



HAL
open science

Médecin généraliste, cannabis, jeune patient : comment s'entendre ? Une étude qualitative auprès de jeunes consommateurs

Caroline Laviez

► To cite this version:

Caroline Laviez. Médecin généraliste, cannabis, jeune patient : comment s'entendre ? Une étude qualitative auprès de jeunes consommateurs. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-02985770

HAL Id: dumas-02985770

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02985770>

Submitted on 2 Nov 2020

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
Docteur en Médecine

Présentée et soutenue
par
Caroline LAVIEZ

Le 17 mai 2018

**MEDECIN GENERALISTE - CANNABIS - JEUNE PATIENT :
COMMENT S'ENTENDRE ?**

Une étude qualitative auprès de jeunes consommateurs

Directeur de thèse : **Docteur Sylvain GUICHARD**

JURY

Président du Jury : **Professeur Michel AMOUYAL**

Assesseurs :

Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE – Premier assesseur

Docteur Elodie MILLION – Deuxième assesseur

Docteur Sylvain GUICHARD – Directeur

Membre invité : **Docteur Pascale PITIOT**

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER – NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de
Docteur en Médecine

Présentée et soutenue
par
Caroline LAVIEZ

Le 17 mai 2018

**MEDECIN GENERALISTE - CANNABIS - JEUNE PATIENT :
COMMENT S'ENTENDRE ?**

Une étude qualitative auprès de jeunes consommateurs

Directeur de thèse : **Docteur Sylvain GUICHARD**

JURY

Président du Jury : **Professeur Michel AMOUYAL**

Assesseurs :

Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE – Premier assesseur

Docteur Elodie MILLION – Deuxième assesseur

Docteur Sylvain GUICHARD – Directeur

Membre invité : **Docteur Pascale PITIOT**



PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AUSSILLOUX Charles	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AVEROUS Michel	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
AYRAL Guy	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BAILLAT Xavier	GRASSET Daniel	POUGET Régis
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	PUECH Paul
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUJOL Henri
BALMES Michel	HERTAULT Jean	PUJOL Rémy
BALMES Pierre	HUMEAU Claude	RABISCHONG Pierre
BANSARD Nicole	JAFFIOL Claude	RAMUZ Michel
BAYLET René	JANBON Charles	RIEU Daniel
BILLIARD Michel	JANBON François	RIOUX Jean-Antoine
BLARD Jean-Marie	JARRY Daniel	ROCHEFORT Henri
BLAYAC Jean Pierre	JOYEUX Henri	ROUANET DE VIGNE LAVIT Jean Pierre
BONNEL François	LABAUGE Robert	SAINT AUBERT Bernard
BOUDET Charles	LAFFARGUE François	SANCHO-GARNIER Hélène
BOURGEOIS Jean-Marie	LALLEMANT Jean Gabriel	SANY Jacques
BRUEL Jean Michel	LAMARQUE Jean-Louis	SENAC Jean-Paul
BUREAU Jean-Paul	LAPEYRIE Henri	SERRE Arlette
BRUNET Michel	LESBROS Daniel	SIMON Lucien
CALLIS Albert	LOPEZ François Michel	SOLASSOL Claude
CANAUD Bernard	LORIOT Jean	SUQUET Pierre
CASTELNAU Didier	LOUBATIERES Marie Madeleine	THEVENET André
CHAPTAL Paul-André	MAGNAN DE BORNIER Bernard	VIDAL Jacques
CIURANA Albert-Jean	MARY Henri	VISIÈRE Jean Pierre
CLOT Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	
D'ATHIS Françoise	MEYNADIER Jean-Charles	
DEMAILLE Jacques	MICHEL François-Bernard	
DESCOMPS Bernard	MICHEL Henri	
DIMEGLIO Alain	MIMRAN Albert	
DU CAILAR Jacques	MION Charles	
DUBOIS Jean Bernard	MION Henri	
DUMAS Robert	MIRO Luis	
DUMAZER Romain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude
BLANC François
BOULENGER Jean-Philippe
BOURREL Gérard
CLAUSTRES Mireille
DEDET Jean-Pierre
DAURES Jean-Pierre
DAUZAT Michel
ELEDJAM Jean-Jacques
GUERRIER Bernard
MAURY Michèle
MILLAT Bertrand
MARES Pierre
MONNIER Louis
PREFAUT Christian
SULTAN Charles
TOUCHON Jacques

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ASENCIO Gérard - Chirurgie orthopédique et Traumatologique
BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé
BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale
BRINGER Jacques – Doyen - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;
Gynécologie médicale
CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
COMBE Bernard - Rhumatologie
COSTA Pierre - Urologie
COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile
CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie
CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire
DAVY Jean Marc - Cardiologie
DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
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 ; médecine d'urgence
(Option anesthésiologie-réanimation)
JEANDEL Claude Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
JONQUET Olivier - Réanimation ; médecine d'urgence
LANDAIS Paul - Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention
LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
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 ; médecine d'urgence
SCHVED Jean François - Hématologie ; Transfusion
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VOISIN Michel - Pédiatrie

PU-PH de 1^{re} classe

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria - Pédiopsychiatrie ; addictologie
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
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
CANOVAS François - Anatomie
CARTRON Guillaume - Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel - Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
COSTES Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe - Neurochirurgie
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes ; addictologie

CYTEVAL Catherine - Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves - Physiologie
DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale
DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
DEMARIA Roland - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
DEMOLY Pascal - Pneumologie ; addictologie
DEREURE Olivier - Dermatologie - vénéréologie
DROUPY Stéphane - Urologie
FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
HAMEL Christian - Ophtalmologie
JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
KLOUCHE Kada - Réanimation ; médecine d'urgence
KOENIG Michel - Génétique moléculaire
KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire
LABAUGE Pierre - Neurologie
LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation
LAVABRE-BERTRAND Thierry - Cytologie et histologie
LE QUELLEC Alain - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
LECLERCQ Florence - Cardiologie
LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire
LEROUX Jean Louis - Rhumatologie
LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire
MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et médecine nucléaire
MATECKI Stéfan - Physiologie
MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire
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
PUJOL Jean Louis - Pneumologie ; addictologie
PUJOL Pascal - Biologie cellulaire
QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)
ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie
SARDA Pierre - Génétique
SOTTO Albert - Maladies infectieuses ; maladies tropicales
TOUITOU Isabelle - Génétique
TRAN Tu-Anh - Pédiatrie
VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale
YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie
ZANCA Michel - Biophysique et médecine nucléaire

PU-PH de 2ème classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion
ASSENAT Éric - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BERTHET Jean-Philippe - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
BOURDIN Arnaud - Pneumologie ; addictologie
CAMBONIE Gilles - Pédiatrie
CAMU William - Neurologie
CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire
CAPTIER Guillaume - Anatomie
CAYLA Guillaume - Cardiologie
CHANQUES Gérald - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
COLOMBO Pierre- Emmanuel - Cancérologie ; radiothérapie
CORBEAU Pierre - Immunologie
COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale
COULET Bertrand - Chirurgie orthopédique et traumatologique
CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DADURE Christophe - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
DE VOS John - Cytologie et histologie
DORANDEU Anne - Médecine légale
DUCROS Anne - Neurologie
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 -
GUIU Boris - Radiologie et imagerie médicale
HAYOT Maurice - Physiologie
HOUEDE Nadine - Cancérologie ; radiothérapie
KALFA Nicolas - Chirurgie infantile
KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique
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
LUKAS Cédric - Rhumatologie
MAURY Philippe - Chirurgie orthopédique et traumatologique
MORANNE Olivier - Néphrologie
MOREL Jacques - Rhumatologie
NAGOT Nicolas - Biostatistiques ; informatique médicale et technologies de la communication
NOCCA David - Chirurgie digestive
PANARO Fabrizio - Chirurgie générale

PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie
PEREZ MARTIN Antonia - Physiologie
PERNEY Pascal - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
PRUDHOMME Michel - Anatomie
PURPER-OUAKIL Diane - Pédiopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François - Pédiatrie
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François - Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
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

COLINGE Jacques (Cancérologie, Signalisation cellulaire et systèmes complexes)
LAOUDJ CHENIVESSE Dalila (Biochimie et biologie moléculaire)
VISIER Laurent (Sociologie, démographie)

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

AMOUYAL Michel
LAMBERT Philippe

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel
RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)
PERRIGAULT Pierre-François (Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence)

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
LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie
PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction
PRAT Dominique - Anatomie
PUJOL Joseph - Anatomie
RAMOS Jeanne - Anatomie et cytologie pathologiques
RICHARD Bruno - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie
RISPAIL Philippe - Parasitologie et mycologie
SEGONDY Michel - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} 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
COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel - Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire
GUILPAIN Philippe - Médecine Interne
JUNG Boris - Anesthésie-Réanimation, Médecine d'urgence
LAVIGNE Géraldine - Hématologie ; transfusion
MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie
PANABIERES Catherine - Biologie cellulaire
PELLESTOR Franck - Cytologie et histologie
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
STOEBNER Pierre - Dermato-vénéréologie
TUAILLON Edouard - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

BRET Caroline - Hématologie biologique
BRUN Miche - Bactériologie virologie, hygiène hospitalière
DU THANH Aurélie - Dermato-Vénéréologie
GALANAUD Jean-Philippe - Médecine Vasculaire
JEZIORSKI Eric - Pédiatrie
LE QUINTREC Moglie - Néphrologie
LESAGE François-Xavier - Médecine et Santé au Travail
MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire
OLIE Emilie - Psychiatrie 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
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

FAILLIE Jean-Luc - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent - Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès - Physiologie
HERLIN Christian - Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid - Chirurgie générale
KUSTER Nils - Biochimie et biologie moléculaire
MICHON Anne-Laure - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MURA Thibault- Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
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

Aux membres du jury

A Monsieur le Professeur Michel AMOUYAL, vous nous faites l'honneur de présider notre jury de thèse. Je vous témoigne ma profonde gratitude et mes sincères remerciements pour l'intérêt porté à notre travail, rendu possible grâce à votre implication et votre soutien.

A Madame le Docteur Hélène DONNADIEU-RIGOLE, vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de ma reconnaissance et de mes sincères remerciements. Votre expertise dans le domaine de l'addictologie honore cette thèse.

A Madame le Docteur Elodie MILLION, vous nous faites l'honneur de juger ce travail, veuillez trouver ici l'expression de toute ma gratitude, et mes sincères remerciements d'avoir accepté de consacrer du temps et de l'attention à notre travail.

A Monsieur le Docteur Sylvain GUICHARD, tu as accepté de diriger ce travail, j'en suis très reconnaissante. Merci pour l'enthousiasme que tu as témoigné pour ce travail alors qu'il n'était que balbutiant, pour ton aide et tes conseils avisés. Merci de m'avoir accordé ta confiance.

A Madame le Docteur Pascale PITIOT, un grand merci pour ton aide, tes réflexions pertinentes, et ta disponibilité tout au long de ce travail, jusqu'à nous consacrer ta journée d'anniversaire !

Aux personnes qui ont participé, soutenu ou influencé ce projet

A Julie, pour m'avoir accordée ta confiance dès le début de cette aventure, je t'en suis très reconnaissante. Et pour tout le reste, le plaisir de travailler à tes côtés, tes réflexions justes et pertinentes, ta complicité, ton addiction pour l'eau chaude et tes « savoirs, savoir-faire et savoir-être » !

Aux jeunes participants rencontrés au cours des entretiens, pour leur spontanéité, leurs interrogations et leur générosité. Le plaisir qu'ils ont témoigné lors de ces échanges était réciproque. Merci beaucoup !

A tous les professionnels de santé et maîtres de stage qui m'ont fait partager leur passion et leur humanité, depuis l'externat jusqu'à l'internat. Je tenais en particulier à remercier Antoine, Fabienne, François et Marie-Hélène, qui m'ont réservé un accueil exemplaire, et auprès de qui j'ai eu grand plaisir à apprendre et travailler.

Au Docteur Vincent Tribout et à l'ensemble de l'équipe du Ceggid, vous avez été un appui précieux pour la réalisation de ce travail. Merci pour votre bonne humeur, votre engagement et votre bienveillance, qui sont un modèle pour moi. Les quelques mois passés à vos côtés resteront une riche expérience, humainement et professionnellement.

Au Docteur Lucie Clotet, pour votre disponibilité et votre précieuse contribution dans notre formation à la méthode qualitative.

A l'équipe du Zinc, pour votre accueil, et en particulier à Julia Monge, pour l'attention que tu as portée à notre travail, tes conseils, ta spontanéité, et ta fraîcheur. Merci infiniment !

Aux miens

A ma famille, et en particulier à mes parents, pour votre présence et votre soutien tout au long de ces années... Les mots seront insuffisants, vous ne savez pas à quel point votre amour et vos encouragements ont compté pour moi. J'ai beaucoup de chance. Merci à Jérôme pour ton éclairage sur les secrets de l'informatique, et à Amandine, ma sœur adorée.

Une douce pensée pour mes grands-parents, qui êtes partis trop tôt ou qui n'avez pu être là aujourd'hui.

A ma belle-famille, pour l'accueil chaleureux que vous m'avez réservé, votre sympathie et votre générosité de tous les instants.

A mes amis, sans qui la vie ne serait pas aussi belle. Merci aux copains Francs-Comtois, aux belles rencontres du sud et aux exilés, aux compagnons de voyage et de soirées. Amis depuis l'enfance ou durant ces années d'études et de vie - parce qu'il n'y a pas que la médecine non plus - cette thèse est un peu chacun de vous!

Spéciale dédicace à ceux qui m'ont porté et supporté ces derniers mois : aux fous-rires d'Anabel en Lozère, aux cookies de Blaise, aux randos-vélos de Céline, aux conjonctivites de Clémentine, aux chorégraphies aquatiques de Cuhe, au rire discret de Laura (et au dinosaure qui se cache en elle), aux gaudrioles de Lolo, à la (future) maison cévenole de Loulou, aux tutos jersey de Marina, aux muscles de Marius (« ça c'est Fasa ! »), aux pulls de Popoche et aux couleurs de Sarah.

Merci pour ces moments inoubliables et ceux à venir !

Et enfin à toi Max, pour ta présence à mes côtés, malgré notre déco en piles de livres et nos soirées « chacun cherche son chat ». Merci d'avoir choisi l'aventure, merci de ne pas avoir oublié mes « codes ECN ». Merci pour tes « Bounce » et tes « Texas-Tommy », pour me faire rire quand la situation ne s'y prête pas, pour ton soutien (jusqu'à être ma banque personnelle de cas cliniques...) et pour ta patience. Pour cette vie que nous partageons et que j'adore.

« Dans l'ivresse du haschisch, rien de semblable. Nous ne sortirons pas du rêve naturel, L'ivresse, dans toute sa durée, ne sera, il est vrai, qu'un immense rêve, grâce à l'intensité des couleurs et à la rapidité des conceptions ; mais elle gardera toujours la tonalité particulière de l'individu. L'homme a voulu rêver, le rêve gouvernera l'homme ; mais ce rêve sera bien le fils de son père.

L'oisif s'est ingénié pour introduire artificiellement le surnaturel dans sa vie et dans sa pensée ; mais il n'est, après tout et malgré l'énergie accidentelle de ses sensations, que le même homme augmenté, le même nombre élevé à une très haute puissance. Il est subjugué ; mais, pour son malheur, il ne l'est que par lui-même, c'est-à-dire par la partie déjà dominante de lui-même ; il a voulu faire l'ange, il est devenu une bête, momentanément très puissante, si toutefois on peut appeler puissance une sensibilité excessive, sans gouvernement pour la modérer ou l'exploiter »

Baudelaire, Les Paradis artificiels

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	17
I. INTRODUCTION	18
1. Le cannabis chez les jeunes : un problème de santé publique	19
A. Evolution des consommations et des produits.....	19
B. L'adolescence, une période propice aux usages.....	20
C. Les principaux dommages du cannabis chez les jeunes	21
D. Consommation problématique et dépendance.....	23
2. La prise en charge des jeunes consommateurs : un enjeu majeur pour le médecin généraliste	24
A. Une priorité des pouvoirs publics.....	24
B. Les moyens d'interventions possibles	25
C. Le médecin généraliste : un rôle central à jouer	26
D. Le cadre de l'étude : des freins à l'abord du sujet en consultation.....	27
II. MATERIEL ET METHODE	28
1. Les objectifs de l'étude	28
2. Le type d'étude : choix de la méthode qualitative	28
3. Le protocole de l'étude	28
A. L'équipe de recherche.....	28
B. La population recrutée.....	29
C. Ethique	30
D. Le recueil des données : entretiens semi-dirigés individuels	30
4. L'analyse thématique	31
III. RESULTATS	33
1. Caractéristiques des entretiens et de la population	33
A. Caractéristiques des entretiens	33
B. Caractéristiques de la population	33

2. Exploration des consommations des participants, et de leur relation avec les médecins généralistes.....	35
A. La consommation de cannabis des jeunes participants	35
A.1 Les effets recherchés	36
A.2 Les contextes de consommation	39
A.3 Les impacts de la consommation de cannabis.....	43
B. Les jeunes participants et leurs médecins généralistes.....	49
B.1 La relation entre les jeunes participants et leurs médecins généralistes	49
B.2 La place du médecin dans la problématique du cannabis	54
3. Les déterminants qui aident les participants à parler de cannabis avec leurs médecins.....	57
A. Les contextes et raisons qui les amèneraient à consulter	58
B. Les attentes d'une consultation pour leur consommation	59
C. Comment discuter ?	64
C.1 Ce qui aide à aborder le sujet en consultation	64
C.2 Les freins à l'abord du sujet en consultation	68
D. Le médecin idéal	74
D.1 Des compétences médicales.....	74
D.2 Des compétences non médicales.....	74
D.3 Genre et âge du médecin.....	77
IV. DISCUSSION	79
1. La consommation de cannabis chez les jeunes	79
A. Les effets recherchés	79
B. Les contextes et l'évolution des usages.....	80
C. Les conséquences des consommations et troubles de l'usage	82
2. La place du médecin généraliste dans la santé des jeunes	83
A. La relation jeune patient – médecin généraliste	83
B. Le médecin : une place à gagner.....	84
3. A quel moment un jeune consulte-t-il pour sa consommation ?	85
4. Les attentes en consultation	87
A. Etre écouté, être rassuré	87
B. Être compris	88

