac	22
P16	5	2 mois	Quotidien	Diminution	Non	Tabac Cocaïne	26

* incarcération en lien avec l'usage, la détention ou le trafic de stupéfiant

Les participants étaient des hommes de 20 à 35 ans.

Six participants étaient prévenus au moment de l'entretien dont un condamné/prévenu et dix étaient condamnés.

La moitié des participants étaient incarcérés pour la première fois au moment de l'entretien.

La durée d'incarcération avant la date prévue de participation au groupe allait de 18 jours à 21 mois.

La moitié des participants étaient incarcérés pour usage, détention ou trafic de stupéfiant.

Plus de la moitié des enquêtés se déclaraient fumeurs quotidiens de cannabis, deux se déclaraient usagers réguliers et deux occasionnels. Quatre avaient arrêté leur consommation au moment de l'entretien, un avant l'incarcération (P15) et les trois autres à l'arrivée en détention (P5, P6, P12).

Six avaient augmenté ou repris leur consommation pendant la détention et cinq l'avaient diminuée. Pour deux participants l'incarcération n'avait rien changé.

Onze participants déclaraient avoir déjà eu une expérience de sevrage, neuf avaient déjà arrêté complètement leur consommation et deux l'avaient diminuée.

Tous consommaient le cannabis avec du tabac.

Six participants déclaraient une co-addiction autre que le tabac : trois à l'alcool (abstinents), un aux jeux, un autre aux benzodiazépines (BZD) et le dernier consommait dans un cadre festif de la cocaïne.

4- Résultats

Nous avons cherché à comprendre les déterminants de participation au groupe SUC des usagers de cannabis incarcérés. Par l'analyse des verbatims nous avons construit un arbre thématique dont se détachaient cinq thèmes principaux : les déterminants liés à l'incarcération, ceux liés à leurs attentes concernant le groupe, ceux liés à l'entourage, ceux liés aux représentations des participants relatives au cannabis et au soin, nous nous sommes également intéressés aux déterminants négatifs de participation. Certains sous thèmes sont communs aux différents thèmes.

a- Déterminants liés à l'incarcération

L'incarcération, les contraintes liées à l'enfermement et les répercussions positives de la participation au groupe sur le plan judiciaire sont des facteurs de motivation pour les détenus.

❖ **Les bénéfices secondaires**

➢ *Les Réductions de Peines Supplémentaires (RPS)*

Le crédit de réduction de peine (CRP) correspond à une réduction de la peine initiale, il est établi dès le début de l'incarcération. Son calcul dépend de la durée de la peine prononcée.

Une déduction supplémentaire est possible par les RPS. Les RPS sont accordées aux condamnés qui manifestent « *des efforts sérieux de réadaptation sociale* ». Les RPS sont ajoutées au CRP pour déterminer la date de libération. Elles sont accordées par le juge d'application des peines (JAP) après l'avis de la commission de l'application des peines (CAP) qui réunit le procureur, le directeur de l'établissement, des surveillants pénitentiaires et des membres du SPIP (45).

Une attestation de participation au groupe est remise en fin de chaque session. Les participants peuvent ensuite la remettre à leur avocat dans le cadre de demande de RPS.

Participant 2 : « *avoir des grâces aussi je vous mens pas. Pour avoir tout ce que je peux avoir*»
Participants 13 : « *gagner des RPS* »
Participants 14 : « *je vais pas vous mentir la première idée c'est les RPS parce que plus vite je sors d'ici je me barre et après je suis tranquille* »
Participant 16 : « *je vous mens pas je dois repasser au tribunal et ils vont savoir qu'est-ce que je fais en prison, ils vont savoir mes activités et comme en ce moment il y a rien, y a pas d'école, y a rien c'est les vacances, si je vais pas vous voir, je sais pas… moi je vais voir la SPIP, je vais voir tout le monde en prison. Moi mon but c'est de sortir c'est pas de rester ici, voilà*. »

- *Les aménagements de peine*

Sous certaines conditions les peines d'emprisonnement peuvent être aménagées (45) :

- Libération conditionnelle : mise en liberté d'un condamné avant la date de fin de sa peine sous condition de respecter un certain nombre d'obligations. Le suivi est assuré par le SPIP.
- Placement sous surveillance électronique (PSE) : mesure permettant l'exécution d'une peine sans être incarcéré. La personne porte un bracelet à la cheville et s'engage à rester à son domicile aux heures fixées par le juge.
- Placement à l'extérieur : mesure autorisant à quitter l'établissement pénitentiaire afin de suivre une formation, chercher un emploi, exercer une activité professionnelle...
- Semi-liberté (CSL).

Participant 10 : « *Franchement le groupe, moi c'est surtout pour mon aménagement de peine parce qu'ils m'ont demandé d'être suivi par quelque chose, je sais pas quoi forcément mais ils m'ont dit de voir quelqu'un parce qu'ils pensent que tout seul on peut pas arrêter comme ça, juste par volonté* »

- *Rompre l'ennui*

La promenade est souvent l'unique activité des détenus. Elle a lieu quotidiennement, une heure le matin et une heure l'après-midi. La plupart a droit à des parloirs, jusqu'à trois fois par semaine,

l'accès au stade est possible une fois par semaine. Certains peuvent travailler ou suivre une formation mais ils sont minoritaires.

La participation au groupe permet donc de passer le temps, de s'occuper.

Participants 6 : « *Moi j'y vais comme ça, il y a rien à faire on est en prison* »
Participants 15 : « *vu que y a rien à faire c'est un truc en plus que je peux faire* »

- *Rompre l'enfermement*

Les activités restent rares en détention. Les détenus passent donc la majeure partie de leur temps enfermés en cellule.

Les cellules sont vétustes, petites, conçues pour accueillir deux personnes. Du fait de la surpopulation, ils sont le plus souvent trois à cohabiter. Une chaise supplémentaire ne peut pas être installée à cause de l'exiguïté de la cellule, le troisième doit manger dans son lit ou debout et dormir au sol. Il n'y a plus de place pour circuler.

Les activités permettent de rompre l'enfermement et de quitter la cellule.

Participant 13 : « *pour sortir de la cellule. Voilà sortir de la cellule* »

- *Sortir du cadre carcéral*

Pour le participant 13, le groupe est l'occasion d'oublier le contexte carcéral en rencontrant des personnes extérieures à la prison.

Participant 13 : « *voir des gens de l'extérieur ça fait du bien aussi* »

❖ **L'incarcération : un motif de sevrage**

Le cannabis a tendance à être toléré en prison mais sa détention peut aboutir à des sanctions. Il peut aussi être source de pressions de la part d'autres détenus. La participation au groupe s'inclut, dans ce contexte, dans une démarche de sevrage.

- *L'arrêt du cannabis pour ne pas se faire remarquer par l'administration pénitentiaire*

La détention de cannabis peut être à l'origine d'une nouvelle affaire pénale et/ou d'une sanction disciplinaire. Il s'agit d'une peine à effectuer au « quartier disciplinaire » (QD) pouvant aller jusqu'à 30 jours consécutifs. Au QD, les détenus sont seuls en cellule, isolés en promenade, ils n'ont pas la télévision, ils peuvent participer à aucune activité et n'ont plus accès à la cantine (liste de produits venant de l'extérieur que les détenus peuvent acheter).

L'arrêt du cannabis est ici motivé par la peur des sanctions.

Participant 5 : « *Déjà ça craint parce que si ils m'attrapent en train de fumer t'es puni. Et moi j'aime pas me faire remarquer du coup j'essaie d'arrêter de fumer. Fumer que des cigarettes pour pas me faire remarquer »*

- *L'arrêt du cannabis pour ne pas se faire remarquer par d'autres détenus*

Pour se procurer du cannabis en prison, il est souvent nécessaire de se mettre en relation avec d'autres détenus. Le cannabis se récupère au parloir ou par les projections venant de l'extérieur. Il peut ensuite se vendre ou se troquer au sein de l'établissement.

L'accès au produit en détention est parfois perçu comme plus compliqué ou plus risqué. Obtenir du cannabis peut occasionner des dettes qu'il faut ensuite pouvoir rembourser sous peine de représailles. Certains subissent aussi des pressions de la part de ceux qui n'en n'ont pas.

L'arrêt du cannabis est ici motivé par la peur du rapport avec les autres détenus.

Participant 12 : « *Là on peut pas, même si j'avais envie de fumer je pourrais pas. Enfin si demander aux gens, faire le clochard mais j'aime pas, les gens te demandent toujours quelque chose derrière, tu vas avoir des emmerdes. Je préfère rester dans mon coin, pas calculer les gens, rien demander et d'un côté c'est positif ça va m'aider à arrêter.»*
Participant 14 : « *Parce que à l'extérieur c'est plus facile d'en avoir, t'as pas la pression des gens, t'es là tu prends un buzz tu fumes c'est tout* »

- *Éviter une nouvelle incarcération*

Participant 9 : « *J'arrête parce que j'ai 25 ans j'ai plus envie de continuer. Ça fait 3 fois que je rentre, ça y est j'en peux plus* »
Participant 10 : « *il faut que j'arrête parce que si j'arrête pas en sortant je serais capable de revenir ici encore.* »
Participant 12 : « *Faut d'abord que j'arrive à me séparer de ça, c'est interdit, les cigarettes c'est pas interdit déjà* »
Participant 14 : « *Je préfère fumer des clopes, c'est légal, au moins personne me cassera les couilles avec ça, je risque rien et voilà. Avec les buzzs il y a toujours des emmerdes.»*
Participant 16 : « *Regardez je me suis fait arrêter sans permis sous l'emprise de shit et voilà*»

Le participant 9 semble excédé par ses incarcérations successives, il envisage d'arrêter de fumer pour rompre avec son schéma de vie actuel.

Pour les participants 10, 12 et 14, le choc de cette première incarcération semble être la cause de leur décision d'arrêter de fumer du cannabis.

Dans tous les cas l'objectif est d'éviter de nouveaux démêlés avec la justice.

❖ **La participation au groupe ressentie comme une obligation**

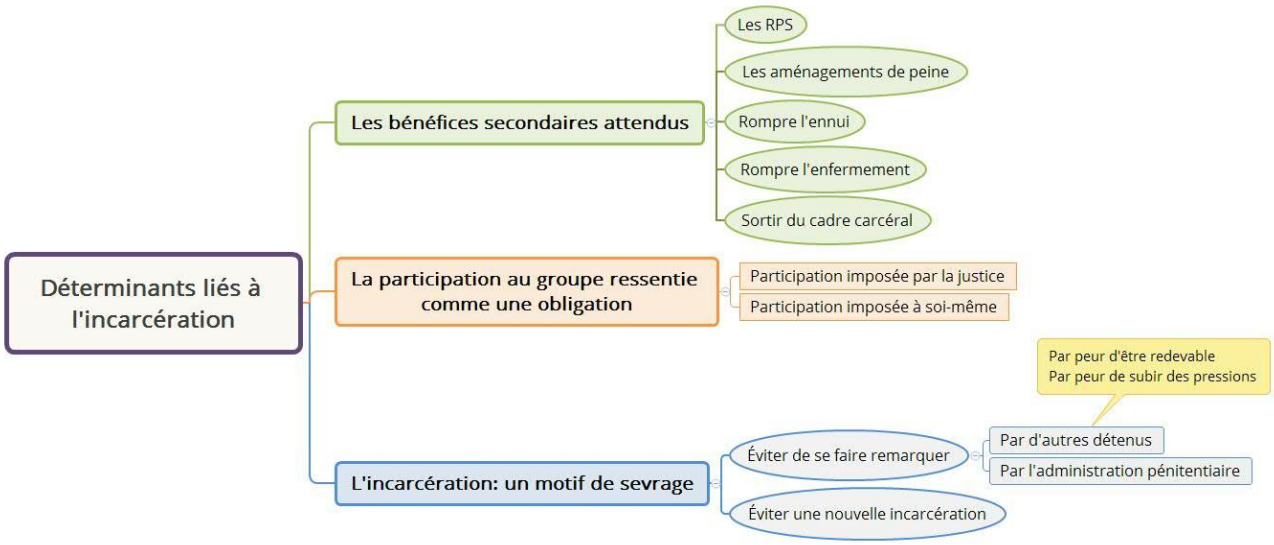
Pour certains la participation au groupe est perçue comme une obligation émise par l'administration pénitentiaire ou par la justice.

> **Participant 6 :** « *ils m'ont attrapé avec 20g de beuh, c'est pour ça que je dois aller au groupe. […] on est venu avec mon nom et on m'a dit comme quoi je dois faire le groupe.* »
> **Participant 10 :** « *On m'a inscrit directement sans qu'on me demande. Je me dis pas que c'est eux qui vont m'aider à arrêter* »
> **Participant 7 :** «*Il y a la directrice qui est venue et qui m'a dit que je devais participer à un groupe sur le cannabis. Et je l'ai regardé comme ça et je lui ai dit tant mieux. Moi j'étais pas au courant que je devais aller voir un groupe.*
>
> Ce n'est pas une obligation.
>
> *Moi je suis obligé. Personnellement je suis obligé. Il me reste quoi ? Il me reste trois semaines. Il y a moyen de faire quelque chose en trois semaines. De sortir et de me dire j'arrête de toucher à ça.* »

Le participant 6 a une obligation de soin, il doit dans le cadre de sa peine participer à une action collective sur le cannabis mais il n'est pas tenu de participer au groupe et pourra l'effectuer à sa sortie de prison.

Le participant 10 déclarait ne pas avoir été informé de son inscription au groupe. Il est possible qu'il n'ait pas eu cette information avant notre première rencontre mais rien ne lui a été imposé.

Pour le participant 7, le ressenti est différent. Au départ, sa participation au groupe lui a été présentée par l'administration pénitentiaire comme une obligation. Mais au final, il prend la décision de participer parce qu'il estime ne plus pouvoir se laisser le choix.



b- Déterminants liés aux attentes des participants concernant le groupe

Les usagers de cannabis qui acceptent de participer à un groupe de prévention ont des attentes spécifiques.

❖ **Désir d'arrêter de fumer du cannabis**

Ils attendent, par l'intermédiaire du groupe, soit une prise de conscience qui leur permettrait d'envisager l'arrêt du produit, soit du soutien ou des conseils pour arrêter leur consommation.

➢ *Trouver la motivation pour arrêter de fumer*

Ces participants sont à la recherche d'un déclic, ils espèrent que le groupe leur permettra de prendre la résolution d'arrêter de fumer du cannabis.

Participant 5 : « *J'espère que voilà ça m'aidera un peu à penser à arrêter de fumer […] Ça te motive, tu te dis pourquoi pas moi, si eux ils réussissent moi je réussirai.* »
Participant 9 : « *voir si ça va me déclencher l'envie d'arrêter. C'est ce que j'attends* »
Participant 16 : « *Me faire capiter que voilà c'est pas bien* »

➢ *Trouver de l'aide pour arrêter de fumer*

Au sein du groupe la plupart des participants recherchent une écoute, un échange qui les aideraient à arrêter de fumer.

Participant 1 : « *Franchement je pense que pour arrêter de fumer en prison il faut un groupe où on partage, ça fait du bien de parler un truc de fou.*»
Participant 2 : « *Je sais pas moi une petite aide pour arrêter de fumer. Ben oui une aide sans prendre de cachet bien sûr. Une petite ordonnance pour parler… je sais pas on peut arrêter de fumer en parlant, non ?* »

➢ *Trouver un soutien psychologique*

Se sentir soutenu permet de renforcer sa conviction qu'un changement est nécessaire, et sa confiance dans sa capacité à initier et maintenir ce changement.

Participant 1 : « *C'est plus moralement, pour arrêter de fumer il faut de l'aide moralement c'est plus psychologique* »

❖ **Apprendre**

Participer au groupe est l'occasion d'apprendre sur le cannabis, ses risques, ses fonctions, et sur les moyens de prise en charge existants.

- *Les risques pour la santé*

Quand on les questionne sur les thèmes qu'ils voudraient aborder pendant le groupe, la majorité des participants s'interrogent sur les risques sanitaires qu'ils prennent en fumant régulièrement du cannabis.

Participant 1 : « *Le risque pour la santé […] Pour moi, pour la santé ça a toujours été faut fumer. C'est bon pour le corps. Comme je vous ai dit regardez les vieux ils fument, pour le cancer ils disent qu'il faut fumer. Ça veut dire en fait eux ils mentent et tout.* »
Participant 4 : « *Du cannabis, la cigarette tout ce qu'elle contient, tout ce qu'elle peut nous faire. Le shit quel effet il fait parce que je sais pas tout sur l'effet qu'il fait […] Pour savoir ce que ça peut te faire mais plus tard, est-ce que tu perds la tête ? À force de fumer de fumer de fumer à partir d'un certain âge ton cerveau il suit plus. Après je sais pas quel effet ça a.* »
Participant 8 : « *Les risques sur la santé, les effets secondaires. Et après les secondaires, les effets à long terme, ce que ça peut faire sur la santé. Ça fait sept ans que je fume, j'ai arrêté 1 an et j'ai repris et je sais pas si je fume encore 1 an, 20 ans qu'est-ce que ça ferait ? Qu'est-ce que ça pourrait faire sur mon corps, sur ma santé, mon état psychologique ? Des fois je regarde des trucs, j'essaie mais je trouve pas trop. En fait des expériences sur des personnes qui fument et qui fument pas ce que ça donnerait chez des personnes qui ont à peu près vécu la même vie. Comment ils sont au même âge en fait*. »
Participant 9 : « *Ben le cannabis, les effets, ce qui peut mal se dérouler à cause de la fumette aussi, les maladies qu'on peut avoir, tout ça ça m'intéresse. Après voilà il faut pas que je me fasse trop peur* »
Participant 10 : « *savoir ce qu'on risque en fumant. Parce que bon c'est bien beau de fumer mais il faut savoir ce que ça apporte aussi derrière* »

- *Comment arrêter de fumer*

La plupart des participants sont à la recherche de conseils pratiques pour arrêter de fumer ou pour compenser le manque de cannabis. Ils s'intéressent aux connaissances des intervenants mais aussi à l'expérience des autres participants.

Participant 2 : « *Comment je peux arrêter […] me donner des petites initiatives pour arrêter de fumer. Exemple tu fumes tant de joints ce jour et demain t'en fumes tant. Des astuces pour arrêter parce que moi je m'écoute moi jamais j'arrêterais.* »
Participant 4 : « *Ben comme ça si je peux arrêter j'arrête. Peut-être vous donnez des conseils, des trucs comme ça.* »
Participant 5 : « *Comment arrêter, si il y a des gens qui ont arrêté comment ils ont fait. Des bases* »
Participant 7 : « *J'ai reçu des bons conseils mais j'aimerais avoir des meilleurs conseils, que je sorte, que je fume pendant une semaine et après que je fume plus. Moi j'aimerais bien arrêter de fumer* »

Participant 10 : « *Si il y a des gens qui ont arrêté savoir comment. Avec quoi ils ont arrêté surtout […] Des moyens pour arrêter, pour compenser le manque on va dire* »
Participants 13 : « *Après pour ceux qui sont vraiment dedans et qui n'arrivent pas à arrêter quels sont les moyens pour les faire arrêter ?* »
Participants 14 : « *comment arrêter définitivement sans avoir un manque. Parce que je sais très bien qu'il faut compenser par autre chose* »

- *Comprendre ce qui motive les gens à fumer*

Participant 13 : « *La première question c'est pourquoi on fume ?* »

La première question à se poser c'est pourquoi ? Comprendre pourquoi on fume avant de pouvoir envisager d'arrêter de fumer. C'est en répondant à cette question que l'on pourra identifier les obstacles au changement et développer les stratégies adaptées en réponse.

❖ **Partage d'expérience**

Le groupe est vu comme un temps d'écoute et de partage. Le but étant de profiter de l'expérience de l'autre.

- *Écouter les autres*

Écouter les autres participants, profiter de leurs expériences, de leurs opinions et y confronter ses propres représentations dans le but d'apprendre et d'avancer.

Participant 3 : « *On va écouter ce qu'ils disent chacun on va écouter ses paroles. Vous savez quand on est en groupe qu'on est à la mosquée y a toujours une personne qui t'apprend un truc que tu sais pas. Moi je vais dire un truc qu'ils savent pas et eux ils vont me dire des trucs que moi je sais pas. Chacun peut donner un truc, on va s'apprendre des trucs […] Après tous ces trucs de shit, de beuh, de fumette, c'est pas vraiment… moi ce que j'aimerais c'est écouter les gens.* »
Participant 9 : « *combien de joint on s'en fume, depuis quand, comment il va arrêter. Toutes les questions que je me pose ben j'aimerais écouter* »
Participant 13 : « *D'entendre d'autres témoignages si on est en groupe, comme une thérapie de groupe, d'entendre d'autres histoires ça peut m'apporter d'autres choses quoi.* »
Participant 14 : « *Que les gens posent leurs idées, j'en tire les conclusions et voilà parce que les gens ils ont peut-être une vie différente.* »

- *Échanger avec les autres*

Échanger sur leurs parcours en tant que consommateurs, sur l'impact de l'incarcération sur leur consommation, sur leur vie en détention, sur leurs stratégies pour arrêter de fumer. Chaque témoignage peut être utile à d'autres.

Participant 1 : « *Échanger entre nous mais aussi avec la dame de l'ANPAA, avec les médecins […] Parler avec les autres, savoir, comprendre, apprendre des autres* »
Participant 3 : « *Déjà être autour d'une table et de parler je trouve ça intéressant […] Ben chacun a eu son expérience et il partage. Chacun donne sa version, ce qu'il a vécu, comment il a fait pour tomber dans ce truc là, ce qu'il lui est arrivé comme problème, qu'est-ce que ça lui fait en prison* »
Participant 8 : « *Je sais pas, pour discuter, voir comment les gens ils perçoivent. Parce que voilà nous on fume tous, dans toute la promenade, tout le monde fume. On discute pas de ça, on s'en fout, on rigole, on discute de ça de ni, on discute pas de ça. Je sais pas pour voir les gens comment ils le perçoivent. Comment ils le prennent dans leur vie, s'ils pensent comme moi ou pas. On peut échanger.* »
Participant 12 : « *Parler avec les autres, voir comment ça se passe pour eux, savoir s'ils arrivent à diminuer leur consommation, s'ils ont arrêté, le manque qu'est-ce qui ressentent ? Voir sa solution pour essayer de compenser* »
Participant 13 : « *Qu'ils parlent un peu de liberté, qu'ils parlent un peu de leur famille, tout ça c'est intéressant. Après peut être que vous allez poser la question qu'est-ce qui vous a fait arrêter ? Parce qu'il y en a qui ont peut-être arrêté aussi. Comment ils ont fait, par quel moyen, voilà tout ça c'est intéressant.* »
Participant 14 : « *On est dans la même prison et on fume des buzzs donc si on veut arrêter de fumer des buzzs il faut qu'on s'entraide. Après je sais que personne va arrêter de fumer des buzzs pour moi il y a que moi qui peut le faire mais entendre moi j'ai fait comme ça ou comme ça, moi j'essaie de faire comme ça, moi j'y suis arrivé à faire comme ça ben […] je sais pas, plus pour prendre des idées des gens, donner des idées aussi… voilà.* »

- *Relativiser ses problèmes*

Le partage d'expérience est aussi un moyen de comparer son parcours avec celui des autres participants et de tenter de relativiser sa propre consommation et ses conséquences.