C.	Un avis médical : information et évaluation.....	89
D.	Une orientation.....	91
E.	Un soutien, être encouragé.....	92
F.	Une médiation avec les parents.....	93
5.	Comment discuter ?.....	93
A.	Le rappel de confidentialité.....	93
B.	Recevoir l'adolescent non accompagné.....	94
C.	Aborder le sujet et élargir le motif de consultation.....	95
D.	L'absence de jugement.....	96
E.	Être à la bonne distance, établir une relation de complémentarité.....	97
F.	L'empathie, la bienveillance et l'attention.....	98
G.	La compétence : le savoir et le savoir-faire.....	99
H.	Accorder du temps, s'impliquer.....	101
I.	Une relation privilégiée : dans la proximité et la durée.....	102
J.	Un lieu accueillant.....	103
K.	Les caractéristiques personnelles du médecin.....	104
6.	Forces et limites de notre travail.....	105
A.	Les points forts de l'étude.....	105
B.	Discussion des biais.....	105
V.	CONCLUSION.....	107
	BIBLIOGRAPHIE.....	110
	ANNEXES.....	120
	SERMENT D'HIPPOCRATE.....	130
	PERMIS D'IMPRIMER.....	131

LISTE DES ABREVIATIONS

AMT	Accueil-Marginalité-Toxicomanie
ANPAA	Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie
CAST	<i>Cannabis Abuse Screening Test</i>
CeGGIDD	Centre Gratuit d'Information, de Dépistage et Diagnostic des infections par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH), les hépatites virales et les infections sexuellement transmissibles (IST)
CIM 10	Dixième révision de la Classification Internationale des Maladies
CJC	Consultations Jeunes Consommateurs
CSAPA	Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie
DSM IV et V	Quatrième et Cinquième éditions du Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux (<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>)
ECN	Epreuves Classantes Nationales
ESCAPAD	Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation à la Défense : enquête française, menée sur les jeunes de 17 ans
ESPAD	<i>European School Project on Alcohol and other Drugs</i> : enquête européenne, menée sur les 11-17 ans
HBSC	<i>Health Behaviour in School-aged Children</i> : enquête européenne menée de la 6ème à la 2 ^{nde}
IB	Intervention Brève
INPES	Institut National de Prévention et d'Education pour la Santé
INSERM	Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale
MDA	Maison des Adolescents
MILDECA	Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et les Conduites Addictives, qui vient remplacer la MILDT en 2014
MILDT	Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie
OFDT	Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies
RDR	Réduction des Risques
RPIB	Repérage Précoce et Intervention Brève
THC	Δ -9-tétrahydrocannabinol
TLUC	Trouble Lié à l'Usage de Cannabis

I. INTRODUCTION



Figure 1 : Pourquoi s'intéresser aux jeunes consommateurs de cannabis et à leurs médecins généralistes ?

1. Le cannabis chez les jeunes : un problème de santé publique

A. Evolution des consommations et des produits

Le cannabis est le premier produit psychoactif illicite consommé par les adolescents et jeunes adultes en France (1). Si l'enquête ESCAPAD 2017¹ révèle un recul généralisé des usages de cannabis, d'alcool et de tabac depuis 2014 (*annexe 1*), le nombre de consommateurs réguliers² de cannabis demeure néanmoins supérieur à celui de 2011, concernant 7,2% des jeunes de 17 ans. L'âge moyen des premières expérimentations de cannabis en 2017 est de 15,3 ans, comme en 2000 (2). Les enquêtes des années précédentes précisait que la France figurait parmi les trois pays européens où l'expérimentation de cannabis était la plus précoce (3)(4). De plus, la France enregistre la prévalence d'usagers dans le mois² la plus élevée, concernant 17 % des adolescents, pour une moyenne européenne de 7 % (4) (*annexe 2*). Enfin, la part des usagers problématiques² de cannabis est en hausse en 2017 : parmi les usagers dans l'année² de cannabis âgés de 17 ans, un jeune consommateur sur quatre présenterait un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance. Rapporté à l'ensemble des adolescents de 17 ans, cela concerne 7,4 % d'entre eux, soient environ 60 000 jeunes (2). Cette augmentation met en évidence que, si les expérimentations semblent orientées à la baisse depuis 2014, il existe une proportion importante d'usagers installés dans une consommation problématique.

Ces consommations s'inscrivent dans un contexte d'accroissement de la disponibilité de l'herbe et de la résine en France, qui sont les principaux produits consommés (5). Ils sont extraits, à l'instar de l'huile, de la plante millénaire himalayenne Cannabis Sativa, et obtenus par différentes transformations à partir de ses sommités fleuries (feuilles, graines, fleurs supérieures séchées) (6). Parmi plus de 60 cannabinoïdes présents dans la plante, la principale substance

¹ ESCAPAD 2017 : Enquête sur la Santé et les Consommations réalisée lors de la journée de Défense et Citoyenneté, résultats de 2014-2017, parus en février 2018.

² D'après les définitions de l'OFDT :

Expérimentation	Au moins un usage au cours de la vie
Usage dans l'année ou Usage actuel	Au moins un usage au cours de l'année précédant l'enquête
Usage dans le mois	Au moins un usage au cours du mois précédent
Usage régulier	Au moins dix usages au cours du mois précédent
Usage quotidien	Au moins un usage par jour au cours du mois précédent

psychoactive est le Delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), composé lipophile qui traverse la barrière hémato-encéphalique et se fixe sur les récepteurs cannabinoïdes de type 1 et 2 (CB1 et CB2). L'activation des récepteurs CB1, localisés essentiellement au niveau du cortex, du cervelet, des ganglions de la base et de l'hippocampe, serait à l'origine des effets psychotropes, le plus rapide étant « l'ivresse cannabique », sensation de plaisir et de soulagement (7). Les teneurs moyennes en THC des substances consommées ont fortement augmenté depuis le début des années 2000 (5). Ainsi, on retrouve sur le marché de plus en plus de résines et d'herbes fortement dosées, malgré une politique de répression française des plus strictes en Europe, qui définit l'usage de cannabis comme une infraction pénale (8). Malgré une augmentation de leur prix médian, la disponibilité de ces substances est de loin la plus élevée de tous les produits illicites, notamment en Languedoc-Roussillon³, qui est l'une des régions les plus consommatrices de cannabis en France (9)(10). En parallèle, on voit émerger de nouvelles substances aux effets analogues voire plus puissants que l'herbe, les cannabinoïdes de synthèse, également très accessibles par le biais d'internet (6). L'offre omniprésente du cannabis tend à banaliser sa consommation aux yeux des jeunes (5).

B. L'adolescence, une période propice aux usages

Les initiations se déroulent principalement à l'adolescence, lors des dernières années de collège et du passage au lycée (11). 11 % des élèves de 4^{ème} ont expérimenté le cannabis, ils sont 24 % en 3^{ème}, et 44 % au lycée (3)(4). Le premier joint se situe en fin de séquence « premier verre d'alcool, première cigarette, première ivresse », entre 13 et 15 ans. Moins de 12 % des adolescents de 17 ans n'ont expérimenté aucun de ces 3 produits en 2017 (2). Cette vulnérabilité est sous tendue par des points de fragilité qui sont propres au processus de l'adolescence : problématique identificatoire, importance de l'agir, régression pulsionnelle, et travail conflictuel de séparation. En cherchant à la fois l'émancipation vis-à-vis de ses parents et l'intégration dans un nouveau groupe de pairs, le jeune est confronté à la séparation et au sentiment de sa vulnérabilité interne, et part à la conquête de son autonomie et de ses limites, sur les plans corporel (alimentation, habillement, performances physiques), intellectuel et social (12)(13). Il

³ Selon l'ancien découpage des régions françaises, le Languedoc-Roussillon figurait au deuxième rang national en 2014 après la Franche Comté.

s'agit d'une période cruciale de transformations corporelles et psychiques, supposant chez l'adolescent une capacité à s'appuyer sur ses ressources internes (capacités cognitives, gestion des émotions et des frustrations), et externes (liens avec ses proches et les institutions). L'affaiblissement des liens mène parfois l'individu à se tourner vers une dépendance active à l'égard de toxiques, comme objets de substitution, pour préserver son sentiment de maîtrise et d'autonomie (14). De plus, la perte du système d'idéalisation infantile et le flottement identitaire caractérisant cette période peuvent avoir un effet dépressogène (15)(16). L'adolescence constitue donc une phase de curiosité, mais aussi de prises de risques, propice aux conduites addictives (17).

Par la suite, les usages progressent largement au fil des années de lycée. La majorité des usagers actuels figure parmi les 18-25 ans, concernant 28% d'entre eux (18). Les garçons sont plus consommateurs que les filles, mais les données récentes montrent une tendance à la féminisation des usagers de moins de 25 ans (2). Becker décrivait dans les années 60 « la carrière du fumeur de marijuana », passant par l'apprentissage de la technique et de ses effets, étapes essentielles à l'installation d'une consommation, dans lesquels les pairs jouent un rôle important (19). Les motivations d'usages s'enracinent dans une série d'effets du produit, dépendant du contexte et de la disposition d'esprit au moment de la prise. Marcelli propose de distinguer trois types de consommations : la consommation festive ou récréative (consommation plaisir, en groupe, avec recherche de l'effet euphorisant et de sensations intenses) ; la consommation auto-thérapeutique (souvent solitaire, plus régulière, pour apaiser une souffrance) ; et la consommation toxicomaniaque (quasi-quotidienne, avec recherche de l'effet « anesthésie-défonce ») (15). Une grande partie des jeunes usagers va ensuite réduire ses consommations au moment de l'entrée dans la vie adulte (18). Néanmoins pour certains, cette consommation évoluera vers un usage régulier, voire une dépendance, dont les dommages sanitaires et sociaux sont majeurs.

C. Les principaux dommages du cannabis chez les jeunes

Les conséquences néfastes du cannabis sont représentées au premier plan par les troubles cognitifs et psychiatriques, les conséquences socio-professionnelles ou scolaires, et le risque d'installation d'une dépendance. Ces conséquences sont d'autant plus importantes que la

consommation a été débutée jeune (20). En effet, le cerveau d'un adolescent est particulièrement vulnérable aux substances psychoactives car sa maturation, notamment celle du cortex préfrontal, se poursuit jusqu'aux environs de 25 ans, pour aboutir à un renforcement des connexions neuronales essentielles (21). Une consommation de cannabis durant cette période va perturber ce processus, pouvant entraîner des changements neuro-psychologiques durables.

Tout d'abord, le cannabis occasionne des troubles mnésiques, de l'attention et de la coordination. Ils apparaissent dans les heures qui suivent l'usage, mais peuvent persister après le sevrage, avec parfois l'installation d'un syndrome « amotivationnel », caractérisé par une pauvreté idéative et une indifférence affective (22). De plus, il est démontré que débiter une consommation avant 18 ans peut entraîner une diminution du quotient intellectuel, proportionnellement à la précocité de l'initiation (22). Au niveau psychiatrique, une intoxication aiguë peut engendrer des symptômes psychotiques, comme des délires paranoïdes ou des syndromes de dépersonnalisation (angoisse avec déréalisation, étrangeté, insomnie...). Une psychose cannabique peut durer jusqu'à plusieurs semaines, et il arrive qu'elle corresponde à des symptômes inauguraux de pathologie chronique (23). Les études s'accordent sur l'implication du cannabis dans le développement et/ou l'aggravation d'une schizophrénie, en association avec d'autres facteurs (24)(25). Plusieurs hypothèses explicatives sont données, notamment l'existence de vulnérabilités communes, le fait que le cannabis démasque la maladie psychiatrique, ou qu'il soit une tentative d'automédication. Bien souvent, les difficultés observées dans ces pathologies duelles s'aggravent mutuellement. Enfin, une consommation chronique de cannabis peut être à l'origine de troubles anxieux et dépressifs (26). Tous ces troubles, induits à court et long terme, peuvent avoir un retentissement socio-professionnel ou scolaire majeur (moins bons résultats scolaires, revenus moins élevés, taux de chômage et recours aux systèmes d'aide sociale plus importants) (1). Ainsi, les consommations régulières de cannabis ont un impact sur l'avenir du consommateur, ses relations interpersonnelles, et plus globalement, sur sa qualité de vie.

Si le cannabis ne tue pas par overdose, il expose néanmoins ses jeunes usagers à une surmortalité par les accidents de la route et le suicide (1). Conduire après avoir consommé du cannabis double le risque de provoquer un accident de la voie publique entraînant des blessures

graves ou un décès. Ce risque est encore nettement accru en cas de consommation d'alcool associée (27). Le risque de suicide, qui représente la deuxième cause de mortalité en France chez les 15-24 ans, est également majoré par l'usage de cannabis, de manière dose-dépendante. Son origine est toutefois multifactorielle, avec un impact majeur de la santé mentale (22)(28). Le cannabis génère également d'autres conduites à risque telles que l'augmentation des rapports sexuels non protégés après les consommations (29). Enfin, si fumer du cannabis a les conséquences à long terme du tabagisme (bronchopathies, pharyngites, pathologies cardiovasculaires ou cancers), les deux substances présenteraient un effet synergique (22). En effet, les études suggèrent que le cannabis entrainerait à lui seul un risque de cancer des voies respiratoires nettement supérieur à celui de la cigarette, et que ce risque se multiplierait en cas d'usage des deux substances (30). De plus, les dommages d'un joint sur l'épithélium bronchique sont cinq à six fois plus importants que ceux d'une cigarette. L'absence de filtre, l'inhalation plus longue et plus profonde peuvent expliquer le dépôt supérieur des particules insolubles (30).

La sévérité des dommages engendrés par le cannabis, dont nous n'avons présenté ici que les principaux, dépend du niveau de consommation, d'une variabilité individuelle et de l'âge d'exposition (23). Si l'usage de substances psychoactives s'inscrit dans un premier temps dans une recherche de limites et de nouvelles expériences, la répétition et l'escalade des consommations soulèvent la problématique majeure d'installation de conduites addictives.

D. Consommation problématique et dépendance

Consommer jeune représente un risque important d'entrée dans des usages réguliers, délétères, voire de développer une dépendance (11). En effet, les études s'accordent pour définir la précocité de consommation comme un des facteurs de risque de dépendance les plus puissants (20). La dépendance au cannabis a fait l'objet de discussions dans le passé, elle est aujourd'hui reconnue et sa définition est actualisée au même titre que les autres substances dans la CIM-10⁴ ou le DSM-V⁵ (*annexe 3*). Outre la description des symptômes de sevrage, la notion de *craving*, le besoin irrésistible de consommer, est une notion majeure des « troubles liés à

⁴ CIM-10 : Dixième révision de la Classification Internationale des Maladies.

⁵ DSM-V : Cinquième édition du Manuel Diagnostique et Statistique des Troubles Mentaux.

l'utilisation d'une substance » introduite dans le DSM-V (31). La dépendance est un mode de consommation inadapté, qui centre la vie du sujet, et le pousse à poursuivre sa consommation malgré les conséquences négatives qu'il subit. Plus que du produit, c'est d'une expérience que certains sujets deviennent dépendants (32).

Fort heureusement, la consommation de produit n'est pas un chemin rectiligne conduisant à la toxicomanie. Il faut souligner la pluralité des facteurs étio-pathogéniques dans l'émergence comme l'entretien d'une conduite addictive, et leur étroite interdépendance (14). La formule de Claude Olievenstein, selon laquelle la toxicomanie est « la rencontre d'un produit, d'une personnalité et d'un moment socio-culturel », illustre cette idée et sous-entend les effets d'addition de facteurs et fragilités multiples. Outre des caractéristiques liées au produit, le passage d'un usage nocif à une dépendance relève de facteurs de vulnérabilité individuels (neurobiologiques, psychiques) et environnementaux (familiaux, sociaux, culturels) (11). De la prise en compte de ces contextes de vulnérabilité va dépendre la qualité des actions préventives et thérapeutiques, qui doivent être précoces et adaptées.

2. La prise en charge des jeunes consommateurs : un enjeu majeur pour le médecin généraliste

A. Une priorité des pouvoirs publiques

La lutte contre les conduites addictives chez les jeunes constitue une priorité des politiques de santé en France. Elle se situe en tête des orientations de la Stratégie Nationale de Santé 2018-2022 du gouvernement, fondée sur l'analyse dressée par le Haut Conseil de la santé publique (33). Elle est également portée par la MILDECA⁶ depuis 2013, qui a sollicité un groupe d'experts de l'INSERM⁷ pour élaborer des recommandations⁷ spécifiques aux jeunes consommateurs (1) (34). Ce groupe d'experts préconise de sensibiliser les différents acteurs à la vulnérabilité de l'adolescent, aux dangers associés à une initiation précoce, et met l'accent sur la prévention des usages et l'amélioration des interventions précoces (1). Il recommande également de renforcer les actions de première ligne telles que les « Consultations Jeunes Consommateurs » (CJC). Ces

⁶ MILDECA : Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.

⁷ INSERM : Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale.

structures de consultations anonymes et gratuites, présentes actuellement sur tout le territoire français, proposent un accompagnement aux jeunes consommateurs de substances psychoactives depuis 2004, ainsi qu'un accueil et un soutien aux familles (35)(36). Elles interviennent dans la prise en charge des jeunes consommateurs aux côtés des consultations hospitalières pédopsychiatriques, des consultations hospitalières d'addictologie, et des CSAPA⁸ (35).