Participant 2 : « *Lui il fume comme ça ou comme ça, que je sois bien à l'aise parce que je sais que je suis pas un gros fumeur […] Y en a ils ont plus des gros problèmes que moi* »

- *Aider les autres*

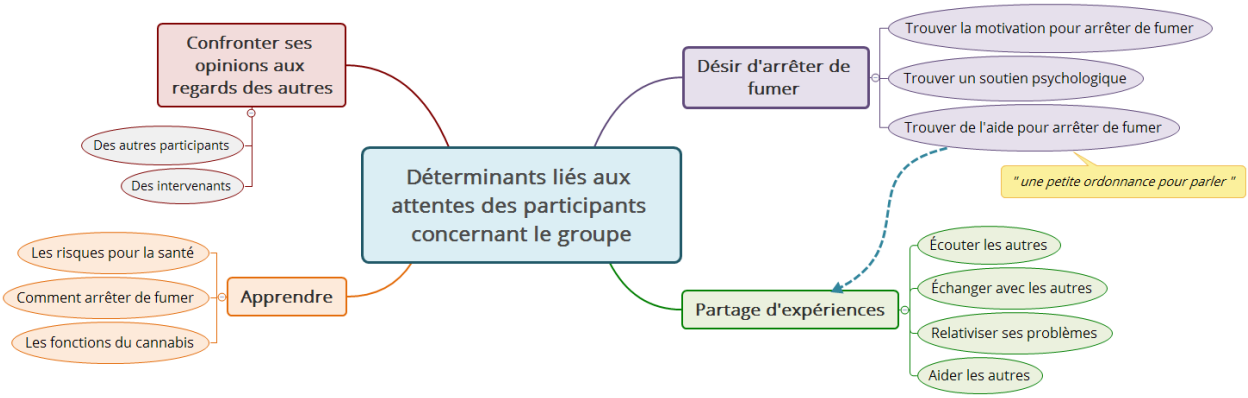
Pour le participant 13 qui a déjà été suivi en CSAPA et qui a une expérience de sevrage, le groupe est aussi un moyen d'aider les autres participants en partageant sa propre expérience.

Participant 13 : « *Je sais que je peux aider, je sais qu'avec mon expérience de vie, comment j'ai arrêté, d'en parler, comment je conçois le truc, je sais que si on me demande comment j'ai arrêté le mec il va écouter, je sais que je peux aider* »

❖ **Confronter ses opinions aux regards des autres**

Pour le participant 12, le groupe est l'occasion de soumettre ses opinions et ses connaissances aux regards des autres participants et des intervenants afin de s'assurer d'être dans le vrai.

> **Participant 12 :** « *savoir où j'en étais dans ma tête. Si je réfléchissais bien, si je dis les bonnes choses, tout ça quoi. Savoir aussi ce que vous en pensez* »



c- Déterminants liés à l'entourage

❖ **L'influence du codétenu**

En maison d'arrêt les détenus sont plusieurs en cellule. Pour certains le codétenu peut devenir un véritable soutien au quotidien. C'est aussi par le bouche à oreille et par retour d'expérience que les informations circulent.

> **Participant 1 :** « *Ben je vais pas vous mentir, je suis avec un codétenu il s'occupe trop bien de moi et c'est lui qui m'a dit vas-y il faut que tu fasses quelque chose. Lui il fume pas, il fume que la cigarette. C'est lui qui m'a écrit pour l'ANPAA […] dans 1 mois ça fait 1 an qu'on est ensemble mais je pense que si j'avais pas été avec lui, je serais pas là déjà. Et je sais pas si je serais comme ça. Peut-être j'aurai fini piqué je sais pas. J'étais pas dans un bon délire avant d'être avec lui.* »
> **Participant 8 :** « *J'en ai entendu parler par un ami qui va au groupe pour l'alcool. Je voyais qu'il ne loupait pas une séance et tout et il était bien quand il allait là-bas.* »

❖ **Arrêter de fumer pour rester vigilant**

Pour le participant 7, fumer dans le monde actuel représente un risque car on n'est plus assez vigilant pour faire face à la violence de notre environnement.

> **Participant 7 :** « *Moi je préfère être à jeun y en a un il veut me planter je suis à jeun là. Au jour d'aujourd'hui les coups de couteaux ça y va.* »

❖ **Se confronter aux conséquences du produit en tant que dealer**

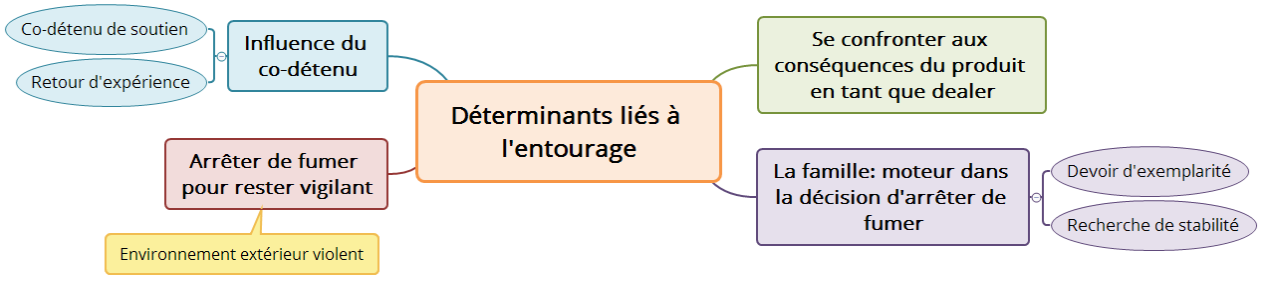
Le participant 3 déclarait fumer occasionnellement et dealait le cannabis avant d'être incarcéré. Il s'intéresse aux conséquences ressenties par les autres usagers.

> **Participant 3 :** « *Les stupéfiants à 2 francs qu'on a vendu qu'est-ce que ça fait aux gens ? C'est intéressant, savoir ce qu'ils ont eu comme problèmes. Pour la prochaine fois quand je vais sortir je vendrai plus, c'est fini.* »

❖ **La famille : un moteur dans la décision d'arrêter de fumer du cannabis**

La famille joue un rôle important dans la décision d'arrêter de fumer. Il peut s'agir de montrer l'exemple notamment aux plus jeunes ou de mener une vie plus stable.

> **Participant 2 :** « *Le jour où je récupérerai mes enfants je m'arrêterai si je m'écoute moi. Faut que ça me fasse un déclic. Si je suis motivé c'est pas pour moi c'est pour ma descendance, mes enfants, ma future femme, ma mère, mes frères et sœur, pour pas leur donner le mauvais exemple déjà que je leur ai donné un peu. Pour le regard de ma famille.* »
> **Participant 7 :** « *le travail de ma copine qui est gendarme.* »
> **Participant 14 :** « *Je veux que ma mère elle voit que j'ai une vrai vie quoi. C'est ici que je comprends.* »
> **Participant 16 :** « *ma fille elle a 7 ans, qu'est-ce qui vous dit qu'à force de me voir fumer qu'à 12-13 ans elle fume pas du shit ? A force de me voir ou quoi elle va se dire ah c'est normal. Moi j'ai appris comment à fumer madame ? J'ai appris, je vais vous le dire, j'ai 4 sœurs, 4 frères, on est 9 dans la famille moi je suis le dernier et quand j'étais petit mes frères ils fumaient des joints devant moi je me disais ouah ils sont grands eux, c'est des grands et j'ai appris à fumer comme ça. Je voyais des joints posés dans le cendrier.* »



d- Les représentations des participants relatives au cannabis et au soin

❖ **Les effets néfastes ressentis ou redoutés**

Les effets néfastes décrits par les participants peuvent être à l'origine d'une volonté d'arrêter de fumer car la consommation est perçue comme préjudiciable. La participation au groupe s'inclut encore une fois dans une démarche d'arrêt du produit.

Participant 1 : « *là c'est bon j'ai bien fumé il y a autre chose dans la vie, toute ma vie je vais pas faire que fumer […] C'est bon j'arrête, je fume tout le temps, je suis défoncé, j'ai envie de rien faire, je fais rien. Je gâche ma vie là.* »
Participant 5 : « *Ça m'a saoulé de fumer, de dépenser des sous pour fumer. C'est le chef des arrivants qui m'a parlé du groupe.* »
Participant 7 : « *De sortir et de me dire j'arrête de toucher à ça. Parce que ça c'est dangereux, il y en a qui fument ça toute leur vie et ils ont plus de cerveau. Personnellement je le sens que j'ai perdu des neurones j'oublie des choses et tout alors qu'avant je n'oubliais rien et ça, ça me fait peur. J'ai pas envie d'oublier des choses importantes. Ça fait peur. Je vois des potes à moi ils sont rongés de l'intérieur. Il y en a ils ont plus de dents et tout. J'ai des belles dents et je voudrais les garder […] Ce serait le top, je retrouverais mon souffle, mon sport, ma santé, mes neurones. Ça serait le top du top.* »
Participant 16 : « *On a envie de rien faire, vous fumez un joint c'est… c'est la perte après, le cerveau il est déconnecté, et voilà ça serait bien d'arrêter.* »

La majorité des participants relatent une perte de motivation et d'initiative dans leur vie quotidienne. L'arrêt du cannabis est donc une étape nécessaire pour rompre l'oisiveté de leur quotidien.

Participant 3 : « *C'est une drogue qui fait que t'avances pas dans la vie […] T'as la flemme de rien faire tu veux plus rien faire.* »
Participant 4 : « *Ça nous empêche de faire des choses, ça nous rend feignant. On a plus envie, on remet ça a demain et rebelote […] Je sais pas j'ai pas cherché du travail, une formation, rien. Avec le cannabis j'étais feignant. Je devais aller à pôle emploi, j'y suis pas allé. T'avance pas dans la vie, ça nous bloque.* »
Participant 5 : « *Au départ c'était pour rigoler, après j'allais plus à l'école, je faisais plus rien, il y avait que ça.* »
Participant 14 : « *je fumais beaucoup dehors ben je faisais rien de ma vie quoi. J'étais chez moi je jouais à la play, je bougeais pas. C'est pour ceux qui restent chez eux et qui font rien. Tu passes ta journée à fumer. On fait rien du coup on fume puis après on fume alors on fait rien.* »

Rompre l'oisiveté de son quotidien pour évoluer vers une vie d'adulte responsable.

Participant 2 : « *croyez pas que je veux m'amuser moi dehors. J'ai 25 ans, 2 enfants, j'ai envie de me poser, prendre un appartement, travailler. Je veux passer à une vie d'adulte, j'en ai marre d'avoir une vie de gamin.»*
Participant 14 : « *Une fois que je sors je fais ma vie, une vie d'adulte pas une vie de gamin qui fait rien de ses journées.* »

De nombreux participants déclarent fumer pour oublier, s'apaiser, s'évader. Paradoxalement leur consommation induit des effets contraires : angoisse, rumination, énervement.

Participant 1 : « *Quand tu fumes ça fait réfléchir, la nuit tu gamberges, tu penses un peu à tout. »*

Participant 4 : « *Quand tu fumes t'as peur, t'as le cœur qui bat.* »
Participant 8 : « *tu vas tellement gamberger que autant tu vas devenir fou. C'est bizarre de fou parce que je dis que je fume pour oublier mais à des moments ça va te rentrer dedans et t'es dedans en fait, t'en ressors plus* »
Participant 9 : « *le comportement il change aussi. Avant je m'énervais pas vite, maintenant je m'énerve souvent vite. Avec ma compagne, avec ma famille, je m'énerve pour rien, je prends tout au premier degré. Je sais pas si c'est le cannabis mais avant j'étais pas comme ça.* »

❖ **La vision du soin**

La plupart des participants déclarent qu'ils recherchent une écoute et sont réticents à la prise d'un traitement médicamenteux. Ils évoquent les médicaments comme un moyen de prise en charge qu'ils connaissent mais ne veulent pas y avoir recourt. Cette perception du soin peut expliquer leur adhésion à une activité telle que le groupe.

➢ *Le soin par la parole*

Le soin est vu comme un temps d'échange où l'on peut se confier et être encouragé.

Participant 1 : « *Moi ce que j'ai besoin c'est ce que je leur disais, j'ai besoin de parler.* »
Participant 2 : « *J'attendais qu'on m'aide par la parole* »
Participant 7: « *au fur et à mesure je suis arrivé à m'exprimer, à raconter mes problèmes et après ça allait mieux. Ça m'a apaisé, ça fait du bien de sortir ce qu'on a en soit à une personne de confiance.* »
Participant 12 : « *il y a que moi qui peut faire les choses mais de pouvoir parler ça fait du bien.* »
Participant 14 : « *Que le docteur me dise c'est bien ça va me donner de l'envie de le faire. Déjà je l'ai l'envie mais ça va me mettre encore une autre envie.* »

➢ *Éviter la prise de médicaments*

Participant 1 : « *Il vaut mieux un groupe comme ça qu'un chariot qui passe avec des cachets on sait même pas c'est quoi.* »
Participant 16 : « *Comment on peut m'aider à arrêter de fumer… eh ben déjà d'une sans traitement, je veux pas de traitement et voilà juste de parler avec vous et avec vos collègues ça m'ira très bien* »

Les participants expriment une réticence à l'usage de thérapeutique médicamenteuse pour plusieurs raisons :

○ <u>Les médicaments ne sont pas naturels</u>

Participant 2 : « *dans les cachets y a pleins de résidus bizarres. Ils te rendent encore plus accro que le shit* »

- Les médicaments masquent le problème sans le résoudre

Participant 2 : « *en prenant des cachets ça je l'aurai jamais calculé, j'aurai jamais pensé. En en parlant vous m'avez fait rendre compte de quelque chose, vous voyez ce que je veux vous dire. C'est pour ça que c'est mieux de parler pour arrêter de fumer.* »
Participant 7 : « *Moi je prends pas de cachets, je prends pas de patch. Même quand je suis malade je prends pas de cachets. La maladie elle est venue toute seule elle repart toute seule c'est comme ça que je vois les choses.* »
Participant 14 : « *Quand j'allais à l'hôpital on me disait les cachets les trucs mais moi j'aime pas. C'est pas mon délire les cachets et en plus c'est des trucs qui te stonent pour pas que tu fumes, ça sert à rien, moi je veux pas.* »

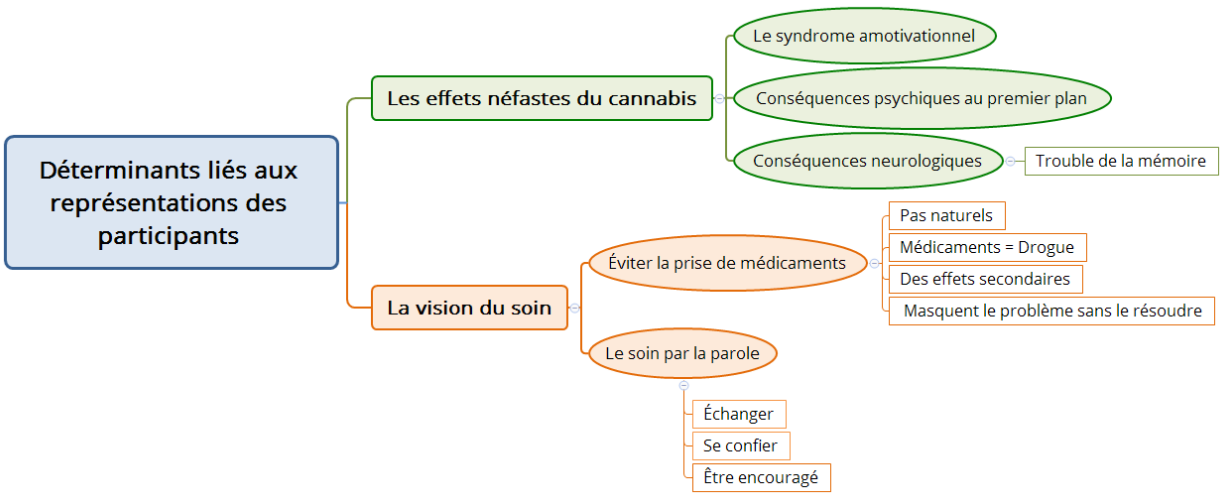
- Les médicaments sont équivalents à de la drogue

Participant 8 : « *Quitte à prendre des médocs je préfère prendre un joint. Dans tous les cas c'est de la drogue.* »

- Les médicaments ont des effets secondaires

Participant 9 : « *Pas les cachets, j'ai des collègues ils sont devenus fou à cause de ces cachets. Le valium et tout… Moi je dis que ça m'arrangerait pas, je vais finir en psychiatrie [rire]. Atterrir en psychiatrie c'est pas la peine, je préfère continuer à fumer mon joint, c'est mieux. Je vais arriver en psychiatrie, je vais sortir je serai un légume.* »
Participant 13 : « *Y a des médicaments […] mais j'ai refusé, j'aime pas les médicaments. Dans les médicaments il y a toujours un bon truc et un mauvais truc et j'ai un peu le truc de prendre le mauvais.* »

Pour arrêter de fumer les autres moyens évoqués comprennent l'activité sportive, trouver une occupation, la volonté. La plupart des participants déclarent que l'arrêt ou la diminution de leur consommation de cannabis s'accompagne d'une augmentation de leur consommation de tabac qui leur permet en partie de compenser le manque.



e- Les déterminants négatifs de participation au groupe

❖ **Les fonctions du cannabis**

Participant 8 : « *Je le sais que c'est pas bon, ça détruit. Je sais que si je fumais pas aujourd'hui je serais mieux physiquement et tout…mais j'en ai besoin* »

La consommation de produit implique la recherche d'effets pouvant répondre à plusieurs fonctions. Celles-ci peuvent varier en fonction du contexte et de l'état d'esprit au moment de la prise.

Participant 1 : « *Ça dépend en fait, ça dépend comment tu le fumes, l'humeur, comment tu es, la période.* »

La plupart des effets recherchés sont des effets psychiques. Les usagers cumulent souvent plusieurs fonctions et motivations. Un effet particulier n'est pas toujours explicitement recherché car certains déclarent aussi fumer par habitude.

De la quasi-totalité des entretiens ressort la motivation auto-thérapeutique avec ses fonctions somnifère, d'apaisement et de détachement.

En prison le cannabis permet notamment de s'occuper, de gérer l'enfermement et de prévenir la violence.

➢ *Occuper le temps*

La prison impose une rupture avec la vie sociale et familiale, elle entraine une perte des repères et les conditions de vie y sont difficiles. Il est nécessaire d'occuper le temps afin d'éviter l'ennui et la rumination.

Participant 4 : « *toute la journée on est au quartier. On est au quartier, on fait rien du tout, on est là, on parle et après il y a rien à faire, à part rouler des pétards il y a rien à faire.* »
Participant 8 : « *Je vais me poser dans ma cellule, y a rien à faire, allez c'est bon je vais fumer […] Je vais au cachot je passe mon temps à fumer… parce que ça fait passer le temps […] Tu serais dans une autre prison, t'as le stade tous les jours, t'as des activités à droite à gauche tu vois, tu fais ce que t'as à faire, comme en CD, oui tu peux ne pas fumer parce que tu es occupé. Moi je le vois comme ça, je sais pas comment je m'occuperais si je fumais pas.* »
Participant 9 : « *Ça fait passer le temps direct, tu le sens pas la prison, on dirait que tu dors. Je vous dit la vérité moi c'est ce que ça me fait, je sens pas la prison quand je fume […] Si tu arrêtes de fumer en prison tu vas sentir les minutes passer. Tu vas penser au shit et en même temps tu vas penser à l'heure.* »
Participant 13 : « *Ben la prison c'est plus dur dans la tête, ça fait un mois que j'ai perdu ma femme et mes enfants et voilà la prison quand on dort le temps il passe beaucoup plus vite.* »

- *Gérer l'enfermement*

La privation de liberté et l'inactivité créent nervosité, angoisse et tristesse. Le cannabis permet de s'apaiser et de s'évader.

Participant 1 : « *Par exemple au mitar, j'en ai fait et je vais encore en faire, mais c'est super dur si y a pas à fumer c'est un truc de fou le mitar ! Je me plains pas, je me plains de rien, je vous raconte parce que voilà ce que tu fais il faut l'assumer. Mais c'est un truc de fou, c'est énorme, c'est... tu peux pas… c'est inimaginable. Si il y a pas à fumer, je parle sérieusement, c'est vraiment, et je parle sérieusement, c'est vraiment nécessaire.* »
Participant 7 : « *Là je suis en prison et j'ai jamais eu l'envie de fumer comme ça. En cellule je fume, je vais pas vous mentir, comme tout le monde […] C'est la cellule, enfermé comme ça c'est pétage de plomb.* »
Participant 8 : « *Après je veux pas me trouver des excuses bidon mais je suis pas bien ici, ça m'aide à passer mes journées […] Si je sors de prison, j'arrête et je sais que je pourrai arrêter facilement parce qu'on fond de moi j'ai la volonté. Quand t'es heureux dans ta vie t'as pas besoin de fumer. Quand t'es bien dans ta vie, t'es posé pourquoi tu vas aller fumer ? C'est quand tu es dans les problèmes, tu es mélancolique, tu as envie d'oublier tout ton univers.* »
Participant 9 : « *Je consomme plus. On est bloqué en cellule je peux pas faire autrement et quand y a pas, y a pas, on devient fou. C'est ça ou on pète les plombs* »

- *Prévenir la violence*

L'enfermement, la promiscuité entre détenus, l'autorité des surveillants pénitentiaires sont sources de crispations et de conflits. Le cannabis évite l'escalade de la violence et apporte des moments d'accalmie.

Participant 1 : « *Ça permet quand y a des gens qui me disent des choses ben je vais pas calculer. Des chefs ou des surveillants ou peut-être même un détenu. Tandis que si je vais pas fumer peut être que je vais pas réagir de la même façon. En prison c'est plus pour se détendre, pour se calmer, pour essayer de se contenir en fait en soi*. »
Participant 2 : « *Pour pas que je m'énerve avec des gens, des codétenus, sinon tous les jours y aurait des gens à caremeau là-bas.*»
Participant 3 : « *Si y avait pas de shit y aurait que des bagarres […] C'est normal qu'ils laissent passer, c'est la base des choses sinon il y a bagarres…Y a beaucoup de gens qui fument.*»
Participant 9 : « *quand je suis énervé ou voilà ça me calme direct.* »
Participant 10 : « *pour la colère, pour retenir les nerfs […] J'ai l'habitude de m'énerver pour un rien, pour pas grand-chose et quand je fume ça me calme, ça m'apaise, j'ai mon cerveau qui est ailleurs quoi.* »

La consommation de cannabis répond à des besoins spécifiques au milieu carcéral.

Le cannabis permet de s'occuper et s'occuper permet de gérer sa détention mais aussi de limiter sa consommation de cannabis.