B. Les moyens d'interventions possibles

Il s'agit d'envisager un continuum d'actions, allant de la promotion d'un environnement favorable pour le jeune, à la prise en charge d'une consommation problématique, en passant par le repérage précoce. La Haute Autorité de Santé propose de questionner les patients sur une éventuelle consommation de cannabis au moins une fois par an (37). Plusieurs outils de repérage spécifiques au cannabis sont recommandés, comme les questionnaires DEP-ADO et CAST (*annexe 4*), qui donnent une évaluation rapide de la consommation sur les douze derniers mois. Ils sont validés pour les adolescents et jeunes adultes, et sont facilement applicables en consultation de médecine générale (38). Un trouble lié à l'usage de cannabis (TLUC) peut ainsi être détecté facilement par le médecin généraliste, dont il évaluera l'intensité avec les critères du DSM V, pour proposer une prise en charge adaptée au niveau de sévérité (39). Le choix des outils thérapeutiques va dépendre du patient et de son stade de motivation au changement, développé par Prochaska et DiClemente (*annexe 5*). Ces actions peuvent s'inscrire dans une stratégie de réduction des risques⁹, visant à réduire les dommages d'un usage sans rechercher l'abstinence. Il n'existe pas actuellement, pour les sujets dépendants au cannabis, de traitements médicamenteux spécifiques du sevrage, de l'appétence ou de traitement de substitution (40).

La prise en charge repose sur les approches psychothérapeutiques, qui ont largement démontré leur efficacité, en particulier les entretiens motivationnels, les thérapies cognitivo-comportementales (TCC), les thérapies familiales de type multidimensionnel, et la prise en charge des comorbidités psychiatriques (1)(41)(42). L'intervention brève est une technique

⁸ CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

⁹ La réduction des risques, développée à la fin des années 80, représente l'ensemble des stratégies visant à limiter les risques et les dommages sanitaires ou sociaux liés à un domaine spécifique.

d'entretien motivationnel développée dans les années 1980, limitée dans le temps et centrée sur le patient, visant un changement de comportement (43). Elle est fondée sur six critères de bonnes pratiques regroupés sous l'acronyme FRAMES (*annexe 6*) (44). Elle est applicable et bien acceptée par les adolescents et jeunes adultes consommateurs en soins primaires, et a fait preuve de son efficacité dans la réduction de l'usage problématique de cannabis (45)(46). De plus, c'est une pratique aisée à acquérir et faisable en médecine générale (47). Le groupe d'experts recommande à minima de former les médecins généralistes au repérage précoce couplé à l'intervention brève (RPIB) (1). Depuis 2014, ces outils d'aide au RPIB sont mis à disposition par la Haute Autorité de Santé, qui encourage leur utilisation (37).

C. Le médecin généraliste : un rôle central à jouer

En première ligne dans la santé adolescente, le médecin généraliste a une place centrale dans la prévention, le repérage, et la prise en charge précoce des usages problématiques de cannabis. Il est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents et jeunes adultes (48). En effet, près de 80% des 15-30 ans le consultent au moins une fois par an. Il est également l'interlocuteur le plus fréquemment cité dans la prise en charge des problèmes de santé mentale des jeunes patients, devant le psychologue et le psychiatre (48). De plus, le médecin généraliste, qui a « la meilleure connaissance de l'individu, de son environnement et de son entourage¹⁰ », dispose d'une vision globale de ses patients, lui permettant d'intervenir auprès d'eux, aux moments opportuns de leurs parcours de vie ou de soins (49). Il est à même de suivre les trajectoires de vie et de consommations des jeunes, pour dépister les usages et les facteurs de risque pouvant mener à des conduites addictives. Avec le développement du modèle bio-psychosocial, et l'enseignement d'une approche centrée sur le patient dans leur formation, les médecins généralistes disposent de compétences relationnelles et techniques variées, et sont placés au centre des missions d'éducation en santé, de dépistage et de suivi des patients, comme l'illustre la marguerite des compétences (*annexe 7*).

Néanmoins, en dehors des problèmes de santé physiques, les adolescents confient peu leurs problèmes intimes et relationnels, et n'abordent pas spontanément leurs comportements

¹⁰ Extrait du Plan Cancer 2009-2013.

à risques et usages de drogues avec leurs médecins (50). En parallèle, si la majorité des médecins trouve que la consultation de médecine générale est un moment approprié pour discuter de la consommation de cannabis, seuls 8% d'entre eux déclarent interroger au moins une fois leurs patients sur leurs consommations, et ils sont même un quart à ne jamais l'aborder, ou alors seulement à la demande du patient (51)(52). Or on sait aujourd'hui que la prise en charge des usagers de cannabis dépend directement de la capacité du médecin à aborder le sujet de sa propre initiative (52).

D. Le cadre de l'étude : des freins à l'abord du sujet en consultation

Plusieurs travaux s'intéressent aux difficultés observées par le médecin généraliste pour discuter de cannabis avec les jeunes patients. On citera par exemple l'étude qualitative française menée par P.Vorilhon, V.Picard et C.Laporte, dans laquelle les médecins interrogés décrivaient un manque de connaissances sur le cannabis, un manque de formation au suivi des jeunes consommateurs, ou encore un manque de temps (53). Le point de vue des jeunes a été peu étudié. Dans une recherche menée en France par questionnaires auprès d'un large public adolescent, il ressortait que les qualités attendues d'un médecin généraliste pour se confier étaient la confidentialité, l'absence de jugement, la capacité à poser la bonne question, ainsi que la disponibilité (54). Selon le travail de thèse de K.Bahadoor (2009), qui s'intéressait aux freins et aux facteurs facilitant le dialogue entre adolescents consommateurs de cannabis et médecin généraliste, les jeunes étaient réticents à se confier à leurs médecins à cause de l'illégalité du produit et des difficultés à parler de soi, propres à la période adolescente, mais attendaient du médecin qu'il les interroge sur leurs consommations (55). Une autre étude proche a été publiée plus récemment, traitant de la place du médecin généraliste dans la prise en charge du cannabis, auprès d'un public adolescent issu des Consultations Jeunes Consommateurs (50). Notre étude s'inscrit dans la continuité de ces travaux. Nous avons souhaité interroger directement des jeunes consommateurs de cannabis, d'âges et de milieux variés, pour étudier les déterminants qui les aideraient à discuter de leurs consommations avec un médecin généraliste, et approfondir leurs attentes.

II. MATERIEL ET METHODE

1. Les objectifs de l'étude

L'objectif principal de notre étude est la compréhension des déterminants qui aident les jeunes à discuter de leurs consommations de cannabis avec un médecin généraliste. Les objectifs secondaires sont de mettre en évidence les attentes du jeune consommateur envers le médecin consulté, puis plus largement, d'émettre des hypothèses pour améliorer sa prise en charge.

2. Le type d'étude : choix de la méthode qualitative

Notre étude vise la compréhension et l'interprétation des pratiques et des expériences des jeunes consommateurs. Nous étions amenées à étudier leurs vécus, leurs ressentis, leurs difficultés et leurs attentes, à travers leurs parcours de vie et leurs représentations. Plutôt que de transformer les données en variables quantitatives, le but de notre travail est d'en extraire le sens : l'analyse qualitative, par son approche compréhensive, qui permet de « s'ouvrir à l'autre et à son monde », nous a donc paru être la plus appropriée (56)(57). Si cette méthode est parfois perçue comme secondaire ou fragile, elle est en fait complémentaire des méthodes quantitatives, car elle conçoit différemment son objet et poursuit des visées bien différentes (57). Elle permet une compréhension plus globale et intégrative de la complexité de l'expérience humaine, et dépasse le clivage disciplinaire (58).

3. Le protocole de l'étude

A. L'équipe de recherche

Cette étude a été réalisée par deux chercheuses, Julie GROROD et Caroline LAVIEZ, réunies par l'intérêt commun que nous portions à ce sujet. Après avoir débuté le même travail de recherche au sein de l'université de Montpellier, le Département de Médecine Générale nous a donné l'opportunité de travailler ensemble à l'élaboration du protocole de l'étude et à sa réalisation.

B. La population recrutée

Nous avons ciblé des jeunes consommateurs de cannabis entre 15 et 25 ans vivant dans le département de l'Hérault.

Les critères d'inclusion étaient :

- Avoir entre 15 et 25 ans
- Être ou avoir été consommateur régulier de cannabis (plus de dix joints par mois)
- Être volontaire pour participer à l'étude (consentement signé)
- Habiter en Hérault

Les critères d'exclusion étaient :

- Consommation de cannabis inférieure à dix joints par mois (actuelle ou passée)
- Absence de consentement
- Non-respect de la tranche d'âge

Nous avons retenu cette tranche d'âge, car elle nous semblait être pertinente pour répondre à notre problématique. L'âge minimal retenu est l'âge moyen de début des consommations de cannabis en France. L'âge maximal de 25 ans correspond à la fin de la maturation cérébrale, et tient compte de l'allongement du temps des études, et du recul de l'âge de la décohabitation du foyer parental.

La sélection des participants a été la plus hétérogène possible, de façon à diversifier les caractéristiques sociodémographiques et les types de prises en charge éventuelles de la consommation de cannabis. Les jeunes ont été recrutés en Consultations Jeunes Consommateurs (CJC), au CeGIDD¹¹ de Montpellier, en cabinets de médecine générale, et par connaissances interposées. En CJC, les entretiens ont eu lieu dans trois structures : au Zinc, antenne formation et prévention du CSAPA¹² « AMT¹³ Arc en Ciel » de Montpellier, à la Maison des Adolescents (MDA) de Montpellier, à la MDA de Clermont-l'Hérault, toutes deux rattachées au CSAPA «

¹¹ CeGIDD : Centre de Dépistage du VIH/SIDA, des IST et hépatites virales.

¹² CSAPA : Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie.

¹³ AMT : Accueil-Marginalité-Toxicomanie

ANPAA¹⁴ 34 ». Le sujet de l'étude et la proposition d'y participer étaient expliqués aux individus répondant aux critères d'inclusion lors d'une première entrevue, puis un rendez-vous était pris sur la base du volontariat pour réaliser l'entretien dans un second temps. Les entretiens ont été conduits principalement au sein des structures citées, dans une salle laissée à disposition par l'UPM¹⁵, ou au domicile des enquêtrices. L'ensemble des personnes interrogées a accepté de réaliser l'entretien.

C. Ethique

Avant chaque entretien, nous avons donné des explications claires sur le sujet et la portée de l'étude, le déroulement des entretiens, l'exploitation des données, et sur les critères d'anonymisation et de confidentialité. Après avoir reçu ces informations, les participants ont rempli et signé une feuille de consentement.

Nous n'avons pas fait appel à une Commission de Protection des Personnes (CPP), l'objet de notre travail ne justifiant pas cette démarche, d'après la loi Jardé (59). En effet, cette loi précise que la validation en CPP concerne certaines catégories de recherches interventionnelles et non-interventionnelles, rappelées en bas de page¹⁶. Or, notre étude était observationnelle, et les jeunes étaient simplement invités à imaginer des facteurs facilitant la discussion avec un médecin, au sein d'un entretien, sans lien avec une prise en charge.

D. Le recueil des données : entretiens semi-dirigés individuels

Nous avons choisi de réaliser des entretiens semi-dirigés individuels, méthode qui nous a paru la plus appropriée pour notre problématique, et pour la population recrutée. En effet, au-delà d'un simple questionnement sur une substance et des relations de soins, la consommation

¹⁴ ANPAA 34 : Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie.

¹⁵ UPM : Unité Pédagogique Médicale

¹⁶ Recherches concernées par la loi Jardé :

- 1) Les recherches interventionnelles qui comportent une intervention sur la personne non justifiée par sa prise en charge habituelle ;
- 2) Les recherches interventionnelles qui ne comportent que des risques et des contraintes minimales ;
- 3) Les recherches non interventionnelles prospectives dans lesquelles tous les actes sont pratiqués et les produits sont utilisés de manière habituelle (observations sur l'observance des traitements, la tolérance d'un médicament, ou les pratiques d'un centre de soins comparé à un autre).

régulière de cannabis peut s'inscrire dans des problématiques personnelles voire intimes, d'expression parfois douloureuse. Elle peut être culpabilisante pour ses usagers, surtout chez des jeunes en construction d'identité. Le cadre intimiste des entretiens, en tête à tête, nous a donc semblé favorable pour mettre en confiance les personnes recrutées, et leur permettre de s'exprimer sans crainte d'un jugement. Nous avons également travaillé notre attitude prédisposante et avons tenté d'adopter une posture neutre et empathique. A l'inverse, le recueil par focus groupes nous a paru moins adapté car il pouvait induire une réticence personnelle à s'exprimer, et soulever le problème de leader d'opinion, et ce d'autant plus dans notre population, où l'influence des pairs est majeure.

Les questions quantitatives étaient traitées au préalable par écrit (*modèle : annexe 8*). Selon les entretiens, nous avons adopté deux types de brise-glace, en reprenant oralement ces questions, ou en proposant aux jeunes de se présenter librement, pour introduire l'entretien. Puis les échanges étaient libres, à partir de questions ouvertes regroupées dans un guide d'entretien. Il a été élaboré après un vaste travail de revue de la littérature, et enrichi au fur et à mesure des rencontres avec les jeunes participants, grâce à l'expérience conjointe des deux chercheuses, jusqu'à parvenir à une application plus intuitive et des questions plus pertinentes (*annexe 9*).

Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits mot à mot, en annotant les expressions langagières. Ils ont ensuite été anonymisés. La collecte des données a pris fin lorsque les entretiens n'apportaient plus de nouvelles données répondant à la question de recherche, pour chaque chercheuse, selon la méthode de saturation des données (60). Les *verbatim* sont présentés en annexe, sous forme de CD. Ils sont numérotés de C1 à C10 et J1 à J10.

4. L'analyse thématique

Nous avons réalisé une analyse thématique des données. Après une première lecture flottante de type intuitive, les entretiens ont été relus et analysés par chacune des deux chercheuses. Nous avons effectué une thématisation en continu, c'est à dire un relevé ininterrompu des thèmes en lien avec l'objectif de recherche, au fur et à mesure de la lecture des *verbatim*, permettant une grande richesse des résultats. Nous avons tenté d'utiliser une faible inférence, qui consiste à faire émerger des thèmes aux plus proches des mots employés

par les participants, pour rester dans une analyse purement descriptive. Nous avons ensuite organisé cet inventaire, en regroupant ou divisant certains thèmes, en les hiérarchisant, en faisant ressortir des axes thématiques, pour aboutir progressivement à un arbre thématique¹⁷ (60).

Nous avons effectué une triangulation des données, avec un des directeurs de thèse, puis entre les deux chercheuses. Cette dernière étape a constitué un long travail de mise en commun des données, d'identification d'ensembles thématiques saillants, de réorganisation, et nous a permis de créer notre arbre thématique final.

¹⁷ Arbre thématique : schéma dans lequel les grandes tendances du phénomène à l'étude vont se matérialiser.

III. RESULTATS

1. Caractéristiques des entretiens et de la population

A. Caractéristiques des entretiens

Chacune des deux chercheuses a réalisé 10 entretiens entre juin 2017 et janvier 2018, soient 20 entretiens au total ayant permis la saturation des données. La durée des entretiens a été très variable selon les jeunes interviewés et selon l'enquêtrice, allant de 7 minutes pour le plus court (J8), à 46 minutes pour le plus long (C10). La durée moyenne des entretiens est de 21 minutes.

B. Caractéristiques de la population

L'échantillon final est composé de 20 personnes, 12 femmes et 8 hommes. L'âge moyen des participants était de 19,9 ans, le plus jeune avait 15 ans et le plus âgé, 25 ans. Leurs environnements socio-professionnels étaient très variés, l'ensemble de ces données est répertorié dans deux tableaux se trouvant en annexes (*annexes 10 et 11*).

En termes de consommation de cannabis, l'âge moyen du premier joint était d'environ 14 ans parmi les participants, allant de 8 ans à 20 ans. Les figures 2 et 3 représentent les niveaux d'usage de cannabis¹⁸ des participants ; d'une part au moment de l'entretien, d'autre part au moment de leur pic de

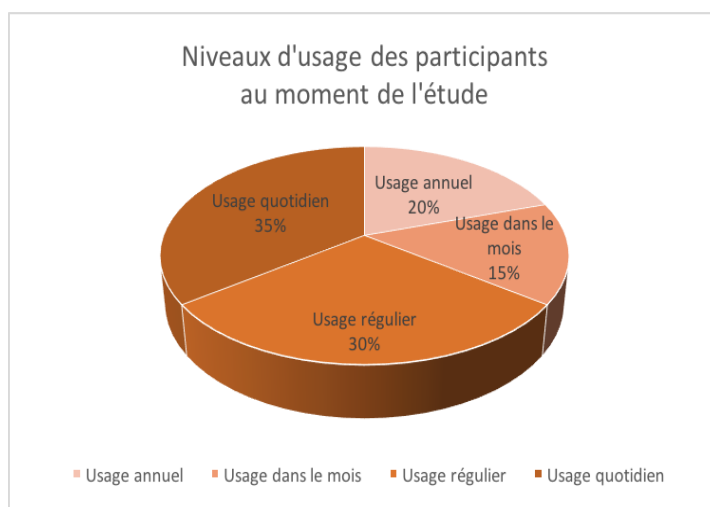


Figure 2

¹⁸ D'après les définitions de l'OFDT :

Expérimentation	Au moins un usage au cours de la vie
Usage dans l'année ou Usage actuel	Au moins un usage au cours de l'année précédant l'enquête
Usage dans le mois	Au moins un usage au cours du mois précédent
Usage régulier	Au moins dix usages au cours du mois précédent
Usage quotidien	Au moins un usage par jour au cours du mois précédent

consommation. La majorité des jeunes inclus étaient ou ont été des consommateurs quotidiens de cannabis.

En termes de recours au soin, la majorité des participants avait un médecin traitant (19 sur les 20 participants), et le consultait de manière plus ou moins régulière, la plupart entre une à quatre fois par an. A noter que trois des participants ont déclaré le consulter plusieurs fois par mois (figure 4).

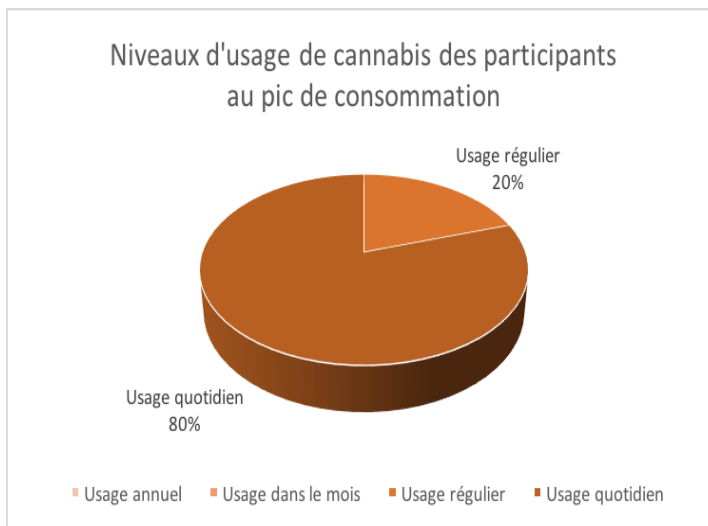


Figure 3

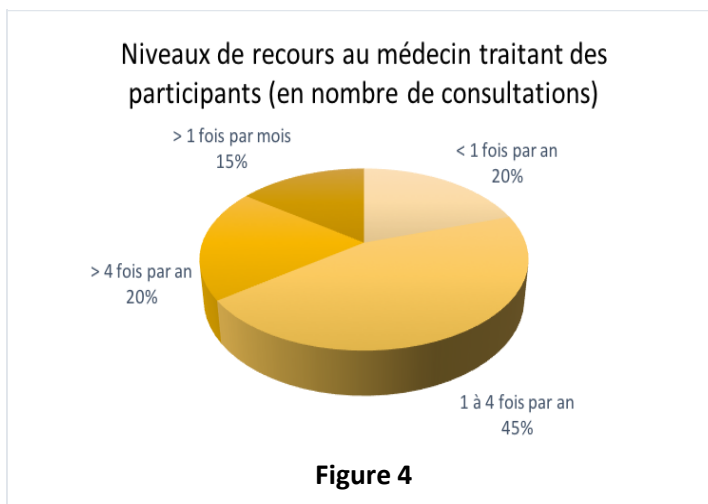


Figure 4

2. Exploration des consommations des participants, et de leur relation avec les médecins généralistes

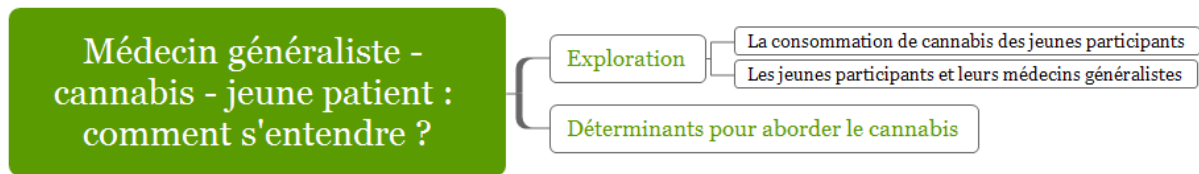


Figure 5 : Arbre thématique général – une analyse en deux parties

A. La consommation de cannabis des jeunes participants

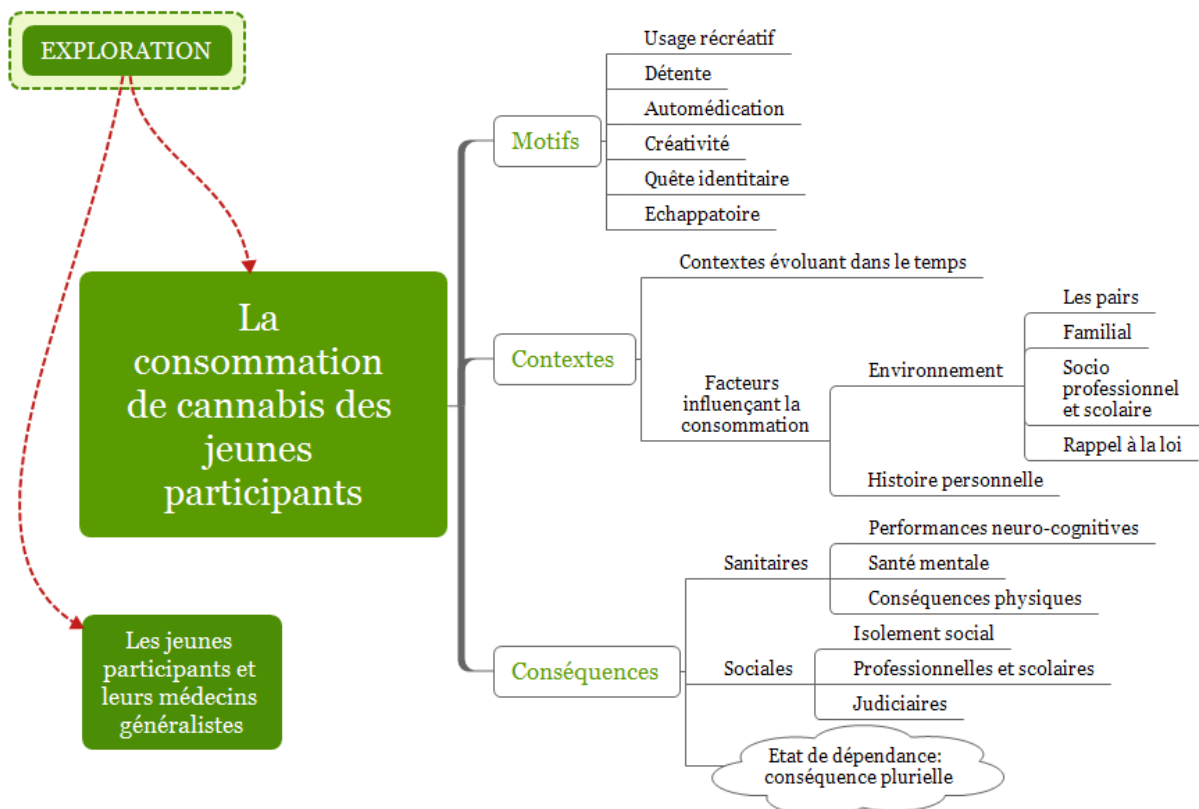


Figure 6 : La consommation de cannabis des jeunes participants

A.1 Les effets recherchés

A.1.a. L'usage récréatif

Presque tous les jeunes interrogés utilisent le cannabis de manière festive. Ils recherchent ses vertus euphorisantes, désinhibitrices, et divertissantes. D'autres consomment par plaisir, par goût.

- Une consommation festive, pour la majorité :

« à la base c'était vraiment festif » (J4) ; « c'était récréatif en soirée avec des amis, tout ça » (J9) ; « quand je sors en soirée, quand il y a des sons un peu boom boom, techno, transe, des trucs comme ça j'aime bien » (C10).

- Une recherche de désinhibition, d'euphorie, de rires, pour un bon nombre :

« Au début le cannabis ça fait rire, on se chope des fous rires, on fait les cons » (C1) ; « on parle de tout et de rien pour déconner, pour que ce soit plus facile à la première discussion je trouve, boire une bière et fumer un pétard » (C5) ; « quand j'avais commencé à fumer j'aimais bien justement cet état un peu euphorique, où tu rigoles pour rien, pis c'est marrant » (C9).

- Un produit apprécié pour son goût, pour peu d'entre eux :

« je fumais pour le goût de l'herbe en fait » (C8) ; « Vraiment j'adore ça » (C3).

A.1.b. La détente, la récompense de fin de journée

Le cannabis est utilisé par beaucoup pour se détendre, vivre un moment privilégié en solitaire, principalement en fin de journée :

« OK je me pose, ma journée elle est finie, je m'en fiche de tout je fume mon buzz » (J4) ; « j'aime la sensation après une bonne journée de travail » (C7) ; « pour moi une détente, pour moi c'est un moment plus de solitude » (J10).

A.1.c. L'automédication

Plusieurs personnes interrogées disent utiliser le cannabis comme somnifère. Certaines l'utilisent également pour se détresser, pour se canaliser ou pour son effet antalgique.

- Le « pétard du soir » comme somnifère, pour la majorité :

« pour m'endormir » (J7) ; « j'ai pas mon pétard du soir ça fait chier comment je vais faire pour dormir » (C5) ; « j'en ai besoin le soir pour dormir » (C7).

- Une drogue à visée anxiolytique, pour quelques-uns :

« au début, c'était juste pour me détresser » (J7) ; « mais ça nous détend aussi. On est moins stressées » (C9).

- Se canaliser, se recentrer grâce au cannabis, pour un petit nombre :

« ça gère le fait que j'ai énormément d'énergie tout le temps, et heu... les bédos permettaient vraiment de canaliser ça » (J9) ; « je vais fumer sur un pétard et comme ça je sais que je vais être mono tâche, le truc sur lequel je vais me concentrer je vais le faire avant » (C5) ; « je suis surdouée, de base. J'ai un cerveau qui fonctionne tout le temps (...) des trucs pour le calmer, des trucs pour arriver à faire que j'avais plus de pensées dans ma tête » (C10).

- Un effet antalgique, décrit par deux participants :

« je fumais ça m'enlevait les migraines (...) Moi j'ai un lumbago, quand je fumais j'avais pas mal au dos » (C8) ; « Je me suis fait les ligaments croisés j'ai jamais été opérée et maintenant c'est horrible. Et d'ailleurs la Weed ça apaise un peu les douleurs là-dessus (...) Les maux de tête c'est magnifique, mieux qu'un aspirine ! » (C10).

A.1.d. La créativité

Quelques jeunes utilisent le cannabis pour stimuler leur créativité dans des domaines artistiques :

« Comme j'écris aussi des chansons, des fois ça m'aide pas mal (...) pour être plus créatif » (C5) ; « Je sais que j'aime bien fumer en dessinant par exemple ou en peignant » (C6) ; « Sinon ça m'arrive des fois de fumer avant de faire un projet d'art » (C10) ; « le seul truc à la limite que je peux produire quand j'ai fumé, c'est de la musique » (J10)

A.1.e. Une quête identitaire

La consommation de cannabis est décrite également comme une expérience, un rituel, une recherche de sensations et de limites, permettant de s'intégrer, de se construire, de se réaliser.

- Une expérience, un passage, pour tester ses limites, pour plusieurs :

« c'était un peu le besoin de tester mes limites, de découvrir » (J1) ; « j'ai eu mes expériences comme beaucoup d'autres jeunes » (J9) ; « je cherchais concrètement mes limites, comme un enfant de cinq ans qui cherche les limites avec ses parents » (C5) ; « c'est l'expérience, on a besoin de tester » (C6).

- Une construction d'identité, une recherche d'indépendance, un besoin de grandir, verbalisés par une petite part :

« j'écoutais énormément de reggae et tout, du coup, j'aimais bien, j'avais une espèce d'image de tout ça, et j'aimais bien me mettre là-dedans, c'est plus un personnage en fait (...) c'était un peu une façon pour moi d'être grande » (J1) ; « en BTS où tu te cherches un peu, tu cherches l'indépendance... » (C5).

A.1.f. Une échappatoire

Beaucoup de participants rapportent leurs consommations à une recherche d'échappatoire, d'évasion, de « défonce », en réponse à un mal-être ou un vide à combler.

- Se mettre en retrait, se détacher, pour beaucoup :

« j'aime pas trop trop la société dans laquelle on vit (...) ça me met un peu dans une bulle, en mode je suis quand même avec les autres, je suis consciente de ce que je fais, mais je me prends pas la tête » (J4) ; « c'était un échappatoire en fait, parce que ça n'allait pas et quand tu fumes t'es ailleurs » (C6).

- Oublier ses soucis, pour beaucoup également :

« c'était pour des épreuves de famille, pour me les sortir de la tête » (J6) ; « l'histoire de une demi-heure/une heure, t'es dans un monde où genre, t'oublies tous tes problèmes » (J8) ; « Et avant quand je fumais énormément, c'était juste pour oublier » (C10).

- Comblé un vide, pour une :

« Parce que ma mère me manquait » (C4).

A.2 Les contextes de consommation

A.2.a. Des contextes qui évoluent dans le temps

Les jeunes interrogés décrivent une consommation de cannabis variable au cours du temps, tant dans les modalités de consommation que dans les quantités et types de produits consommés. Après une initiation en groupe, la consommation reste collective ou devient solitaire, ou alterne entre les deux. Tous font part de périodes d'emballement des consommations : augmentation des fréquences et des quantités, et/ou diversification des produits consommés. Certains décrivent également des périodes de recherche de contrôle, voire des tentatives de sevrage.

- **Une initiation en groupe pour tous, puis une consommation en groupe ou solitaire :**

« le début des consommations c'est les fréquentations, c'est avoir des gens autour de soi qui fument » (C8) ; « Plusieurs. Je fume jamais seule » (J8) ; « j'ai essayé bien évidemment avec des amis (...) j'ai commencé assez rapidement à fumer toute seule » (J10) ; « on a l'impression que c'est une drogue qui est conviviale (...) mais avec le temps c'est une drogue qui est plutôt solitaire » (C2).

- **Des périodes d'emballement des consommations décrites par tous, avec une augmentation progressive des fréquences et quantités consommées :**

« après y'a eu une période où c'était vraiment fumer fumer fumer genre un peu dans l'excès » (J4) ; « Au tout début c'était pour goûter, mais après on en a repris et petit à petit c'est devenu une consommation fréquente » (C2) ; « Au lycée, c'est là où j'ai beaucoup fumé, 15 pets par jour à peu près » (C10).

- **Une diversification des produits consommés pour beaucoup, du tabac au cannabis, du cannabis aux autres drogues :**

« Il y avait du cannabis en 1er, et après ça a été des drogues un peu plus dures style cocaïne amphétamines ecstasy » (C1) ; « j'ai arrêté la cigarette et je me suis rabattue sur les joints » (C6) ; « ça a commencé par un joint, après c'est passé avec un bang, et puis en suite de l'huile, et après j'ai arrêté avec des space-cakes petit à petit » (J7).

- **Une recherche de maîtrise de ses consommations pour la moitié des jeunes, avec divers objectifs fixés** (consommation uniquement collective, limitée aux soirées et week-ends, fumer moins vite ou ne plus acheter) :

« y'a quelques mois de ça je fumais toute seule sur mon balcon (...) mais là j'essaie de le faire que avec des amis (...) là j'ai vraiment régulé, maintenant c'est que en soirée le week-end » (J3) ; « avant je fumais comme ça en 15 minutes. Maintenant, si je fume un joint en entier c'est en plus d'une heure quoi » (J6) ; Et donc il y a eu cette période-là et sinon maintenant c'est vraiment quand je sors » (C10).

- **Voire des tentatives de sevrage, pour quelques-uns :**

« je me suis dit que j'allais foirer mon bac et que c'était pas possible de continuer. Du coup j'ai arrêté du jour au lendemain, à la fin de la première » (C6) ; « j'ai arrêté de fumer du cannabis, j'ai tout arrêté » (C8) ; « j'ai arrêté pendant 3-4 mois, puis j'ai repris, puis j'ai arrêté » (J9).

A.2.b. Les facteurs influençant la consommation

Spontanément, les jeunes interviewés rapportent plusieurs facteurs qui influencent leurs consommations. Tous les jeunes citent leur environnement socio-scolaire ou socio-professionnel et familial : rôle des pairs, place paradoxale des parents, influence du milieu scolaire ou professionnel, confrontation à la justice. Quelques-uns mentionnent leur histoire personnelle dont les évènements de vie comme causes d'initiation ou de majoration de leurs consommations, en corrélation avec leur moral.

➤ L'environnement

○ Les pairs

- **Une consommation facilitée par des pairs et conjoints consommateurs, pour dix-huit des jeunes interrogés :**

« La 1ere fois ? C'est l'influence des amis, j'étais pas forcément avec des gens qui fumaient mais on a tous essayé ensemble » (C2) ; « puis après j'ai eu des potes qui se sont mis à fumer aussi et j'ai fumé plus régulièrement » (C5) ; « Puis petit à petit c'est devenu une habitude quand je suis sortie avec un fumeur de cannabis quotidien, et du coup c'est devenu aussi quotidien pour moi » (J9).

- A l'inverse pour quelques-uns, une réduction des usages favorisée par les pairs:

« en ayant un autre regard sur les fréquentations que j'avais à ce moment-là (...) en revoyant mes potes je me suis dit en fait c'est des zombies » (C5) ; « mes amis proches (...) il y en a deux-trois qui m'ont gueulé dessus pour que j'arrête un peu (...) quand j'avais des amis qui fumaient, ça me dégoûtait l'odeur, et de les voir comme ça en fait ça me faisait chier aussi, parce qu'on n'est pas pareil quand on a fumé » (C6) ; « je sais que quand par exemple, quand je suis avec mon petit copain que j'ai pas envie de fumer, on sent pas le manque » (C4).

○ L'environnement familial

- Une consommation limitée par les parents pour la plupart, les obligeant à se cacher pour ne pas risquer de les décevoir ou de recevoir des sanctions :

« j'avais pas envie que les profs ils repèrent (...) qu'ils le disent à mes parents et tout ça » (J3) ; « du coup mes parents étaient au courant que je fumais du coup j'ai passé un an, presque deux ans, c'est-à-dire jusqu'à la terminale, supers stricts, j'avais vraiment pas le droit de fumer » (C3) ; « puis je suis partie chez mon père par la suite donc j'ai fait attention j'ai plus rien pris, c'était mon papounet donc euh, fallait pas qu'il soit mal pour moi » (C4).