Participant 8 : *« un moment j'étais en formation et ben je fumais moins, j'étais en formation toute la journée. J'avais pas le temps et même j'avais pas envie. J'étais occupé, on était à fond dedans, j'étais intéressé et quand tu es intéressé par quelque chose tu oublies le reste en fait. C'est juste il faut s'occuper en faisant quelque chose que t'aimes pour oublier le reste. »*

Participant 9 : « *aller à la bibliothèque, travailler, faire des formations, tant que je bouge je fumerai pas.* »

❖ **Banalisation du cannabis**

Consommer du cannabis est perçu comme banal, socialement admis. Que ce soit à l'extérieur ou en prison « tout le monde fume ».

Participant 4 : « *pour moi c'est normal, chez moi c'est normal. Tout le monde il fume […] Même les mères de famille elles fument […] Ouais c'est banal, tout le monde il fume, n'importe qui fume, je le sais je vends le shit je le vois.* »
Participant 5 : « *Aujourd'hui c'est devenu normal, y a plus personne qui regarde les gens de travers maintenant. C'est devenu banal.* »
Participant 6 : « *il y a tout le monde qui fume surtout maintenant […] Tous les jeunes fument, c'est la vérité. Vous allez dehors, vous allez dans un lycée 10% ne fument pas, 90% fument […] C'est banal, l'alcool et le cannabis vous en trouvez partout.* »
Participant 8 : « *quand t'es gamin tu te dis pourquoi je fumerais pas ça ? Si tout le monde le fait pourquoi je le ferais pas ? Je vois personne qui est mort de ça. Perso j'ai jamais vu un mec qui a fait un accident à cause du shit ou quoi.* »
Participant 9 : « *Tout le monde en cellule fume des joints […] C'est pas interdit, tout le monde en prison et même dehors accepte on dirait un petit peu […] Tous les collègues ils fument, on dirait que c'est devenu à la mode, tout le monde fume, j'ai pas un collègue qui ne fume pas. Même les petits, je vais au collège les petits ils font 1 mètre moins 20 ils fument.* »
Participant 15 : « *Déjà y a plus de gens qui fument que de gens qui fument pas. Nous en prison y a tout le monde qui fume, de part tout ça fume […] Vous allez en ville vous allez voir des gens qui roulent des joints, c'est devenu banal.* »

La consommation de cannabis est dépénalisée dans plusieurs pays. À titre d'exemple, son usage et sa culture sont légalisés à des fins récréatives dans quatre états aux États-Unis (Alaska, Colorado, Oregon et Washington). Le débat sur la légalisation peut participer à une dédiabolisation de la consommation de cannabis mais dans le même temps à sa banalisation. Pourquoi le légaliser s'il représente réellement un risque ?

Participant 8 : « *Qui ne fume pas ? Y a des policiers qui fument. Je sais pas c'est banal, tout le monde parle de légaliser ça. On dirait presque que c'est même pas dangereux.* »

Pour des indications précises le cannabis à visée thérapeutique est autorisé dans certains pays. Ces différences de législation peuvent être à l'origine de confusion ou d'incompréhension.

Participant 8 : « *Mais c'est utilisé de toute façon dans la médecine [...] j'ai lu que ça guérissait le cancer, que ça avait pleins d'effets sur la santé positifs […] j'ai vu un reportage, la maman elle donnait du cannabis à son gosse, c'était bon pour lui, elle lui a sauvé la vie, c'est grâce à ça. On a tout fait en France, on trouvait rien, le seul truc c'était ce truc qu'elle faisait venir des États-Unis. C'est nettoyé, c'est fait par des labos, elle ne lui donnait pas du shit. C'était du liquide blanc avec du THC. Pourquoi on ne l'autorise pas ? Il n'y aurait plus d'illégalité.* »

Au même titre que le tabac ou l'alcool, dont les risques sont connus depuis longtemps la consommation de cannabis peut s'inscrire dans la culture d'un pays.

Participant 6 : « *On parle pas souvent de l'alcool, tout le cannabis, le cannabis. C'est parce que c'est illégal. Dans d'autres pays le cannabis c'est légal, c'est la culture. La cigarette ça tue, ça empêche pas les gens de fumer.*»

Le cannabis est souvent perçu comme une drogue douce en comparaison à des drogues telles que la cocaïne ou l'héroïne. C'est une plante, c'est naturel, cela relativise les risques d'en consommer. Pour certains ce sont les produits de coupe qui tendent à le rendre nocif.

Participant 1 : « *vous savez ce qu'on dit, le cannabis c'est une drogue douce. Le cannabis c'est pas pour être au bout de sa vie.* »
Participant 2 : « *Pour moi le cannabis c'est le résidu d'une plante […] C'est naturel.* »
Participant 3 : « *il faut prendre de la bonne qualité. Pour la santé c'est pas pareil du tout […] il y en a qui ont des problèmes pour dormir, la maladie d'Alzheimer, ça aide et c'est vrai que ça aide c'est une plante, c'est juste qu'après il y en a qui rajoute du produit et c'est pas bon.* »

La banalisation de l'usage de cannabis peut être un frein à une remise en question de sa consommation.

❖ La fierté : un frein à rechercher de l'aide

Pour certains participants, l'arrêt de leur consommation de cannabis doit se faire sans aide extérieure. Rechercher de l'aide c'est être tributaire de quelqu'un, c'est montrer ses faiblesses, c'est montrer et accepter son incapacité à s'en sortir seul.

Participant 4 : « *je veux arrêter seul comme un homme, je sais pas je veux arrêter sans l'aide de personne.* »
Participant 10 : « *j'estime que c'est à moi d'arrêter tout seul.* »
Participant 13 : « *moi je suis quelqu'un d'assez fier et je suis assez fier de dire que j'ai arrêté tout seul. Pas trop d'aide, je me suis formé comme ça en fait, j'ai ma carapace comme ça […] Quand on demande de l'aide on est dans le besoin, on n'est pas capable de faire tout seul.* »

❖ **La peur de s'exprimer devant les autres**

Il est difficile de prendre la parole devant les autres. Choisir les bons mots, s'exprimer correctement et se confronter aux regards des autres sont pour certains un frein à participer à une activité collective.

Participant 5 : « *parce que parler c'est dur pour moi.* »
Participant 8 : « *Moi j'aime pas trop m'exprimer devant les gens.* »

❖ **Perception du regard des professionnels de santé**

Quand on les interroge sur leur perception du regard que porte sur eux les professionnels de santé, les réponses sont mitigées. Certains estiment que leur regard est plutôt bienveillant.

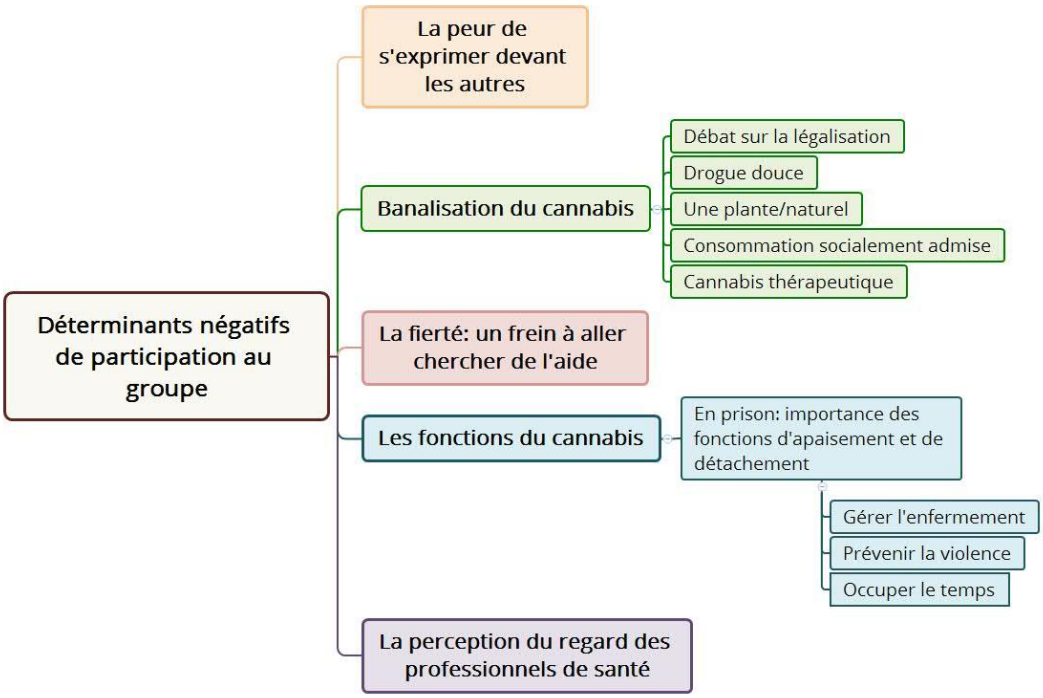
Participant 4 : « *Les médecins ils veulent nous aider, eux ils nous voient pas comme des toxicos, si tout le monde nous voit comme des toxicos on n'avance pas. Après les médecins ils nous aident, ils nous disent que c'est pas bon pour la santé, ils nous expliquent. Sûrement.* »
Participant 5 : « *Ils doivent pas aimer vu que c'est des médecins. Ça nuit à la santé alors c'est normal, c'est leur boulot. Il va te donner des conseils, ils sont pas là pour juger.* »
Participant 12 : « *les gens qui viennent ici ils ne s'en foutent pas, ils sont là pour t'aider à arrêter, savoir pourquoi t'as fait ça, ils essaient d'en savoir plus.* »

D'autres au contraire ressentent de l'incompréhension, de l'hypocrisie voire de la malveillance.

Incompréhension :
Participant 1 : « *Ils peuvent pas comprendre, pour comprendre ce que c'est il faut fumer une fois je pense. Même si on voit des vidéos ou on lit des livres […] pour parler d'une chose il faut la connaître.* »
Hypocrisie :
Participant 6 : « *il y a certains médecins ils fument, c'est vrai, ils vont vous dire c'est pas bien parce qu'ils sont obligés de vous le dire, c'est tout.* »
Participant 8 : « *ils te regardent bizarre, pourtant je sais qu'ils le savent et je m'en cache pas, tu vas me croiser dans les couloirs, je serai en train de fumer. Mais je vais pas en parler. Même si ils vont parler, ils vont rigoler, y a certaines manies. Une personne elle peut venir rigoler avec vous et vous regarder d'un mauvais œil, avec hypocrisie, je sais pas.* »
Malveillance :
Participant 8 : « *Après les médecins, tu fumes du shit t'es pas un type lambda, t'es classé toxico c'est direct, t'es un clochard. C'est sale, t'es un tox.* »

Cette perception du regard des soignants peut être un frein à chercher de l'aide.

Participant 2 : « *Moi je vais pas consulter un médecin juste pour pas que le médecin il pense des choses sur moi. J'ai des craintes, ça m'embête qu'il me voit comme ça.* »



5- Résumé des principaux résultats

❖ **Pourquoi participent-ils au groupe ?**

➢ Les bénéfices secondaires : ils ne sont pas négligeables, ils permettent de rencontrer et d'informer des personnes qui ne sont pas forcément dans une démarche de soins. Il s'agit ici de la validation des RPS ou des demandes d'aménagement de peine, de rompre avec l'enfermement, l'ennui et l'isolement (facteurs décrits par les participants comme favorisant leur consommation de cannabis).

➢ La recherche d'un déclic pour passer à l'action : certains participants envisagent d'arrêter leur consommation de cannabis car ils en perçoivent les bénéfices. Cependant ils sont encore dans l'ambivalence, *« Je le sais que c'est pas bon, ça détruit…mais j'en ai besoin ».* L'objectif serait de trouver la motivation afin de faire pencher la balance vers l'arrêt de la consommation.