- A l'inverse dans une moindre mesure, une consommation facilitée par des parents consommateurs, ou qui banalisent ou ignorent les consommations de leur enfant :

« mon père en faisait pousser, du coup depuis que je suis gamine je le vois fumer (...) je devais avoir 11 ans j'ai reconnu le cannabis (...) Et quatre ans plus tard, je lui en piquais » (C6) ; « au début ils râlaient un peu, après mon oncle et ma tante ils fument, j'ai des cousins qui fument aussi, ils le savent les parents tout ça, au fur et à mesure (...) ils nous disaient si à côté les cours et le travail il n'y a pas de soucis, si vous avez envie de fumer un pétard le soir c'est comme boire un verre de vin » (C7) ; « mes parents... ils se rendaient pas forcément compte à ce moment-là, où je sais pas ils avaient peut-être d'autres chats à fouetter. Et du coup... du coup c'est là que ça a commencé, j'ai fumé toute seule » (J10).

- Enfin pour deux jeunes, une autorité parentale défiée, sans influence sur leurs consommations :

« ma mère me disait "t'as fumé ? "je disais "non je suis fatiguée j'ai pas bien dormi", et ça passait ! Voilà les parents disent qu'ils nous connaissent bien mais on peut les avoir

facilement » (C6) ; « Ils me faisaient faire des analyses. Et au bout d'un moment ils ont vu que je m'arrêtais pas donc on a beau lui mettre la pression des analyses ça sert à rien, donc ils ont arrêté » (C8).

○ L'environnement socio-professionnel et scolaire

- Une consommation freinée par les obligations scolaires et professionnelles, pour beaucoup :

« je pouvais pas me permettre d'être défoncée devant les clients » (C10) ; « il va falloir que j'arrête si je veux faire infirmière, je ne vais pas pouvoir piquer mes patients si je tremble » (C4) ; « Du coup je me suis dit que j'allais foirer mon bac et que c'était pas possible de continuer » (C6).

- A l'inverse pour certains, une consommation favorisée par l'accessibilité au produit dans les structures scolaires, et pour un, par son cadre de travail agricole permissif :

« au collège j'étais dans un collège de ZEP, mes amis ils en avaient toujours un peu donc voilà » (J10) ; « Et après j'ai déménagé dans un lycée où c'était un peu une plaque tournante de tout ce qui était cannabis et MD. Du coup j'ai un peu continué à fumer » (C10) ; « tu es tout seul dans ton champ personne n'est là pour t'empêcher de fumer » (C8).

- Enfin, une consommation qui varie selon les activités : diminution avec les activités sportives par exemple, ou au contraire incontournable en soirées, pour un certain nombre :

« dans la journée ça dépend de ce que je fais comme activités (...) quand je fais du sport, ça m'arrange de pas fumer du tout » (J6) ; « Ca dépend vraiment (...) est-ce que dans la période actuellement je fais quelque chose de ma vie, ou est-ce que je peux me permettre de ne rien faire pendant quelque temps, à glander, à regarder des films sur netflix toute la journée » (J9) ; « s'il y a des soirées un peu spéciales, comme un peu à Love techno des choses comme ça, c'est sûr que je ne peux pas y aller sans fumer » (C10).

○ Le rappel à la loi

Les sanctions et interpellations judiciaires citées comme causes de diminution, par deux jeunes :

« j'avais plus de permis, donc ça m'a servi de leçon (...) mon permis c'est mon travail, si j'ai pas le permis je peux pas aller au travail, si je perds mon travail j'ai plus de vie » (C8).

➤ L'Histoire personnelle

○ Les évènements de vie

Une consommation déclenchée ou accélérée par des événements de vie difficiles pour quelques-uns, principalement des ruptures amoureuses ou épreuves de famille :

« quand je me suis séparé (...) voilà ça va pas super bien, et il y a eu des moments où je me suis retrouvé tout seul, et par contre là il y avait vraiment tous les soirs » (C2) ; « J'ai commencé vraiment à fumer parce que je m'étais séparé de ma première copine, mon premier amour » (C5) ; « mes parents se sont séparés en troisième et la séparation a été très compliquée (...) à l'époque j'étais super mal dans ma peau, j'étais pas bien je me suis mise à fumer tous les jours en fait » (C6).

○ Les déclics internes

Une consommation freinée par une modification de l'image de soi physique ou psychique, pour un petit nombre :

« je suis passé devant une vitrine, et du coup je me suis pas reconnu tellement j'avais les joues creusées, des cernes, du coup je me suis fait un petit flip » (C5) ; « je me suis dit tu es un ensuqué de la vie » (C8) ; « plus j'ai du recul plus j'ai envie d'arrêter et moins ça me plaît » (C2).

A.3 Les impacts de la consommation de cannabis

A.3.a. Les effets sur la santé

Les principaux effets négatifs rencontrés par les jeunes consommateurs touchent leurs performances neuro-cognitives au premier plan, mais également leur santé mentale et physique pour certains.

➤ Diminution des performances neuro-cognitives

- Troubles mnésiques, pour la majorité :

« depuis que je fume j'ai remarqué que je retiens moins bien les choses » (J2) ; la perte de mémoire instantanée » (C2) ; « Je commençais à perdre la mémoire assez gravement » (C6).

- Difficultés de concentration et d'attention, pour la plupart :

« ma concentration elle avait disparu » (J1) ; « tu as vachement moins d'attention, genre t'as de l'attention pendant 5 minutes et après au bout de 5 minutes tu fais allez vas-y j'ai oublié ce qu'il a dit y'a 5 minutes ça sert à rien que je continue » (J4) ; « quand la personne va me parler au bout d'un moment je vais décrocher, je vais partir sur autre chose » (C5).

- Altération des capacités d'élocution, à minima :

« La capacité à répondre et à parler aux gens aussi je pense, moins réactif moins fluide (...) j'ai du mal à formuler » (C2).

- Ralentissement psychomoteur voire syndrome amotivationnel, pour beaucoup :

« ça me rend peut-être un peu plus flemmard de temps en temps » (J5) ; « j'avais aucune motivation, fin je me levais le matin, la seule raison pour laquelle je me levais c'était fumer un bédo et me rendormir après » (J9) ; « j'étais ralenti, ça me ralentit la vie » (C8).

➤ Impacts sur la santé mentale

- Perte de la confiance en soi, notion récurrente :

« on perd ses mots, on n'a pas confiance en soi » (C2) ; « j'avais du mal à m'assumer comme quelqu'un avec des idées qui pouvait avoir autant d'importance qu'un autre » (C5) ; « au niveau de ma confiance en moi » (C6).

- Troubles de l'humeur, dans une moindre mesure :

« un coup X super gentille, un coup X super méchante, à dire des choses vilaines à pas écouter » (C1) ; « ça me faisait rendre un peu triste » (C7).

- Symptômes psychotiques ou « bad-trips » pour plusieurs, avec pensées paranoïaques, phobies, hallucinations, dépersonnalisation... :

« des bad-trips (...) La phobie des carreaux et des joints et des montées, et des descentes du coup (...) et j'ai vu des murs bouger. J'ai vu des trucs. genre je prenais une douche, et je croyais que l'eau genre ça allait bruler ma peau » (J7) ; « j'ai fait un espèce de Bad-trip (...) je me sentais parano, dès qu'il y avait un petit truc je le prenais pour moi, dans ma tête c'était n'importe quoi » (C6) ; « le cannabis ça rend pas parano, mais t'es un peu... ça te fait douter un peu » (C7).

➤ Conséquences physiques

- Altération des capacités cardio-respiratoires et sportives, pour un bon nombre :

« ma respiration, déjà de base, je manque de souffle, maintenant, quand je vais à la piscine je fais une longueur, je m'arrête au bout, je suis là en mode on va faire une pause » (J4) ; « J'ai plus de poumons ! » (J9) ; « on sent qu'on est plus essoufflé, le soir ça siffle » (C4) ; « pour le sport oui je l'ai bien senti (...) Dans le souffle, le cardio » (C9).

- Asthénie, relevée par beaucoup :

« Je me sens un peu fatigué » (C7) ; « je rentrais chez moi je dormais, mes journées c'était 6h-18 heures, je rentrais chez moi je dormais » (C10) ; « le matin avant pour me lever, le réveil il sonnait, je galérais » (C8).

- Modification de l'appétit, perte de poids et troubles digestifs, pour quelques-uns :

« j'ai eu des problèmes d'estomac, des problèmes de digestion, où j'ai perdu beaucoup de poids » (J5) ; « les placards se vidaient » (C1) ; « j'avais tout le temps très faim (...) par contre je perdais du poids » (C10).

- Troubles sensoriels, de manière subsidiaire :

« ben après ma voix – parler comme chanter – ne serait peut-être pas la même si j'avais pas fumé » (J10) ; « ce qui m'a touché c'est sur l'odorat par exemple. Par exemple quand je mange, y'a des trucs par exemple que j'aime plus » (J6).

A.3.b. Impacts socio-professionnels et scolaires

Une grande partie des adolescents et jeunes adultes interrogés vivent des périodes d'isolement social, seuls ou entre fumeurs. Beaucoup relatent également des difficultés scolaires relatives au cannabis, décrites parfois comme un frein à leur orientation scolaire et à leurs projets d'avenir. Plusieurs participants mentionnent des difficultés professionnelles. Enfin, quelques jeunes évoquent des conséquences judiciaires liées à leur consommation.

➤ Isolement social

- Retrait solitaire, renfermement, notions récurrentes :

« je suis quelqu'un d'hyper sociable (...) et je sens que justement c'est contradictoire avec ma personnalité le cannabis, ça rentre plutôt quelque chose de plus renfermé de plus solitaire » (C2) ; « on était 7, on est toujours tous ensemble, j'avais tendance à me mettre vachement à l'écart » (C5) ; « après avoir fumé, je parle un peu moins, je réfléchis plus de mon côté dans ma tête, ça me renferme un peu » (C7).

- Isolement entre fumeurs, pour beaucoup :

« tu traînes avec des gens qui en consomment » (J7) ; « quand je fumais un joint en soirée on était plus en groupe dans un coin en train de fumer » (C8).

- Conflits affectifs et culpabilisation envers les proches, pour quelques-uns :

« difficile à gérer pour eux car je suis leur enfant, c'est compliqué, il y a forcément de la colère contre moi (...) de l'inquiétude » (C2) ; « avec mes parents ça crée un conflit » (C3) ; « disons que je les ai un peu entraîné dans une consommation un peu plus poussée. J'en suis pas fière » (C6).

➤ Difficultés scolaires et professionnels

- Désintérêt et décrochage scolaires, pour une majorité :

« moi ça m'a entraîné le décrochage scolaire complet » (C10) ; « je pense qu'il y a eu des répercussions par rapport à l'école, je séchais les cours, ça m'intéressait pas en plus » (C1) ; « J'allais pas en cours, on se calait dans la cour, on fumait, on séchait pour aller faire des festivals » (C4)

- Frein à leur orientation scolaire, relevé à posteriori par quelques-uns :

« clairement j'ai gâché ma seconde avec ça » (J1) ; « sur ma vie ouais c'est sûr qu'il y a un impact, sûr. Ma scolarité, les choix que j'ai faits (...) je me serais peut-être plus bougée sur des trucs tout simplement » (J10).

- Les projets professionnels entravés par le cannabis, pour quelques jeunes :

« déjà je me dis que pour le travail ça m'handicapait, et puis même dans tous les boulots que j'ai fait, je suis en contact avec la clientèle donc avec les yeux rouges et la tête comme ça »

(C7) ; « Je me rendais compte qu'être debout toute la journée c'était pas possible, j'étais fatiguée tout le temps » (C10).

➤ Conséquences judiciaires

- Des conséquences judiciaires, pour trois jeunes :

« je me suis fait arrêter par les flics au lycée » (C3) ; « plusieurs fois je me suis fait contrôler par la police, aller au poste, faire signer un papier par un médecin que le médecin nous a bien mis en garde contre les effets » (C7) ; « j'ai eu une perte totale de mon permis (C8) ».

A.3.c. Une conséquence plurielle : état de dépendance

Une grande part des jeunes interviewés se sent ou s'est sentie dépendants à la substance. Ils décrivent notamment une consommation sous emprise, un besoin irrésistible de consommer, un abandon de leurs activités, des prises de risques, des signes de tolérance, des sensations de manque, ou encore des signes de sevrage aux tentatives d'arrêt.

- Une sensation de dépendance et de souffrance, verbalisées par quelques-uns :

« après il y a le fait d'avoir entre guillemets la dépendance, de par les années » (C4) ; « il y a une autre partie de moi qui me dit parce que j'ai une dépendance » (C7), « cette période-là c'était pas facile (silence) » (C6).

- Une consommation sous emprise, décrite par plusieurs :

« dans une boucle » (J6) ; « Ça sert plus à rien au bout d'un moment, t'es coincé dedans, tu sais pas comment t'en sortir » (J7).

- Un phénomène de tolérance, pour beaucoup :

« au fur et à mesure comme je m'habituais à la substance ça devenait plus fréquent parce que c'était plus simple de fumer » (J1) ; « à force de fumer, y'a une facilité » (J6).

- Vivre pour consommer, au détriment de ses activités, sans plaisir, pour la plupart :

« j'ai commencé à fumer le matin avant les cours, pendant les cours, à la récréation, j'allais pas en cours pour fumer... Bref j'ai passé toute mon année défoncée du matin au soir » (C6) ; « Autant c'était quotidien quand j'allais en cours, autant c'était quotidien quand j'étais en

squat » (J9) ; « tu es une larve toute la journée, tu subis les cours, tu n'apprécies même plus à sa juste valeur le fait pourquoi tu fumes au départ » (C5).

- Un besoin irréprensible de consommer et un temps dédié à rechercher la substance, phénomènes décrits plus occasionnellement :

« quand j'avais rien à fumer j'étais mal, j'étais là à appeler tous mes contacts, des fois à faire je sais pas combien de kilomètres en voiture pour croiser quelqu'un dans la rue et avoir quelque chose à fumer » (C5) ; « Dès que je sentais la fumée je sentais toutes mes veines qui se gelaient dans mon corps » (C10).

- Une consommation dans des situations à risque, avouée par un jeune :

« je me roulais un joint directement dans la voiture et je repartais chez moi (...) j'ai fait un stage de récupérations de points du coup on en a parlé, et c'est quand même grave, il faut mieux éviter, on va dire que je suis dans un position assez égoïste pour l'instant, je conduis bien, je maîtrise ma voiture, je fume c'est fumer, c'est ma façon de penser je sais c'est bête » (C2).

- Une poursuite de consommation malgré une connaissance ou un constat des conséquences sur la santé, pour plusieurs :

« les effets à long terme sont juste ravageurs, fin, et je compte pas fumer du cannabis toute ma vie, mais j'aimerais bien en profiter encore un peu » (J3) ; « ça fait du mal à la santé mais bon d'un côté ça nous fait pas de mal de temps en temps » (J8) ; « je tousse un peu (...) mais j'ai pu comparer avec les autres élèves et par exemple en athlétisme ça va, ça m'a rassuré » (C3).

- Des signes de sevrage, ressentis par quelques-uns :

« ça m'est arrivé des fois de ne rien avoir pendant deux jours, et j'arrive pas à m'endormir avant 5-6h du matin, j'ai chaud, je ne suis pas bien, Je sens qu'il me manque quelque chose » (C7) ; « Au début, je me réveillais en transe. De toute façon j'ai compris que c'était le manque (...) ça a duré quoi, deux semaines » (C8).

B. Les jeunes participants et leurs médecins généralistes

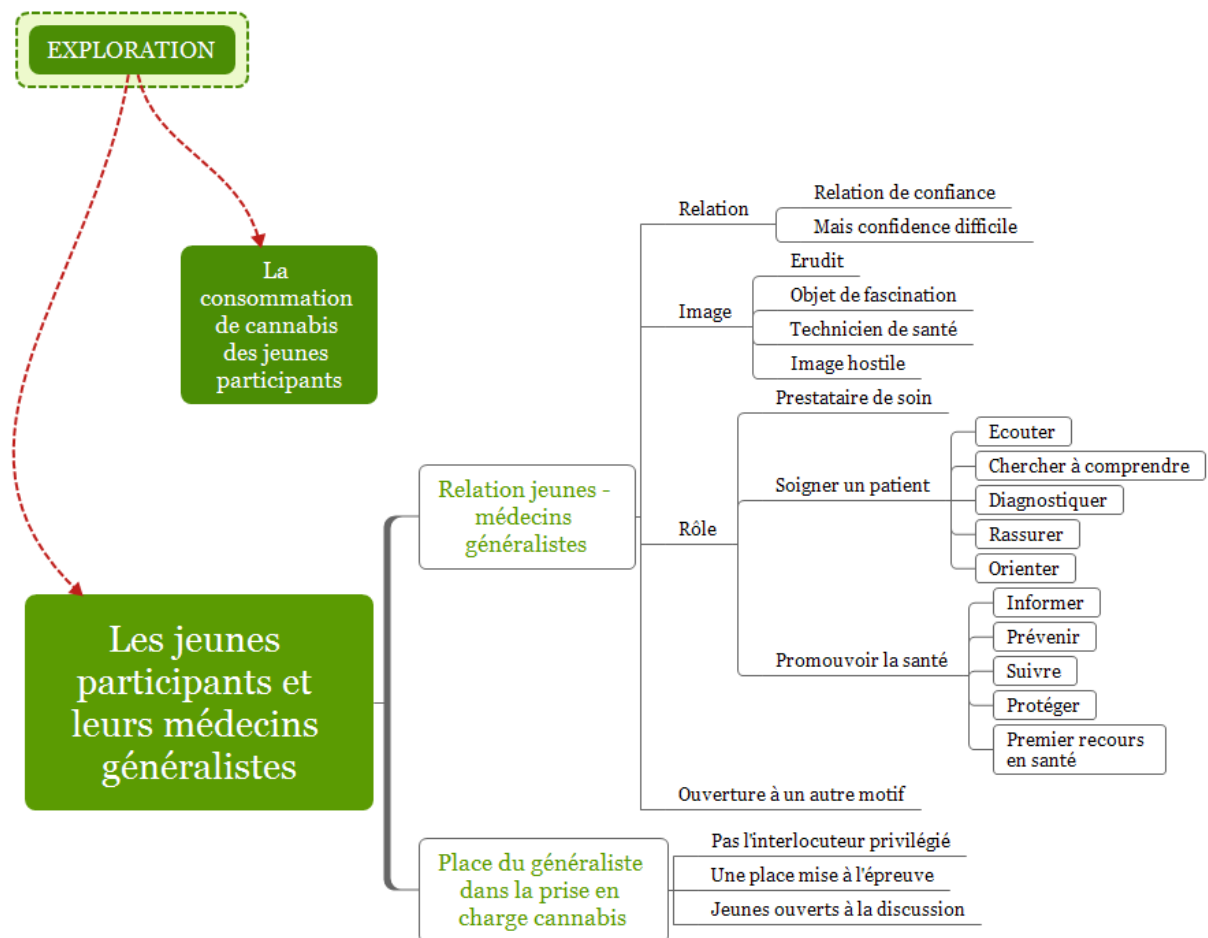


Figure 7 : Les jeunes participants et leurs médecins généralistes

B.1 La relation entre les jeunes participants et leurs médecins généralistes

B.1.a. Une relation de confiance

Nous avons d'abord interrogé les jeunes participants sur leurs relations de soins avec leurs médecins traitants, sans se focaliser sur la problématique du cannabis. Les adolescents et jeunes adultes interviewés répondent pour la plupart qu'ils ont confiance en leur médecin, une confiance souvent basée sur leurs expériences personnelles ou reflet du ressenti familial. Toutefois, quelques-uns précisent que la confiance est accordée sous conditions, ou mitigée voire absente.

- Une confiance totale dans leurs médecins, pour la moitié des participants :

« j'ai confiance en lui parce que ben... à chaque fois que j'avais un problème, une maladie ou quoi, il... ça allait mieux après » (J8) ; « la confiance aussi que je lui porte car je sais que c'est un excellent médecin » (C1) ; « j'ai entièrement confiance en ce qu'il est, en ses conseils, par rapport aux maladies tout ça quoi » (C7) ; « Totale confiance » (C9).

- Une confiance mitigée voire accordée sous conditions, pour quelques-uns :

« si je sens que lui il est à l'écoute, je serais à l'écoute de, de ce qu'il me dit en retour quoi » (J10) ; « Je dirais 70%, parce que du fait que je sois un enfant ils ont pas la même notion de sérieux au travail qu'à la maison, ils iront plus facilement se dire c'est pas si grave » (C2).

- A l'inverse, pour quatre d'entre eux une méfiance dans les compétences médicales :

« franchement, même mon père il dit qu'il est débile » (J3) ; « il me fait un peu peur des fois » (J9) ; « Il est gentil, après moi je ne le trouve pas bon médecin (...) quand mon frère l'appelle et qu'il lui dit j'ai eu mal au cœur et qui lui fait tout va bien... » (C4) ; « comme ils ont mis du temps à me trouver la mononucléose (...) avec les médecins du coup j'ai une certaine distance » (C10).

B.1.b. Néanmoins des confidences difficiles

Malgré une bonne confiance, très peu des jeunes interviewés parviennent à se confier à leurs médecins sur des sujets intimes.

- Une confiance de sujets personnels difficile, pour la quasi-totalité :

« quand il faut que (...) que je dévoile un peu de ma personnalité ou de mes besoins qui sont outre ma maladie, je peux pas lui... j'ose pas moi lui en parler » (J1) ; « ben j'ai confiance en eux mais après fin, je parle pas beaucoup de problèmes, fin de problèmes personnels » (J2) ; « sur ce qui me concerne moi dans... dans ma vie personnelle je lui en parle pas plus que ça » (J8).

- A l'inverse, une confiance aisée, pour trois interviewés :

« il est vraiment gentil, super marrant, c'est pas quelqu'un avec qui j'ai du mal à parler » (C6) ; « je parle ouvertement de tout » (C8) ; « surtout honnête, je vais essayer de tout dire la vérité » (C2).

B.1.c. L'image du médecin aux yeux des jeunes participants

Les jeunes ont des représentations très variées du médecin généraliste, qui vont de l'admiration au dénigrement. Si son statut et ses compétences sont souvent valorisés, certains ont une image hostile ou le considèrent comme un technicien de la santé.

- Un médecin érudit, pour beaucoup :

« c'était pas dieu, mais quelqu'un qui est super intelligent, qui a des tas de connaissances sur tout » (J1) ; « qu'elle a beaucoup de savoir quoi. Quand même pour être médecin généraliste... » (J5) ; « que c'est quelqu'un de compétent, qui a fait des études, des diplômes » (C7).

- Un objet de fascination, pour quelques-uns :

« c'est un métier que j'admire, tout ce qui est apprendre tout le corps humain, tout savoir par cœur, c'est fascinant quoi » (J6) ; « qui est très famille (...) Il s'intéresse beaucoup à la politique, il veut peut-être faire président... fin c'est un homme bien » (J8) ; « mon grand-père je l'idolâtre » (C1).

- Un technicien de la santé, notion répétée plusieurs fois :

« quand on manque de doliprane bon ben il nous fait une ordonnance et voilà (...) Ou pour une dispense de sport, et c'est tout » (J3) ; « un professionnel qui fait son travail » (J4) ; « il vient, il te dit ce que t'as, après... il te donne des médicaments » (J7).

- Une image hostile, pour deux des interviewés :

« je sais pas c'est le mot « austère » qui me vient » (J10) ; « Je vois un peu une espèce de troll, il a des poils dans les oreilles et dans le nez » (J9).

B.1.d. Le rôle du médecin généraliste selon les participants

Les rôles imaginés ou constatés par les jeunes sont également larges et disparates. Ils vont du simple « prestataire » de soins, à celui qui prend soin de son patient dans sa globalité, en passant par celui qui soigne la maladie.

➤ Prestataire de soins

Pour une bonne part des interviewés, le médecin a un rôle de prestataire de soins, qui délivre des ordonnances et rédige des certificats :

« c'est prescrire des médicaments, c'est tout. Détecter la maladie, prescrire des médicaments » (J9) ; « Donner des ordonnances quand on en a besoin » (C4).

➤ Soigner un malade

- Soigner, une évidence pour la plupart :

« c'est celle qui me répond à mes questions et qui me soigne » (J1) ; « de soigner les gens » (C3) ; « soigner c'est évident pour moi » (C10) ; « l'aider avec ses problèmes de santé » (J5).

- Ecouter, pour plusieurs :

« d'être à l'écoute de ses patients » (J8) ; « d'être dans l'écoute » (C1) ; « dès qu'on a des problèmes se confier » (C2).

- Chercher à comprendre le patient sans le juger et être attentif à lui, pour un bon nombre:

« en fonction de son état, un drogué, tu peux pas lui dire « arrête de suite » (...) sans être dans le jugement » (C1) ; « chercher à comprendre les personnes, à se défaire de leur image » (J4) ; « vraiment attentifs à chaque personne en tant qu'êtres humains » (J10).

- Diagnostiquer une maladie, pour beaucoup :

« déjà ne pas se planter dans le diagnostic » (C1) ; « S'il m'arrive un truc grave qu'il sache le trouver » (C3) ; « c'est vraiment si je suis malade, c'est vraiment si c'est médical » (C6).

- Rassurer, pour quelques-uns :

« C'est ce rôle aussi de rassurer les patients je pense que c'est vraiment intéressant » (C7) ; « de rassurer quand y'a lieu de rassurer » (J10).

- Orienter vers des spécialistes ou paramédicaux si nécessaire, pour certains :

« la mise en contact avec des médecins spécialisés » (C8) ; « Que ce soit elle qui puisse lui dire par exemple si ça va pas va chez ce psychologue. Qui puisse l'aiguiller un peu dans tout ça » (C10).

➤ Promouvoir la santé :

- Informer, pour la moitié des jeunes interrogés :

« quelqu'un qui m'informe sur les risques de santé qu'on peut avoir et qui puisse nous renseigner » (J3) ; « D'informer. Pour tout ce qui est dangereux pour toi » (J7) ; « des explications sur les maladies » (C2).

- Prévenir, pour beaucoup :

« qu'il nous demande : « vous en êtes où par rapport à votre fille ? elle a tel âge, il faudrait commencer à lui parler de ça » ou « est-ce que vous avez entendu, je sais pas, fin d'un nouveau vaccin contre le col de l'utérus » » (J3) ; « de prévenir les maladies » (J7) ; « un rôle préventif » (C3).

- Suivre ses patients, pour une bonne part :

« c'est quelqu'un qui nous suit en fait » (J3) ; « Suivre justement l'évolution, pouvoir comparer les générations, les problèmes de santé qu'il y'a eu l'un à l'autre » (C4).

- Protéger ses patients, être présent en cas de besoin, pour un certain nombre :

« Protéger ses patients dans leurs vies malades (...) quand on a un problème ils sont là (J8) ; « être là » (C4) ; « c'est de prendre soin de moi » (C2).

- Faire un lien avec le monde de la santé, être traducteur, notion plus anecdotique :

« pour certaines personnes le médecin c'est la première, fin c'est comment dire... c'est, c'est notre seul contact avec le monde de la santé (...) parce qu'il a fait des études il comprend mieux que nous » (J3) ; « d'éclairer quand y'a lieu d'éclairer » (J10).

B.1.e. Ouverture par les médecins à d'autres sujets que le motif de consultation

La plupart des interviewés dit ne pas avoir eu d'ouverture à d'autres sujets de santé, par leurs médecins en consultation. Certains médecins ont posé des questions jugées maladroites ou inutiles, quelques-uns à l'inverse ont eu des questionnements adaptés, reçus comme marques d'intérêt par les patients.

- Absence d'ouverture du médecin à d'autres sujets que le motif de consultation, pour dix jeunes interrogés, regrettée par la plupart d'entre eux :

« Je pense que quand on est jeune, c'est plus simple que si ça vient de la personne qui sait de quoi un peu elle parle médicalement. Je pense que ces thèmes-là [le tabac, le sexe...] on ne peut pas en parler de nous-même, enfin c'est ce que j'ai remarqué par rapport à moi » (C10).

- Pour quelques-uns, des ouvertures mal reçues ou jugées sans intérêt :

« il me demande si je veux faire le vaccin du papillomavirus. Chaque fois je dis que non je ne veux pas le faire, et chaque fois c'est la même chose « hé, le vaccin » ! » (J9) ; « c'est des questions un petit peu inutiles (...) « comment ça se passe les cours ? » c'est un peu pour faire la discussion pour créer un lien mais euh... » (J1) ; « il prend des nouvelles et me demande ce que je fais (...) mais ça reste des conversations superficielles » (C6).

- Des ouvertures positives, pour deux jeunes :

« Oui ça lui arrive, parce qu'on parle beaucoup » (C8) ; « à chaque fois il me demande comment ça se passe dans ma vie, où est-ce que j'en suis dans mes études, comment ça se passe avec ma sœur, parce que des fois on a des fights... Il s'intéresse vraiment » (C9).

B.2 La place du médecin dans la problématique du cannabis

B.2.a. Le médecin traitant : non considéré comme l'interlocuteur privilégié

A la question « vers qui les jeunes consommateurs se tourneraient s'ils pensaient avoir besoin d'une prise en charge pour leur consommation de cannabis », seulement deux des vingt interviewés répondent le médecin généraliste, et sept précisent même qu'ils n'iraient pas voir leur médecin traitant. Parmi les interlocuteurs cités, l'entourage occupe la première place, devant les structures spécialisées en addictologie, le psychologue ou encore les numéros dédiés. Les urgences ont été mentionnées une fois comme recours si problème aigu.

- Le médecin traitant perçu comme le mauvais interlocuteur, par la plupart :

« je pense que je... j'irais pas voir mon médecin traitant » (J1) ; « fin je pense pas que je me ferais prendre en charge par des médecins pour ça » (J4) ; « peut-être pas au médecin généraliste, plus... » (J5).

- Le médecin traitant en premier recours, pour deux jeunes :

« Au généraliste d'abord peut-être et puis il me dira je pense » (C3) ; « A mon médecin traitant directement » (C8).

➤ Autres interlocuteurs en cas de besoin

- L'entourage familial et amical, en majorité :

« je sais que si j'ai envie d'arrêter ou quoi, ma famille elle sera là pour m'aider » (J4) ; « ma grande sœur (...) j'en parlerais d'abord avec elle, et après éventuellement si ça va trop loin, à ma mère » (J8) ; « à ma maman » (C1) ; « spontanément, à mes potes » (C10).

- Des structures spécialisées dans les addictions et/ou dans les problèmes des adolescents, pour plusieurs :

« J'irais voir un centre, ce genre de choses » (J1) ; « j'irais plus facilement voir des, des gens par exemple qui sont à la maison des adolescents, qui sont plus proches des adolescents déjà » (J3) ; « plus un organisme, ben qui s'occupe de ça, en dehors quoi » (J5).

- Psychologues et numéros verts pour leur capacité d'écoute notamment, pour quelques-uns :

« Plutôt à un psy, ou un truc comme ça » (J1) ; « elle m'avait encouragé on était restées une heure au téléphone, et ça m'avait fait vachement de bien (...) j'ai eu ce réflexe d'appeler ce numéro parce que c'était facile, et c'était anonyme (...) Donc j'aurais plutôt ce réflexe-là » (J10).

- Les urgences en cas de problème aigu, cité par une :

« situation dans laquelle j'aurais besoin d'être prise en charge ? (...) J'en ai eu (...) du coup, je suis retournée aux urgences » (J9).

B.2.b. Une place du médecin mise à l'épreuve : récits d'expériences

Quelques jeunes relatent des expériences de discussions sur leurs consommations avec leurs médecins généralistes. La majorité est vécue de manière négative, une a au contraire été bénéfique. Selon le ressenti du jeune, le médecin gagne une place dans l'accompagnement du consommateur, ou à l'inverse en est totalement exclu.

- Des ressentis négatifs lors de l'abord du sujet en consultation (sentiment de jugement ou de non considération) excluant le médecin de leur prise en charge, pour la majorité des expériences :

« donc elle m'en a parlé, un côté un peu... donneuse de leçons (...) ça a pas eu grand effet quoi » (J5) ; « Et puis après on a changé de sujet (...) il était pas trop là pour parler de ça » (J6) ; « il a dit OK, comme si je lui disais que je me brossais les dents, il prenait ça en facteur » (C5) ; « du coup je ne lui ai plus jamais parlé de ça, en fait je pense que c'est une personne avec qui j'en parle le moins » (J9).

- A l'inverse, une expérience positive d'ouverture sur le sujet racontée par un jeune, qui a donné une place de référent au médecin généraliste :

« Il est très ouvert là-dessus, moi je sais maintenant que je peux parler sereinement avec lui. Il sait mettre en confiance pour nous amener à parler de ça. Il a toujours demandé si je fumais des cigarettes ou autre chose, j'ai toujours dit oui, il aborde la question » (C8).

B.2.c. Des jeunes consommateurs malgré tout ouverts à la discussion

Les jeunes interrogés se disent en majorité potentiellement intéressés pour discuter de cannabis avec leurs médecins, ne se montrent pas fermés à cette idée. En effet, en leur posant la question directement, si quelques-uns répondent par la négative, le « pourquoi pas » est la réponse nettement majoritaire.

- Une non-réticence voire une envie d'aborder le sujet avec un médecin, pour la quasi-totalité:

« Pourquoi pas » (J2) ; « je pense que ça peut être intéressant » (J4) ; « C'est pas que je souhaiterais mais, ça me dérangerait pas » (J6) ; « pourquoi pas de temps en temps du coup en parler avec un médecin » (C9).

- Parfois un « non » formel ou un « oui » sous conditions :

« Non, c'est pas un sujet que je pense que j'ai à discuter avec lui » (J8) ; « Si je n'arrive pas arrêter oui, c'est sûr (...) - C'est seulement si tu as envie d'arrêter ? - Oui c'est pas d'actualité » (C4) ; « aujourd'hui, non (...) mais quand j'étais vraiment tombée dedans, ça m'aurait vraiment bien aidée » (C10).