➢ Accéder à des informations sur le cannabis : la plupart des participants sont intéressés par les risques sanitaires somatiques et psychiques de la consommation de cannabis, informations auxquelles ils n'ont pas toujours facilement accès « *Qu'est-ce que ça pourrait faire sur mon corps, sur ma santé, mon état psychologique ? Des fois je regarde des trucs, j'essaie mais je trouve pas trop* ». On remarque par contre un désintérêt pour ses conséquences judiciaires « *De toute façon les reportages à la télé c'est par rapport aux risques judiciaires, c'est pas sur*

la santé quoi. C'est des choses euh pourquoi on finit ici à la fin donc c'est pas très intéressant à savoir ».

- Se confronter aux autres : confronter ses représentations sur le cannabis et son parcours de consommation aux regards des autres, participants et intervenants.
- Trouver de l'aide pour arrêter de fumer : certains attendent une aide pour développer des stratégies qui leur permettraient d'arrêter leur consommation de cannabis. Il peut s'agir de conseils pratiques ou d'un soutien visant à renforcer leur conviction.
    - Parce que la prison ne semble pas compatible avec leur consommation de cannabis.
        - ✓ Excédés par les incarcérations successives ou ébranlés par l'incarcération actuelle, ils veulent éviter toute nouvelle incarcération.
        - ✓ Par peur que leur consommation de cannabis au sein de l'établissement rallonge leur peine actuelle, ou qu'elle puisse avoir des conséquences sur leur relation avec les autres détenus : peur des dettes et des représailles si les dettes ne sont pas remboursées.
    - Parce qu'ils ressentent les préjudices de leur consommation sur le plan somatique, psychique, financier ou familial.
    - Parce qu'ils ressentent le besoin de changer pour gagner en stabilité, pour grandir « *mener une vie d'adulte* ».
- Par obligation

❖ **Comment envisagent-ils le déroulement du groupe ?**

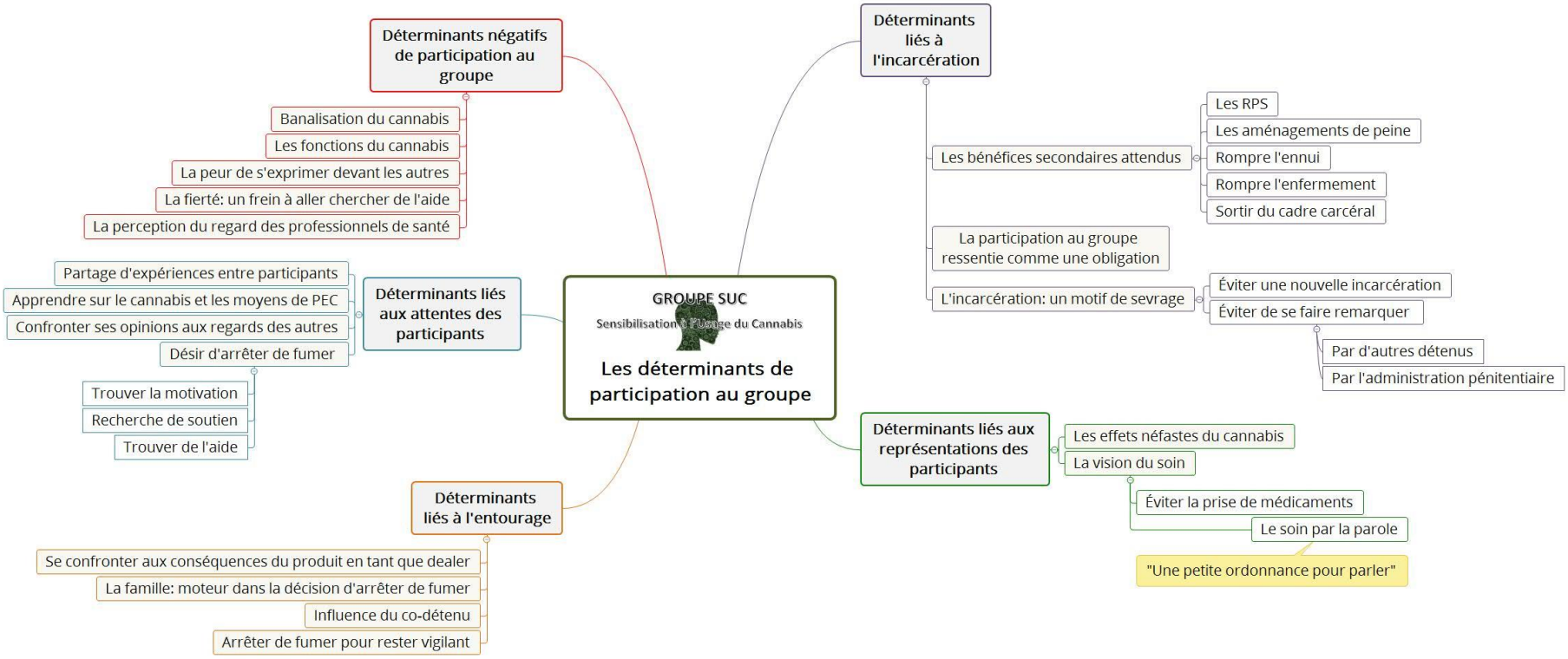
La plupart des participants voient le groupe comme un moment de partage et d'écoute où chacun parle de son parcours de consommation et de ses conséquences sur le plan social, familial, judiciaire et sanitaire. Chacun peut apporter un témoignage qui sera utile à d'autres.

❖ **Que redoutent-ils ?**

- Les médicaments : « la peur de l'ordonnance » est décrite par certains comme un frein à aller consulter un médecin ou plus généralement à aller chercher de l'aide pour arrêter de fumer, alors que paradoxalement le cannabis est largement employé à visée auto-thérapeutique. Le cannabis est perçu comme une plante, comme un produit naturel alors que les médicaments sont chimiques donc forcément plus néfastes.
- Le regard des professionnels de santé : les avis concernant le regard que pose sur eux les professionnels de santé sont assez mitigés. Certains perçoivent de l'incompréhension, de

l'hypocrisie, voire de la malveillance « *Après les médecins, tu fumes du shit t'es pas un type lambda, t'es classé toxico, c'est direct, t'es un clochard. C'est sale, t'es un tox* ».

- S'exprimer devant les autres


GROUPE SUC
Sensibilisation à l'Usage du Cannabis
Les déterminants de participation au groupe
Déterminants négatifs de participation au groupe
Banalisation du cannabis
Les fonctions du cannabis
La peur de s'exprimer devant les autres
La fierté: un frein à aller chercher de l'aide
La perception du regard des professionnels de santé
Déterminants liés aux attentes des participants
Partage d'expériences entre participants
Apprendre sur le cannabis et les moyens de PEC
Confronter ses opinions aux regards des autres
Désir d'arrêter de fumer
Trouver la motivation
Recherche de soutien
Trouver de l'aide
Déterminants liés à l'entourage
Se confronter aux conséquences du produit en tant que dealer
La famille: moteur dans la décision d'arrêter de fumer
Influence du co-détenu
Arrêter de fumer pour rester vigilant
Déterminants liés à l'incarcération
Les bénéfices secondaires attendus
Les RPS
Les aménagements de peine
Rompre l'ennui
Rompre l'enfermement
Sortir du cadre carcéral
La participation au groupe ressentie comme une obligation
L'incarcération: un motif de sevrage
Éviter une nouvelle incarcération
Éviter de se faire remarquer
Par d'autres détenus
Par l'administration pénitentiaire
Déterminants liés aux représentations des participants
Les effets néfastes du cannabis
La vision du soin
Éviter la prise de médicaments
Le soin par la parole
"Une petite ordonnance pour parler"

IV- *DISCUSSION*

1- Forces et faiblesses de l'étude

a- Répartition des participants

Dans notre étude, environ la moitié des participants étaient incarcérés depuis 1 mois ou moins. Les durées d'incarcération avant la date prévue de participation au groupe allaient de 18 jours à 21 mois, le recrutement était donc suffisamment varié pour rencontrer à la fois des détenus encore en phase de choc carcéral et ceux déjà installés dans la vie en détention.
Tous les niveaux de consommation étaient représentés (d'occasionnel à quotidien) ce qui contribue à la diversité de l'échantillon.

b- Méthodologie

La méthodologie que nous avons employée pour répondre à la question de recherche était adaptée. Les entretiens individuels semi dirigés nous garantissaient plus de spontanéité dans les échanges, par des focus groupe certains participants ne se seraient probablement pas exprimés aussi librement.

Notre guide d'entretien a peu évolué au cours de l'enquête. Il a été validé avant le début de l'étude par le Dr Agnès OUDE-ENGBERINK, chef de clinique associé de médecine générale et co-responsable de la recherche qualitative à la faculté de médecine Montpellier-Nîmes. Elle a ensuite relu notre premier entretien et n'a pas demandé à apporter de modifications à notre guide. La durée des entretiens était satisfaisante. Le plus court a duré 20 minutes, il a dû être écourté car le participant avait peur de rater la promenade. Le temps de parole des enquêtés était suffisant pour faire le point sur le sujet de l'étude, ce qui renforce la validité de notre guide d'entretien.

Il s'agissait pour moi d'un premier travail en étude qualitative, on peut me reprocher mon manque d'expérience lors de la réalisation des entretiens et ma subjectivité lors de l'analyse des données.
Par la triangulation des données, qui a été faite avec mon directeur et mon co-directeur de thèse, un regard extérieur a pu être posé sur mon travail initial et en a renforcé l'objectivité.

c- Problèmes éthiques

Le jour des entretiens, le surveillant en charge des mouvements au « quartier hommes » avait connaissance du motif de l'entretien, ce qui pose la question du respect du secret médical.

d- Enregistrement

Les entretiens étaient enregistrés par un dictaphone. Certains participants ont pu se sentir freiné dans leur liberté de parole. Le contexte carcéral et le sujet abordé ont pu amplifier ce phénomène.

2- Comparaison avec la littérature

Notre étude portait sur les déterminants de participation à un groupe de sensibilisation à l'usage du cannabis, mené en milieu carcéral. Il s'agit d'une étude originale. Dans la littérature, les études sont essentiellement quantitatives, elles analysent l'efficacité de ce type d'intervention en termes de réduction de la consommation ou de réduction de la récidive après l'arrêt de la consommation, et très peu sont menées en milieu carcéral.

❖ **L'incarcération comme motif de sevrage de sa consommation**

Une étude sur la mise en place d'un groupe de parole alcool en maison d'arrêt a été publiée en 2017 (46). Organisé en 5 séances, son objectif était l'éducation et la sensibilisation des usagers d'alcool aux risques liés à une consommation abusive. Ce qui ressortait de cette étude était la conception qu'avaient les participants du lien entre leur consommation d'alcool et la réponse judiciaire, soit l'incarcération. Ils la percevaient comme une contrainte destinée à les empêcher de boire. Une remise en question de leur consommation semblait difficile dans ce contexte. Dans notre étude, à l'inverse, l'incarcération pouvait être à l'origine de la décision d'arrêter ou de réduire sa consommation de cannabis. Pour certains des participants, il s'agissait d'une 1ère incarcération et notre intervention avait lieu précocement après leur arrivée en prison (dans le mois), pendant la phase de choc carcéral. Cette phase est souvent source d'ambivalence et de questionnement (secondaires au choc provoqué par l'incarcération surtout s'il s'agit d'une première fois). Généralement pendant cette phase ils n'ont pas encore intégré les réseaux propres au trafic en détention. Il semble intéressant d'agir à ce moment-là afin de renforcer leur motivation à arrêter leur consommation.