3. Les déterminants qui aident les participants à parler de cannabis avec leurs médecins

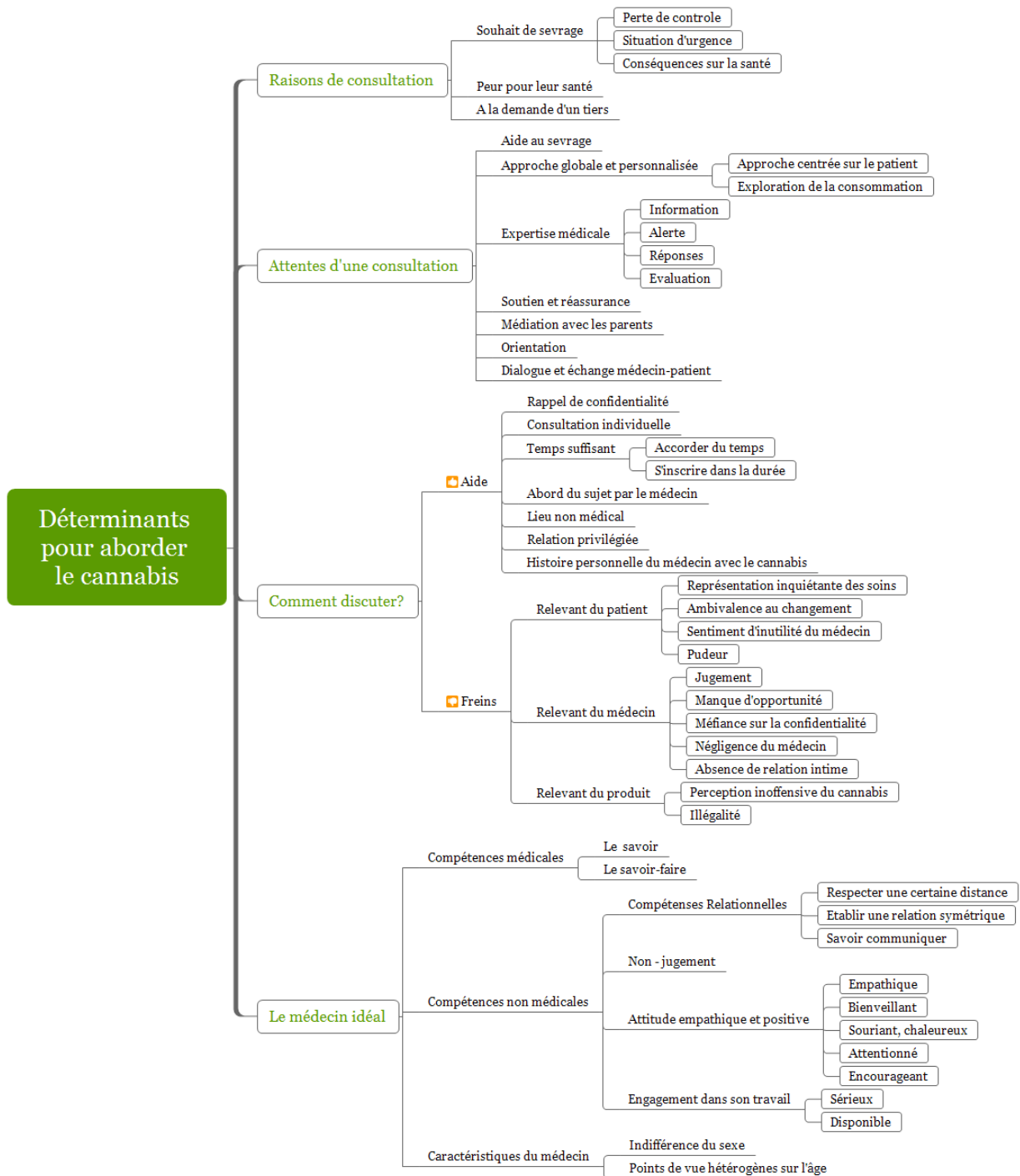


Figure 8 : Les déterminants qui aident les jeunes participants à parler de cannabis avec leurs médecins

A. Les contextes et raisons qui les amèneraient à consulter

A.1 Le souhait de sevrage

Parmi les raisons amenant les jeunes à consulter un médecin généraliste par rapport à leurs consommations, la plupart évoque en premier lieu un souhait de sevrage. Ce souhait répond au dépassement d'un seuil dans leurs consommations : perte de contrôle, situations d'urgence ou apparition de conséquences sur la santé.

- **Souhait de sevrage, pour la plupart :**

« quand (...) tu sais pas où aller pour te faire arrêter » (J7) ; « Si je me dis qu'il faut que j'arrête j'en parlerais à mon médecin » (J10) ; « pour m'aider à décrocher » (C6) ; « quand j'ai eu le déclic de m'arrêter » (C8).

- **Lors d'une perte de contrôle, décrite par quasiment tous les jeunes :**

« si ça devient vraiment trop présent dans ma vie » (J2) ; « si je sens que ma consommation part en vrille, ou que ça va un peu trop loin » (J5) ; « Si maintenant je sens que je dépasse les bornes » (C5) ; « Si jamais je sens que (...) je me mets à fumer toute seule ou trop souvent (C9).

- **Lors d'une situation d'urgence, pour plusieurs :**

« J'étais en train de faire des convulsions par terre (...) Et là je me suis dit y'a un problème » (C10) ; « je suis retournée aux urgences (...) j'ai pris trop de drogues, et je suis restée perchée 5 jours complets » (J9) ; « appelle à l'aide quand c'est la merde (...) sortez-moi de là, au secours » (C1).

- **Lors de l'apparition de conséquences sur la santé, pour quelques-uns (troubles mnésiques, respiratoires ou apparition d'une maladie grave) :**

« si un jour je m'aperçois qu'il y a des effets sur ma santé, que (...) je me rappelle plus de rien » (J3) ; « si j'avais forcé, et que je devais me faire hospitaliser » (J6) ; « S'il m'arrivait quelque chose de vraiment grave et qu'il faudrait que j'arrête (...) Un cancer ou un truc comme ça » (C3)

A.2 La peur pour leur santé

Deux des jeunes interrogés iraient consulter un médecin généraliste par peur des conséquences sur leur santé, notamment de l'addiction :

« C'est vrai que j'ai un peu peur de toutes ces addictions, du coup je pense que j'irais voir un médecin » (C9) ; « Moi ça serait surtout au niveau de la santé, moi comme je suis un peu hypocondriaque, ce qui me fait peur c'est tous les risques dans le sang, par rapport aux artères qui se bouchent » (C7).

A.3 A la demande d'un tiers

Certains jeunes iraient consulter leur médecin s'ils y étaient amenés par un tiers, soit par des remarques de l'entourage sur leur consommation excessive, soit après une prise de conscience avec autre spécialiste :

« être déjà dans une ouverture (...) avec un psychologue ou avec quelqu'un qui m'amène à me dire que la drogue est un problème, j'irais en parler avec mon médecin traitant » (J1) ; « alors ça venait pas de moi (...) c'est ma mère » (J5).

B. Les attentes d'une consultation pour leur consommation

B.1 Une aide au sevrage

La principale attente des jeunes consultant un médecin généraliste par rapport à leurs consommations est une aide au sevrage. Ils précisent parfois qu'ils souhaitent qu'il soit progressif, complet ou incomplet. Beaucoup de jeunes attendent des propositions d'alternatives. D'autres, sans réel souhait de sevrage, consulteraient pour chercher une motivation à l'arrêt.

- Une aide au sevrage, pour tous les jeunes :

« trouver un moyen pour me détacher de ça » (C6) ; « comment faire pour avoir plus de facilité à m'arrêter » (C8) ; « faudrait qu'il puisse me dire des trucs efficaces pour arrêter » (C3) ; « c'est vraiment m'aider à arrêter » (C9).

- Un sevrage progressif, pour quelques jeunes :

« des conseils ou des méthodes sur comment arrêter de fumer, enfin comment diminuer petit à petit » (C2) ; « Mais sans que ce soit direct, comme je disais tout à l'heure, étape par étape » (C9).

- Un sevrage complet ou incomplet :

« comment soit en sortir de là, soit stabiliser » (J7) ; « voir pour des solutions pour qu'il diminue, juste que ce soit vraiment occasionnel » (C9).

- Un souhait de solutions alternatives, pour beaucoup :

« trouver des alternatives pour arrêter plus facilement » (J2) ; « qu'il me trouve des alternatives, enfin pas des alternatives mais ce qui me manquerait, qu'il puisse le remplacer par quelque chose de plus sain » (C9) ; « des mots, des choses à faire, des petits trucs comme ça quand on est dans ses états là » (C10).

- La recherche d'une motivation au sevrage, pour quelques-uns :

« peut-être prendre un rdv en y allant pas forcément avec la grande envie d'arrêter de fumer, mais (...) d'en parler, ça peut peut-être me bousculer » (C2) ; « avant d'arrêter il faut prendre conscience qu'on doit arrêter. Peut-être qu'un médecin (...) pourrait t'amener à cette prise de conscience de la dépendance » (C6) ; « me donner peut-être les dernières clés, pour, pour me motiver » (J10).

B.2 Une approche globale et personnalisée

Une des attentes fortes verbalisée par tous les jeunes sous différentes formes est l'apport d'un regard approfondi du médecin, à la fois centré sur le patient, mais également sur sa consommation et l'expérience qu'elle lui fait vivre. En somme, ils souhaitent que le médecin aille plus loin, que ce soit à propos de ses représentations ou dans la demande initiale formulée par le jeune.

➤ **Une approche centrée sur le patient**

- Chercher à comprendre la personne dans sa globalité, son fonctionnement et son parcours de vie, pour tous :

« comprendre un peu comment il fonctionne » (C9) ; « un médecin qui essayerait de comprendre pourquoi j'en suis là » (J4) ; « vraiment me conseiller en fonction de ma situation » (J1) ; « qu'ils cherchent à comprendre l'ensemble » (J10).

- Leur donner des repères, pour quelques-uns :

« de parler de ce qui est pas normal, pour... Par exemple à mon âge ce que je fais » (J6) ; « ton médecin il est là aussi pour te dire c'est normal d'essayer c'est de ton âge » (C6).

➤ Une exploration de la consommation et l'expérience qu'elle fait vivre au patient

- S'intéresser à la consommation de cannabis, pour la majorité :

« Je lui expliquerais comment je consomme, ce que ça me fait » (C4) ; « chercher à savoir pourquoi les gens consomment des drogues » (J9) ; « savoir ce qui prend le dessus sur l'autre, savoir si c'est l'humeur qui joue sur la consommation ou si c'est la consommation qui joue sur l'humeur » (C7).

- Approfondir le diagnostic en recherchant la cause des maladies, pour beaucoup :

« rechercher la cause [...] qu'ils lient la maladie physique aux problèmes que tu as dans ta vie et dans ta tête » (C6) ; « le pourquoi » (J7) ; « ce serait sympa qu'il approfondisse un peu des fois » (C3) ; « aller chercher vraiment dans le fond » (J1).

- Dépasser le motif de consultation, pour quelques-uns :

« quand la personne ne parle plus, peut-être essayer de creuser un peu derrière » (J9) ; « Qu'il essaye de chercher la petite bête quoi » (C7) ; « qu'il cherche un peu plus » (C10).

B.3 Une expertise médicale

La majorité des jeunes interviewés attendent une information sur les risques de leur consommation de cannabis, afin d'être alertés sur les conséquences individuelles. Pour eux, le médecin est également celui qui apporte les réponses à leurs questions. De plus, ils lui demandent une évaluation des conséquences médicales, un bilan de santé.

- Une information sur les risques, pour beaucoup :

« sache que tu peux avoir ça comme risque » (C6) ; « savoir clairement les conséquences qu'il y a » (J4) ; « il est plus là pour nous informer sur la chose » (C8).

- Une mise en garde, pour plusieurs :

« tu peux avoir vraiment des problèmes de santé » (J8) ; nous mettre en garde » (C8) ; « mettre en garde contre les méfaits » (C7).

- Des réponses aux questions, pour quelques-uns :

« c'est lui qui a les réponses » (C7) ; « qu'il me donne des réponses sur pourquoi j'ai ça » (C4) ; « le médecin d'Arte (...) Il a toutes les réponses aux questions (...) le déroulement logique de ce qui va se passer après » (J7).

- Une évaluation des conséquences par un bilan de santé, pour un petit nombre :

« un 1er renseignement de bilan aussi sur ce que je suis, sur ce que j'ai pu faire depuis que je suis jeune » (C2) ; « j'attendrais de lui qu'il me dise ok si tu veux vérifier ça (...) pour contrôler si je fume plus par période, faire une courbe, voir ce qui va et ce qui ne va pas » (C7).

B.4 Du soutien, de la réassurance

Les jeunes interrogés expriment un désir de soutien et d'aide de la part de leur médecin. Plus précisément, ils attendent que la consultation leur permette d'être rassurés, tranquilisés et encouragés par le médecin.

- Du soutien, pour beaucoup :

« Moi je suis là pour t'aider » (C8) ; « j'aimerais bien qu'il m'aide, qu'il me soutienne en fait dans cette épreuve » (J8) ; « un accompagnement, un mini soutien » (C1).

- De la réassurance et un encouragement, pour de nombreux jeunes :

« démarche de me rassurer » (C7) ; « c'est pour toi pour que tu te sentes mieux, si jamais y'a quelque chose, je te force pas, tu m'en parles tranquille » (C10) ; « me rassurer me donner du courage » (J1) ; « qui encourage » (J8).

B.5 Une médiation avec les parents

La consultation avec le médecin est pour deux des jeunes interrogés une opportunité d'aborder le sujet avec leurs parents, le médecin apparaît comme un médiateur avec l'entourage :

« je lui ai dit si vous voulez en parler à mes parents dites-leur que vous êtes au courant de ma consommation, pour qu'ils arrêtent de s'inquiéter » (C8) ; « ce serait une pierre deux coups, pour en parler en même temps à ma maman » (C9).

B.6 Une orientation

Quelques participants attendent du médecin qu'il les oriente pour la suite de la prise en charge vers les interlocuteurs adaptés, et les aiguille dans le parcours de soin :

« Moi il a réussi à me mettre en confiance pour aller voir l'Addictologue (...) nous donner les contacts à avoir » (C8) ; « il me renverrait vers un spécialiste » (C9) ; « Qui puisse l'aiguiller un peu dans tout ça » (C10).

B.7 Un dialogue médecin-patient, un échange

Beaucoup des interviewés mentionnent le souhait d'un dialogue entre médecin et patient. Il ressortait des entretiens l'intérêt d'une réciprocité dans les échanges. D'une part, ils placent l'écoute du médecin au centre de leurs attentes, comme partie incontournable de la prise en charge, insistant même pour certains sur la fonction libératrice de la parole. En regard, les jeunes se placent également à l'écoute du médecin. Certains attendent un avis de la part d'une tierce personne se situant « à l'extérieur » de la situation. D'autres soulignent l'intérêt qu'ils portent au témoignage du médecin, au partage de son expérience, et cherchent à se situer par rapport à d'autres consommateurs.

- **L'importance du dialogue, pour la plupart :**

« ouvrir le dialogue » (J7) ; « vraiment être juste à l'écoute et discuter. Le dialogue » (C9) ; « franchement ça pourrait être intéressant d'en parler avec quelqu'un » (J4).

- **Un médecin à l'écoute du témoignage du patient, pour tous :**

« qu'il soit à l'écoute » (C7) ; « Si je demande de l'aide médicale, c'est plus de l'écoute (...) juste qui écoute en fait, qui n'essaie pas de commencer à conseiller » (J9).

- **Les bienfaits de la parole, libératrice, pour quelques-uns :**

« mais surtout je pense en parler, pouvoir en parler ouvertement » (C7) ; « ça me libère d'en discuter » (J6).

- **Un patient à l'écoute du témoignage du médecin, pour un certain nombre :**

« Des photos, [...] des exemples de jeunes comme moi qui peut être ont une vie comme ça... » (C2) ; « d'entendre son vécu ça aide beaucoup » (C8) ; « ça me rassurerait d'entendre d'autres expériences » (J10).

- Un patient à la recherche d'un point de vue extérieur, dans une moindre mesure :

« j'irais voir un médecin pour au moins avoir un avis extérieur sur la chose parce que quand on réfléchit sur soi-même c'est toujours par rapport à un point de vue, et on voit pas tout ce qui se passe » (C6) ; « Un point de vue extérieur » (J5).

C. Comment discuter ?

C.1 Ce qui aide à aborder le sujet en consultation

C.1.a. Le rappel de confidentialité

Pour l'ensemble des jeunes participants, le respect du secret médical est une condition importante à formuler et à respecter afin de pouvoir engager le dialogue :

« que ça reste confidentiel » (J2) ; « que le médecin dise que ça reste là » (J5) ; « déjà aussi mettre en confiance avant par rapport au secret médical » (C8) ; « bien mettre ce lien : je le dirai pas à tes parents » (C10).

C.1.b. Une consultation individuelle

Spontanément, plusieurs jeunes mentionnent qu'ils voudraient être seuls avec le médecin en consultation, non accompagnés d'une figure d'autorité. Un jeune émet l'idée de pouvoir être accompagné d'un ami :

« pour l'intimité ou autre je préfère être tout seul, pour me sentir plus à l'aise » (C7) ; « Sans les parents, le médecin il dit « excusez-moi je vais faire un check avec votre fille, ou avec votre fils, vous pouvez sortir et rester dans la salle d'attente deux minutes » (C10) ; « Soit tout seul de son plein gré, soit avec un pote, accepter aussi qu'un entretien puisse se faire à deux (...) si c'est avec tes parents qui te forcent ou une personne qui entre guillemets a du pouvoir sur toi, je pense pas que c'est un bon délire » (C5).

C.1.c. L'importance de laisser du temps

Beaucoup de participants soulignent la nécessité que le médecin généraliste leur accorde du temps lors de la consultation, et que la prise en charge s'inscrive dans la durée.

- Un temps de consultation suffisant, pour beaucoup :

« quelqu'un qui prend pas de rendez-vous à une demi-heure d'intervalle (...) et te consacrerait le temps dont tu as besoin » (C6) ; « que je sente pas qu'il est pressé quoi » (J10) ; « je pense que y'a besoin d'un médecin qui prenne le temps, pour parler, et pas qui pense au patient d'après » (J1).

- Une prise en charge dans la durée, pour une bonne part :

« comme un petit suivi, faire un petit check-up tous les six mois par rapport à la consommation » (C7) ; « si on fait des points régulièrement (...) au moins tu te dis que dans deux semaines tu seras content d'aller dire à quelqu'un que tu as réussi et que t'arrives à t'en sortir » (C10) ; « Arriver sur les questions personnelles bien plus tard » (C5).