❖ **Les campagnes de prévention**

Quand on interroge les participants de notre étude sur leur perception des campagnes de prévention sur les effets de la consommation de cannabis, la majorité d'entre eux n'a pas d'opinion car ils n'en ont jamais entendu parler. Ils ne connaissent n'ont plus ni les CJC ni les CSAPA. Ils évoquent comme sources d'informations des reportages télévisés, des forums de consommateurs, YouTube ou Facebook. Leurs sources d'informations ne sont donc pas toujours objectives « *J'ai vu des trucs qui apparaissent sur Facebook, les effets du shit […] Après je sais pas comment on vérifie si c'est des vrais informations ou pas. Je lis et je vérifie même pas parce que ça m'intéresse* ». Les autres estiment que l'impact est insuffisant « *tu peux diminuer sur le coup mais après ça y est au bout de 3 jours t'as oublié* ». Pour l'un d'entre eux il est nécessaire de continuer à informer les usagers même si l'impact n'est pas immédiat « *Je trouve que c'est bien, il faut continuer, même si il n'y a pas trop d'impact il faut continuer tout le temps. Même si c'est une petite goutte, après le vase il va se remplir »*.

Dans ce contexte, un groupe de sensibilisation permettant l'accès à des informations sur le cannabis et les réseaux de soins existants sur le territoire parait légitime et même primordial.

En 2009, l'OFDT publie « les Habitués du cannabis », il s'agissait d'une étude qualitative portant sur des usagers réguliers de cannabis (47). Au cours de cette étude les participants étaient interrogés sur leur perception de la campagne de prévention « le cannabis est une réalité » (il s'agissait de spots télévisés et radio qui exposaient les risques de la consommation de cannabis sous forme de témoignages). Les retours étaient assez mitigés, certains estimaient que les parcours évoqués étaient très stéréotypés et ne reflétaient pas leur expérience en tant qu'usagers. Ils auraient attendu que le message se rapproche d'avantage de celui tenu pour l'alcool, à savoir qu'il peut être source de plaisir mais que l'abus peut être dangereux.

Ils auraient également préféré que le discours soit d'avantage axé sur la réduction des risques plutôt que sur la prévention primaire. Ils reprochaient notamment une tendance à la diabolisation de la consommation de cannabis.

Il apparaît nécessaire d'adapter notre discours aux attentes des usagers afin de favoriser leur adhésion aux actions de prévention et de ce fait d'en renforcer l'impact.

Dans « Les Habitués du cannabis » les usagers interviewés s'intéressaient surtout aux risques somatiques (conséquences pulmonaires, cancers) et ne se sentaient pas concernés par les risques psycho-sociaux, souvent mis en avant dans les campagnes de prévention. Dans notre étude, on constate que la préoccupation des risques somatiques notamment neurologique

(perte de mémoire) est importante mais la plupart semble concernée par des conséquences psychiques (apathie, ralentissement psychique et moteur, paranoïa…) avec le sentiment que leur consommation les amène à une destruction progressive « *T'as l'impression que ça te fait du bien alors que ça te détruit* », « *Le shit ça vous détruit psychologiquement* », « *le cannabis il peut juste détruire ta vie* ». Il peut s'agir aussi d'effets vécus par des proches « *Je vois des potes à moi ils sont rongés de l'intérieur* ». Dans « Les Habitués du cannabis », tous les niveaux socio-économiques étaient représentés (mais aucun participant ne venait de « quartier difficile »), la population carcérale est plus précaire et peut être plus vulnérable à ce type d'effets. Le discours doit s'adapter à la population rencontrée.

3- Perspectives

a- Spécificités du milieu carcéral

A l'instar des « cités » où l'économie parallèle du cannabis est un véritable « poumon économique », l'univers carcéral s'organise aussi autour de ce produit, régi par des règles spécifiques d'approvisionnement et de trafic, propres au milieu carcéral.

Les détenus arrivants, jeunes, souvent déjà usagers à des degrés divers, sont particulièrement exposés, et doivent gérer leur ambivalence, tout en s'adaptant aux spécificités carcérales du trafic.

L'usage du cannabis en milieu carcéral expose à des particularités, des contraintes, et des conséquences plus dures à gérer en détention :

- Rupture des liens familiaux, professionnels et sociaux (renforçant le lien avec les substances).
- Inactivité, manque de repère, exposition au produit.
- Nécessité de « s'évader » du monde carcéral.

Il est important d'avoir une action précoce (pendant la période du choc carcéral), individuelle (repérage, intervention brève, entretien motivationnel) et de groupe (sensibilisation, information), afin de sensibiliser et de gérer cette ambivalence avant l'adaptation et l'intégration des nouvelles règles du trafic.

La mise en détention peut toutefois présenter malgré tout quelques avantages, sur le plan sanitaire qu'il faut savoir exploiter :

- Présence et mise à disposition d'un système de soins.
- Pluridisciplinarité de l'équipe de soins (Hôpital, CSAPA, CARRUD...), organisée autour d'un référentiel thérapeutique national, révisé et optimisé régulièrement (le guide thérapeutique).
- Des détenus « disponibles » et « assidus » aux rendez-vous : l'unité sanitaire est vécue comme un réel « espace de liberté » où les détenus viennent en général volontiers. C'est souvent d'ailleurs pour eux un des premiers ou rares contacts avec les professionnels de santé.

Dans ce contexte, la prise en compte des addictions est reconnue comme une priorité sanitaire en milieu carcéral, et un facteur crucial dans la prévention de la récidive.

Toutefois, la surpopulation carcérale, la durée brève des incarcérations, le turn-over rapide des détenus (transfert, aménagement de peine), sont un frein à l'accès aux soins, et notamment aux actions individuelles. L'action de groupe présente dans ce cadre des avantages certains (information, interactivité, renforcement…).

b- Évolution du groupe

Il est important de bien intégrer les facteurs motivationnels et leurs spécificités carcérales dans la gestion des groupes dont certaines sont à noter :

- Le besoin de s'évader et d'occuper le temps pour mieux gérer sa détention.
  - En participant à des activités comme le groupe.
  - En consommant du cannabis.
- Une tendance à la banalisation de la consommation du cannabis.
- Particularité carcérale de la « Gestion des contingences », où le certificat de suivi addictologique remis au patient et destiné au JAP (juge d'application des peines) en vue d'une libération, fait place à la rétribution financière.

❖ **Les thèmes abordés**

Cette étude confirme l'intérêt de travailler sur les représentations des participants concernant le cannabis et le système de soin :

- Gestion des fausses représentations :

- L'innocuité du cannabis qui est un produit naturel, disponible, qui facilite la vie en détention.
- Les médicaments décrits comme seules alternatives proposées en matière de prise en charge.
- L'image souvent négative des CSAPA (si connus par les participants) et du regard des professionnels de santé.

- Gestion des contradictions :
  - Des effets secondaires ressentis et des effets recherchés parfois contradictoires.
  - Le cannabis employé à visée auto thérapeutique en détention, alors que la prise de médicaments est apparentée à de la toxicomanie.
- Transfert de dépendance vers le tabac qui est souvent banalisé par les patients et par les soignants.

❖ **Prise en charge globale des addictions**

L'importance des polyaddictions au sein de la population carcérale nous a mené à réfléchir à l'ouverture du groupe SUC aux autres addictions, afin de proposer une prise en charge globale de la problématique addictive au sein de la maison d'arrêt.

« *Quand tu commences à fumer c'est comme quand tu commences à jouer, comme quand tu commences à boire de l'alcool, c'est les mêmes étapes. Tu tapes 1 barre, 2 barres, 3 barres t'es bien. Tu joues 1 match, tu gagnes comme par hasard la 1ère fois, chapeau. [...] Ça commence toujours bien et ça fini toujours mal.* »

❖ **Évolution du nombre de séances**

Depuis la mise en place du groupe, régulièrement les détenus demandent à y participer une nouvelle fois. Nous avons donc le projet de le réorganiser sous formes de 4 sessions successives. La mise en place de plusieurs modules permettra d'aborder les différentes thématiques de manière plus approfondie et d'impliquer d'avantage les patients en favorisant les temps d'échanges.

❖ **L'inclusion dans un projet d'éducation thérapeutique**

Un programme d'ETP (Éducation Thérapeutique du Patient) est en train de se mettre en place au sein de la maison d'arrêt. Il nous semble intéressant d'inclure le groupe SUC à ce projet, dans l'optique d'une prise en charge globale et pluridisciplinaire des patients.

V- ***CONCLUSION***

Le cannabis est la première substance illicite consommée dans le monde. Ses risques psycho-sociaux et somatiques sont connus et ont largement été décrits dans la littérature. Sa consommation est particulièrement répandue en prison. À la maison d'arrêt de Nîmes, la surpopulation carcérale, la durée brève des incarcérations, le manque de locaux et d'intervenants en addictologie sont un frein aux actions individuelles. Dans ce contexte, la mise en place d'un groupe de sensibilisation à l'usage du cannabis (groupe SUC) nous a semblé être un projet pertinent.

Notre étude avait pour objectif de comprendre les déterminants qui ont conduit les usagers de cannabis incarcérés à la maison d'arrêt de Nîmes à participer au groupe SUC.

Le désir d'arrêter de fumer (trouver de l'aide ou la motivation pour arrêter de fumer), l'envie d'accéder à des informations sur le cannabis et de confronter son parcours en tant que consommateur à ceux des autres participants étaient des facteurs motivant la participation au groupe. Pour certains, leur participation était aussi perçue comme un moyen de rompre avec la vie en détention, d'autres l'ont plutôt vécue comme une obligation. L'obtention d'un certificat pouvant être remis au juge s'est révélé être un facteur motivationnel important. Le groupe était envisagé comme un moment de partage, d'écoute et d'entraide. Parallèlement, on a pu constater une tendance à la banalisation de l'usage du cannabis, pouvant en freiner la remise en question.

Les détenus arrivants, souvent jeunes et déjà usagers, doivent s'adapter aux spécificités de la vie carcérale et du trafic. Il est important d'avoir une action précoce afin de sensibiliser ces jeunes, rarement en contact avec le système de soin, aux risques liés à une surconsommation de cannabis et aux moyens de prise en charge existants, et ce avant qu'ils intègrent et s'adaptent aux nouvelles règles du trafic en détention. Il est pour cela primordial que l'équipe de soins se positionne précocement dans le repérage et le suivi addictologique de ces patients.

Ce travail a servi de base de réflexion à l'élaboration de l'action du groupe SUC en milieu carcéral. Son évolution va se faire sur la prise en considération de l'ensemble des addictions et son intégration à un projet d'éducation thérapeutique, afin de proposer une prise en charge globale des patients.

BIBLIOGRAPHIE

1. Adès J-É, Beck F, Ben Lakhdar C, Cadet-Taïrou A, Canarelli T, Costes J-M, et al. Le cannabis: carte d'indentité. Cannabis, données essentielles. Saint-Denis: OFDT; 2007.

2. Beck F, Spilka S, Nguyen-Tranh V, Gautier A, Le Nézet O, Richard J-B. Cannabis : usages actuels en population adulte. Résultats de l'enquête Baromètre santé 2016. Tendances n°119. Saint-Denis: OFDT; 2017.

3. Adès J-É, Beck F, Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Diaz-Gomez C, Gandilhon M, et al. Jeunes et addictions. Saint-Denis: OFDT; 2016.

4. World Health Organization. WHO | The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: Hall W, Renström M, Poznyak V; 2016. 95 p.

5. Colizzi M, Bhattacharyya S. Does Cannabis Composition Matter? Differential Effects of Delta-9-tetrahydrocannabinol and Cannabidiol on Human Cognition. Curr Addict Rep. 2017;4(2):62‑74.

6. Brisacier A-C, Cadet-Taïrou A, Diaz-Gomez C, Gandilhon M, Janssen É, Le Nézet O, et al. Drogues, chiffres clés. 7ème édition. OFDT; 2017.

7. Mackie K. Cannabinoid Receptors: Where They are and What They do. J Neuroendocrinol. 1 mai 2008;20:10‑4.

8. Inserm (dir.). Médicaments psychotropes : Consommations et pharmacodépendances. Rapport. Paris: Les éditions Inserm; 2012. 586 p. (Expertise collective).

9. Lorenzetti V, Solowij N, Yücel M. The Role of Cannabinoids in Neuroanatomic Alterations in Cannabis Users. Biol Psychiatry. avr 2016;79(7):e17‑31.

10. Inserm (dir.). Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé? Rapport. Paris: Les éditions inserm; 2001. 429 p. (Expertise collective).

11. Inserm (dir.). Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et accompagnement. Rapport. Paris: Les éditions inserm; 2014. 482 p. (Expertise collective).

12. Hartman RL, Huestis MA. Cannabis Effects on Driving Skills. Clin Chem. mars 2013;59(3).

13. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. BMJ. 9 févr 2012;344:e536.

14. Van Elslande P, Jaffard M, Fournier J-Y, Fouquet K. Stupéfiants et accidents mortels (projet SAM) - Analyse accidentologique des défaillances de conduite sous influence de l'alcool et/ou du cannabis. Saint-Denis: OFDT; 2011 mai p. 67.

15. George TP, Vaccarino F. Toxicomanie au Canada: Les effets de la consommation de cannabis pendant l'adolescence. Ottawa (Ontario): Centre canadien de lutte contre les toxicomanies; 2015.

16. Spilka S, Janssen E, Legleye S. La détection des usages problématiques de cannabis: le Cannabis Abuse Screening Test (CAST). OFDT; 2013 p. 9.

17. Arseneault L, Cannon M, Witton J, Murray RM. Causal association between cannabis and psychosis: examination of the evidence. Br J Psychiatry. 1 févr 2004;184(2):110‑7.

18. Underner M, Urban T, Perriot J, Peiffer G, Meurice J-C. Usage du cannabis et retentissement fonctionnel respiratoire. Rev Mal Respir. 1 avr 2013;30(4):272‑85.

19. Jouanjus E, Lapeyre-Mestre M, Micallef J, The French Association of the Regional Abuse, and Dependence Monitoring Centres (CEIP-A) Working Group on Cannabis Complications. Cannabis Use: Signal of Increasing Risk of Serious Cardiovascular Disorders. J Am Heart Assoc Cardiovasc Cerebrovasc Dis. 25 avr 2014;3(2).

20. Mittleman MA, Lewis RA, Maclure M, Sherwood JB, Muller JE. Triggering Myocardial Infarction by Marijuana. Circulation. 12 juin 2001;103(23):2805‑9.

21. Wolff V, Lauer V, Rouyer O, Sellal F, Meyer N, Raul JS, et al. Cannabis Use, Ischemic Stroke, and Multifocal Intracranial Vasoconstriction: A Prospective Study in 48 Consecutive Young Patients. Stroke. 1 juin 2011;42(6):1778‑80.

22. Underner M, Urban T, Perriot J, de Chazeron I, Meurice J-C. Cannabis et cancer bronchique. Rev Mal Respir. 1 juin 2014;31(6):488‑98.

23. Cannabis - Synthèse des connaissances - Cadre légal et orientations publiques récentes. [Internet]. OFDT. [cité 26 févr 2018]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/#lp

24. Ce que dit la loi en matière de stupéfiants [Internet]. MILDECA. [cité 6 oct 2017]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/ce-que-dit-la-loi/en-matiere-de-stupefiants

25. Drug market and crime workbook (Marché et criminalité). Rapport national 2017 (données 2016) à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox. Saint-Denis: OFDT; 2017.

26. Réponse pénale à l'usage de stupéfiants : réflexions et pistes d'évolution [Internet]. MILDECA. [cité 19 mars 2018]. Disponible sur: http://www.drogues.gouv.fr/strategie-gouvernementale/application-de-loi/reponse-penale-lusage-de-stupefiants-reflexions-pistes-devolution

27. La dépénalisation de la consommation du cannabis [Internet]. SÉNAT. [cité 19 mars 2018]. Disponible sur: https://www.senat.fr/lc/lc99/lc99_mono.html

28. Inpes. Drogues illicites- Les campagnes de communication [Internet]. [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: http://inpes.santepubliquefrance.fr/10000/themes/drogues/drogues-campagne-communication.asp

29. Prévention : l'Inpes réactualise ses supports de prévention sur le cannabis [Internet]. Drogues Info Service. 2016 [cité 31 déc 2017]. Disponible sur: http://www.drogues-info-service.fr/Actualites/Prevention-l-Inpes-reactualise-ses-supports-de-prevention-sur-le-cannabis

30. Les textes relatifs aux CSAPA (Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie). Le décret n°2007-877 du 14 mai 2007 relatif aux missions CSAPA [Internet]. 2012 [cité 27 déc 2017]. Disponible sur: https://www.federationaddiction.fr/les-textes-relatifs-aux-csapa-centres-de-soins-daccompagnement-et-de-prevention-en-addictologie/

31. Palle C. Les personnes accueillies dans les CSAPA. Situation en 2014 et évolution depuis 2007. Tendances n°110. Saint-Denis: OFDT; 2016.

32. Obradovic I. Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». Tendances n°101. Saint-Denis: OFDT; 2015.

33. Protais C. Les pratiques professionnelles en CJC. Saint-Denis: OFDT; 2017.

34. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte [Internet]. Saint-Denis: HAS; 2014 [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1795221/fr/outil-d-aide-au-reperage-precoce-et-intervention-breve-alcool-cannabis-tabac-chez-l-adulte

35. Les chiffres-clés de la Justice - Édition 2017 [Internet]. justice.gouv.fr. [cité 1 janv 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/statistiques-10054/chiffres-cles-de-la-justice-10303/les-chiffres-cles-de-la-justice-edition-2017-30958.html

36. Godin Blandeau E, Verdot C, Develay A-E. État des connaissances sur la santé des personnes détenues en France et à l'étranger. Saint-Maurice: Institut de veille sanitaire; 2014. 94 p.

37. Mouquet M-C. La santé des personnes entrées en prison en 2003. Études et résultats 2005. mars 2005;(386):12.

38. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. Prisons and drugs in europe: the problem and responses. Lisbon; 2012. 36 p.

39. WHO Regional Office for Europe. Prisons and health. Copenhagen; 2014. 189 p.

40. Les conditions de détention dans les établissements pénitentiaires en France (tome 1, rapport) [Internet]. [cité 29 janv 2017]. Disponible sur: https://www.senat.fr/rap/l99-449/l99-4494.html

41. Guide méthodologique « prise en charge sanitaire des PPSMJ » [Internet]. justice.gouv.fr. 2017 [cité 11 mars 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/guide-methodologique-prise-en-charge-sanitaire-des-ppsmj-31174.html

42. Frappé P. Initiation à la recherche. 2011.

43. Mucchielli A. Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. 3ème. Armand Colin; 2009.

44. Oude Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. exercer. 2013;(105):4‑11.

45. Droits et devoirs de la personne détenue - Le déroulement de la peine et les possibilités d'aménagement de son exécution [Internet]. justice.gouv.fr. 2009 [cité 22 févr 2018]. Disponible sur: http://www.justice.gouv.fr/prison-et-reinsertion-10036/les-personnes-prises-en-charge-10038/droits-et-devoirs-de-la-personne-detenue-16627.html

46. Déroche S, Leibel D, Rapp S, Vogt P, Greth P. Évolution d'un groupe de parole pour malades d'alcool en maison d'arrêt. Alcoologie Addictologie. 2017;39(S1):53S-60S.

47. Reynaud-Maurupt Catherine. Les habitués du cannabis. Une enquête qualitative auprès des usagers réguliers. Saint-Denis: OFDT; 2009 p. 313.

ANNEXES

Annexe 1 : questionnaire CAST

Évaluer sa consommation de cannabis

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

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

☐ Non

☐ Oui

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

Source : Repérage précoce et auto-évaluation des usages à risques [Internet]. OFDT. [cité 1 avr 2018]. Disponible sur: https://www.ofdt.fr/aide-aux-acteurs/reperage-precoce/#cannab

Annexe 2 : questionnaire vrai/faux

Association Nationale de PRÉVENTION en ALCOOLOGIE et ADDICTOLOGIE
A.N.P.A.A.

QUIZZ
Cannabis

1) Le cannabis reste présent dans l'organisme plus de 48h après sa consommation.

Vrai Faux

2) Le cannabis peut rendre dépendant.

Vrai Faux

3) Une cigarette est plus toxique qu'un « joint ».

Vrai Faux

4) La consommation de cannabis peut entraîner un « bad trip ».

Vrai Faux

5) Le cannabis est classé dans les drogue douce au regard de la loi.

Vrai Faux

Annexe 3 : formulaire de consentement

Thèse pour DES de médecine générale
Doctorant: Laetitia Lambremon
Directeur de thèse : Dr Hilaire Christophe
Co-directeur de thèse : Dr Garcia Marc

Je certifie avoir donné mon accord pour participer à une étude qualitative thématique en entretien individuel portant sur la compréhension des déterminants qui ont conduit des usagers de cannabis incarcérés à participer au groupe SUC.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Mon consentement ne décharge pas les organisateurs de la recherche de leurs responsabilités et je conserve tous mes droits garantis par la loi. Je comprends que les informations recueillies sont strictement confidentielles et à usage exclusif des investigateurs concernés.

J'ai été informé que mon identité n'apparaîtra dans aucun rapport ou publication et que toute information me concernant sera traitée de façon confidentielle. J'accepte que les données enregistrées à l'occasion de cette étude puissent être conservées dans une base de données et faire l'objet d'un traitement informatisé non nominatif. J'ai bien noté que le droit d'accès prévu par la loi « informatique et libertés » s'exerce à tout moment.

Date :

Nom :

Prénom :

Signature (précédée de la mention « lu et approuvé ») :

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'Etre 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 première substance illicite consommée dans le monde. Sa consommation est particulièrement répandue en prison. À la maison d'arrêt de Nîmes, la surpopulation carcérale, la durée brève des incarcérations, le manque de locaux et d'intervenants en addictologie sont un frein aux actions individuelles. Ce constat a mené à la mise en place d'un groupe de sensibilisation à l'usage du cannabis (groupe SUC).

Notre étude avait pour objectif de comprendre les déterminants qui ont conduit les usagers de cannabis incarcérés à la maison d'arrêt de Nîmes à participer au groupe SUC.

MÉTHODE : Notre étude est une analyse qualitative thématique avec entretiens semi dirigés visant à énumérer les déterminants de participation au groupe SUC des usagers de cannabis incarcérés.

RÉSULTATS : Le désir d'arrêter de fumer, l'envie d'accéder à des informations sur le cannabis et de confronter son parcours en tant que consommateur à ceux des autres participants étaient des facteurs motivant la participation au groupe. Pour certains, leur participation était aussi perçue comme un moyen de rompre avec la vie en détention, d'autres l'ont plutôt vécue comme une obligation. L'obtention d'un certificat pouvant être remis au juge s'est révélé être un facteur motivationnel important. Le groupe était envisagé comme un moment de partage, d'écoute et d'entraide. Parallèlement, on a pu constater une tendance à la banalisation de l'usage du cannabis, pouvant en freiner la remise en question.

CONCLUSION : Il apparaît important de sensibiliser précocement ces jeunes usagers de cannabis, rarement en contact avec le système de soin, aux risques liés à leur surconsommation et aux moyens de prise en charge existants, et ce avant qu'ils intègrent et s'adaptent aux nouvelles règles du trafic en détention.

Mots clés : cannabis, prison, sensibilisation, groupe, étude qualitative