C.1.d. Un abord du sujet par le médecin

Les jeunes souhaitent majoritairement que le médecin leur pose directement la question de leur consommation de cannabis. Ceci est même considéré par certains jeunes comme une marque d'intérêt de la part du médecin. En effet la plupart des jeunes participants ne se sent pas capable d'aborder le sujet, ou en doute. Seuls trois jeunes déclarent qu'ils aborderaient le sujet eux-mêmes en cas de nécessité d'être pris en charge. Pour quelques-uns, il est nécessaire d'avoir un prétexte pour aborder le sujet : la réalisation d'un sondage, une étude, un certificat, ou aborder en même temps d'autres thèmes comme le tabac ou la prévention des risques sexuels.

- Un sujet abordé directement par le médecin, pour quasi-tous :

« Alors que si lui il amenait la question et ben ça me dérangerait pas du tout d'en parler » (J4) ; « je dirais pas c'est intrusif, si c'est un vrai problème il faut poser les questions » (C1) ; « Il faut qu'il aborde la question » (C10) ; « Faudrait que lui il lance, il pose des questions » (J7).

- Un abord perçu comme une marque d'intérêt, pour quelques-uns :

« je me serais dit, ah, il s'intéresse à un truc plus général que ce pourquoi je viens le voir » (J10) ; « Je me dirais ah tiens il s'intéresse un peu quand même à moi, il voit pas que ce dont pourquoi je vais le voir » (C10).

- Un sujet non abordé par les jeunes, pour la grande majorité :

« moi j'irais pas lui en parler directement » (J2) ; « je suis pas sûre que ça sortirait » (C9) ; « je pense que je lui aurais dit s'il m'avait demandé. Mais de moi-même, non... » (J10).

- Un sujet abordé d'eux-mêmes, pour trois jeunes :

« si on veut se faire soigner on doit en parler, du coup c'est pas tout le temps le médecin qui doit demander » (J3) ; « je le dirais, tout simplement » (J4) ; « heu... que je rentre dans le bureau et que... qu'elle me demande pourquoi je viens, et je lui parlerais un peu de ma consommation » (J5).

- L'utilisation d'un prétexte pour aborder le sujet, dans une moindre mesure :

« je pense qu'il faut pas que ce soit bon tu fumes, j'aimerais que tu reviennes me voir parce que j'aimerais te poser des questions. Personne ne reviendra jamais quoi [...] Commencer pour une sorte de sondage » (C5) ; « Je pense que d'aborder juste ce thème-là, ça peut être bizarre, [...] Le tabac, le sexe, la prévention des choses comme ça » (C10) ; « faire un certificat en sport » (J2).

C.1.e. Un lieu non médical

Quelques participants évoquent l'importance du lieu, et notamment le souhait d'un lieu non médical, calme, où les espaces sont repensés pour qu'ils soient chaleureux :

« Pas un lieu médicaux » (J7) ; « Après l'environnement où on est peut-être que ça ça peut aider » (C9) ; « un espace bien plus accueillant, (...) Un truc un peu plus confortable, où on se sent en sécurité, (...) rien qu'un fauteuil un peu arrondi avec des coussins en fait on se sent en sécurité, on a plus envie de se lâcher » (C10).

C.1.f. Une relation privilégiée avec leur médecin

Pour favoriser la discussion, les jeunes participants évoquent souvent la nécessité d'un lien privilégié avec le médecin, basé sur une relation de confiance ou un « bon feeling ». Certains jeunes mettent en avant l'intérêt d'utiliser un langage compréhensible et de redéfinir les mots qui font peur comme « addictologie ». Ainsi, les jeunes soulignent l'importance d'une relation singulière avec le médecin, et signalent se confier plus facilement à leur médecin habituel.

- Une relation de confiance avec le médecin, pour de nombreux jeunes :

« Bien mettre en confiance la personne pour qu'il ait plus de facilité à aborder le sujet » (C8) ; « je pense que pour parler de ces choses-là il faut quand même une ambiance, un lien, qu'il y ait de la confiance (...) je pense que ça sera jamais la première fois mais au bout d'un certain temps » (C10).

- Un « bon feeling » avec le médecin, pour deux :

« le fait d'avoir une bonne accroche avec ce médecin-là » (C8) ; « qu'il se passe un bon feeling, ça se ressent » (C1).

- Un langage compréhensible et rassurant, pour certains :

« sans faire des phrases qu'on comprend pas » (J1) ; « certains mots médicaux vis-à-vis de l'addiction et autres, ça peut faire peur à certains, donc leur donner la définition du mot qui peut être choquant, ça c'est important je trouve » (C8) ; « quelqu'un (...) qu'on arrive à comprendre tout de suite » (C2).

- Une relation singulière, avec le médecin habituel, pour plusieurs :

« si c'est mon médecin généraliste, vu que je le vois souvent, ben heu j'aurais pas de complication à lui parler parce que ça fait un moment qu'il me suit. Il me connaît, il sait comment je suis » (J8) ; « je savais que je pouvais avoir une discussion avec lui vis-à-vis de ça » (C8) ; « il doit en savoir un peu sur toi » (C5).

C.1.g. Histoire personnelle du médecin avec le cannabis

Trois jeunes mettent en avant que l'histoire personnelle du médecin peut aider à aborder le sujet, lorsque le médecin a été lui-même consommateur ou en contact avec un entourage consommateur :

« qui m'a beaucoup amené à avoir plus de facilités à lui parler de drogues. Ça lui est arrivé, donc du coup il sait de quoi il parle » (C8) ; « Que lui-même dise qu'il en a peut-être déjà consommé » (C9) ; « un médecin qui a consommé des drogues dans sa jeunesse » (J9).

C.2 Les freins à l'abord du sujet en consultation

Nous distinguons des freins relevant du patient, du médecin et du produit.

C.2.a. Freins relevant du jeune patient

➤ Représentation inquiétante des soins en addictologie

Plusieurs jeunes interrogés sont dissuadés de parler de leur consommation par peur de la prise en charge engendrée, notamment du centre de désintoxication :

« raconter que j'avais des hallucinations, que j'entendais des gens (...) on se dit mais elle est tarée, je l'envoie en psychiatrie direct » (C10) ; « je pense qu'il va m'amener vers des trucs plus « radical ». Style hôpitaux, centre de désintoxication » (J7) ; « placer le mot toxicomanie (...) est-ce que tu veux que je t'enferme psychiatriquement (...) ça fait un peu peur » (J9).

➤ Ambivalence au changement

Beaucoup de jeunes ne voient pas l'intérêt de parler de leurs consommations car ils n'ont pas de motivation au changement, en particulier pas de souhait de sevrage. Ils précisent la nécessité d'une prise de conscience au préalable à la consultation. En effet, ils ont le sentiment de ne pas avoir de problème médical, ils n'ont pas besoin d'en parler car ils n'ont pas de problème de santé associé.

- Pas de souhait de sevrage, principalement :

« j'ai pas forcément envie d'arrêter de fumer du cannabis » (J3) ; « s'il me disait oui c'est vraiment pas bien il faut que tu arrêtes de fumer tout ça, après je le ferais pas forcément, parce que c'est mon choix de vie aussi » (C7).

- Absence de motivation au préalable, pour une petite part :

*« En fait c'est vrai qu'il faudrait déjà que j'ai envie moi de changer par rapport à ça » (J10) ;
« Ma motivation, faut vraiment que dans ma tête je... ce qui déclencherà le fait que je veux vraiment le faire » (C2) ; « ça fait partie de sa vie adulte et son développement, imaginer sa vie sans ça je pense pas que ce soit trop possible. Donc le réflexe d'aller voir un médecin... » (C5).*

- Sentiment de ne pas avoir de problème médical, pour beaucoup :

*« j'ai jamais eu de (...) problèmes médicaux qui pouvaient être en rapport avec ça » (J4) ;
« Tant que j'ai pas de problème de santé vis-à-vis de ça » (J8) ; « Bin déjà j'étais pas malade, et pourquoi ? » (C1).*

➤ Sentiment d'inutilité du médecin

Beaucoup de jeunes déclarent ne pas vouloir évoquer leur consommation avec le médecin car ils ont des doutes sur les rôles attribués au médecin généraliste, ou sur ses compétences professionnelles. Parfois, la prise en charge médicale leur paraît inutile car ils ont la sensation de pouvoir arrêter seul.

- Des doutes sur les rôles attribués au médecin généraliste, pour quelques-uns :

*« ça va pas venir à l'idée d'aller le voir parce que je me sens pas bien dans ma peau » (C6) ;
« ça se confond un peu avec la psychologie, je sais pas trop si on peut en parler au médecin » (C10).*

- Des doutes sur les compétences professionnelles du médecin, pour peu de jeunes :

« quand on parle de drogues avec des gens qui sont pas forcément renseignés sur les dernières études, sur pourquoi les jeunes consomment (...) certes il a fait des études, mais est-ce qu'il y connaît quelque chose réellement à l'addiction » (J9) ; « Pour moi, la prévention, je sais pas si ça sert vraiment à quelque chose (...) est-ce que ça va arrêter les gens d'essayer de commencer et de continuer, je ne pense pas » (C9).

- Une sensation de pouvoir arrêter seul, parfois :

« j'ai vu que seul je pouvais y arriver » (C8) ; « j'avoue le cannabis je pense être capable d'y arriver tout seul » (C2).

➤ Difficulté de se livrer inhérente au tempérament

Pour certains jeunes interrogés, la difficulté de parler de leur consommation est en lien avec leur pudeur, la difficulté de parler d'eux-mêmes et de se livrer en général :

« c'est la période de l'adolescence où tu restes enfermée dans ta chambre, tu parles à personne » (C6) ; « Parler de moi-même c'est super dur » (C10).

C.2.b. Freins relevant du médecin

➤ Le jugement

Pour la majorité des jeunes interrogés, le principal frein pour aborder le sujet est la confrontation à une attitude de jugement de la part du médecin, à travers un discours moralisateur, un dénigrement du cannabis ou dans la communication non verbale.

- Un discours moralisateur, pour la plupart :

« selon le jugement qu'il pourrait avoir. J pense que ça pourrait me freiner un peu » (J2) ; « le côté moralisateur » (J3) ; « le fait de dire que c'est mauvais pour la santé c'est un petit peu agaçant » (C3) ; « Il y a des médecins qui te feraient la morale direct et qui vont te dire la drogue c'est mal » (C6).

- Un dénigrement du cannabis, pour quelques-uns :

« Puis, peut-être arrêter de dire que ça rend vraiment débile (...) je pense que ça braque les gens » (C9) ; « qui dénigre pas la chose en en parlant mal, en disant le cannabis c'est pas bien, c'est mal, c'est illégal (...) c'est sûr que le patient il va se fermer sur lui, il va se dire c'est bon c'est un anti-droque ça sert à rien de parler » (C8).

- Un jugement perçu dans la communication non verbale, pour plusieurs :

« si on voit qu'il y a de la critique dans son regard. Je pense que j'oserais pas, j'aurais même pas envie d'en discuter plus, de me défendre... Ça me fermerait je pense » (C9) ; « Si c'est quelqu'un qui fait une grimace parce que ça sent on a moins envie d'en parler parce qu'on se dit que la personne elle est contre » (C8).

➤ Le manque d'opportunité

Les jeunes mettent largement en avant le manque d'opportunité comme frein pour aborder le sujet. Ils voient peu leur médecin traitant, et lorsque c'est le cas, les jeunes expliquent que le sujet n'est pas abordé.

- La faible fréquence des consultations, pour un grand nombre :

« la dernière fois que je l'ai vu c'était il y a 3 ans » (J3) ; « je vois au final occasionnellement parce que je ne suis pas très assidue au niveau de ma santé » (C6) ; « je ne l'ai pas vu souvent » (C7) ; « l'occasion s'est pas vraiment présentée » (J4)

- Le sujet n'est pas abordé, pour la majorité :

« j'ai pas lancé le sujet avec elle et elle non plus d'ailleurs » (J1) ; « il m'a jamais posé de questions à ce sujet-là ou quoi, donc j'ai pas pensé après à en parler avec lui » (J8) ; « Après en rapport avec le cannabis, on a jamais eu de conversation » (C5) ; « vu que lui il aborde pas le sujet, du coup c'est plus dur à aborder » (J7).

➤ Une méfiance sur la confidentialité

Quasi tous les participants, bien qu'ayant connaissance du secret professionnel auquel est tenu tout médecin, émettent des doutes sur le respect du secret médical. Pour les interviewés, ce risque est d'autant plus présent que le médecin est proche du reste de la famille.

- Des doutes sur le respect du secret médical, pour une majorité :

« il peut toujours en parler à quelqu'un que tu connais pas » (J7) ; « il y a toujours le doute qu'il dise à la famille » (C1) ; « je pensais qu'il allait tout raconter à ma mère, c'est vraiment ce qui m'avait bloqué » (C10).

- Proximité du médecin avec les parents, en général :

« il connaissait toute ma famille, fin, c'est pas le genre de trucs que j'aurais abordé avec lui » (J2) ; « le médecin de famille est en contact des parents, donc si on lui parle de ça, il a peut-être le secret professionnel, mais il va peut-être mettre au courant les parents pour ne pas les inquiéter » (C8).

➤ Une négligence de la part du médecin

Les participants soulignent que le manque de considération et de disponibilité, le bâclage de la part du médecin, sont des freins pour aborder le sujet.

- Le manque de considération du médecin, pour une bonne part :

« elle me faisait un monologue comme ça sans me regarder, sans même me regarder, du coup j'avoue que tout ce qu'elle me disait j'en avais rien à foutre (...) elle ne savait pas vraiment quel était mon problème » (J10) ; « C'est vraiment on passe, qu'est-ce que vous avez, qu'est-ce que vous ressentez, et basta. Il n'y a pas... il ne cherche pas » (C10) ; « Le bâclage, elle a pas voulu en savoir plus de moi » (C8).

- Le manque de disponibilité, la rapidité des consultations, pour un certain nombre :

« te caser de telle heure à telle heure c'est toi, et après j'ai plus le temps désolé, il y a la personne d'après » (C6) ; « Si c'est pour que je commence à lui dire quelque chose et que ça sonne, qu'il décroche » (C10) ; « Après elle débite à un point (...) sachant que y'a d'autres personnes qui sont malades » (J1) ; « c'est un peu à la va-vite » (C7).

➤ L'absence de relation intime

Les jeunes interrogés relèvent comme frein l'absence de lien intime avec le médecin généraliste. Ils rappellent qu'un discours inadapté, catastrophiste ou expéditif, peut constituer un frein pour parler des consommations.

- Une absence de relation intime, pour beaucoup :

« j'ai pas un rapport assez intime avec elle pour parler de ce genre de choses » (J1) ; « Pas assez proche » (C1) ; « y'a pas vraiment de relation en fait » (J4).

- Un discours inadapté, catastrophiste ou expéditif, dans une moindre mesure :

« Ils vont peut-être te faire flipper plus rapidement sur un petit truc : « oui mais vous savez monsieur si c'est une verrue vous ne l'enlevez pas, ça va grossir grossir et on va peut-être vous amputer le pied » (C5) ; « les médecins sont pas assez psychologues » (C6) ; « s'il est sec dans ses paroles » (C8).

C.2.c. Freins relevant du produit et des représentations des participants

➤ La perception du cannabis : une drogue inoffensive

Pour beaucoup de participants, le fait de ne pas aborder le sujet en consultation est en lien avec leurs représentations du cannabis : ils considèrent que ce n'est pas une « vraie drogue », ou une « drogue douce ». Les jeunes participants estiment qu'il n'y a pas d'effets délétères sur la santé ou peu. En comparaison avec l'alcool, le tabac ou d'autres drogues, le cannabis est pour un certain nombre moins néfaste. Il ne provoque pas de dépendance physique, et les jeunes ont une sensation de contrôle de leur consommation.

- **Peu ou pas d'effets délétères sur la santé, pour une bonne part :**

*« mon père la fait pousser, il n'y a pas d'engrais. Il n'y a pas de booster, elle est saine » (C6) ;
« je connais aucun effet, sauf sur les neurones. Franchement je me demande ce que ça fait (...) Parce que je me sens bien, j'ai plus mal, donc c'est vrai qu'on se demande un peu pourquoi c'est pas bien des fois » (C10).*

- **Moins néfaste que l'alcool, le tabac ou d'autres drogues, pour plusieurs :**

« c'est moins grave je pense sur ma voix, que si je fumais 10 cigarettes par jour, de fumer un ou 2 joints » (J10) ; « Autant je fume du cannabis pour le plaisir, autant quand je fume une cigarette c'est parce que j'ai envie de fumer » (C3) ; « le cannabis à côté c'est rien » (J7).

- **Pas de dépendance physique et sensation de contrôle de la consommation, pour beaucoup :**

« c'est pas une addiction physique, (...) c'est vraiment psychologique » (J4) ; « Moi je ne me voyais pas addict à ça » (C8) ; « Je sais que j'en suis pas accro » (J8) ; « pour moi c'était récréatif, je suis pas tombée dans le trop, je suis pas tombée dans l'addiction » (J9) ; « je sais qu'avec le cannabis je peux rester dans le contrôle » (C10).

➤ Illégalité

Une jeune participante note que l'illégalité du cannabis est un frein pour aborder le sujet en consultation :

« Parce que c'est illégal (rires) donc c'est pas le truc que tu vas crier sur les toits » (C6).

D. Le médecin idéal

D.1 Des compétences médicales

D.1.a. Le savoir

Lors des entretiens, un bon nombre de jeunes mettent en avant le savoir du médecin. Il doit être compétent, et avoir une formation continue :

« que je sente aussi qu'il est compétent » (J10) ; « quelqu'un dont on voit qu'il sait de quoi il parle (...) qui maîtrise le sujet » (C2) ; « qui est un minimum au courant des études qui sortent, de tout ce qui est fait médicalement par rapport à ça » (J9).

D.1.b. Le savoir-faire

Plusieurs jeunes précisent l'importance pour un médecin de dépasser son savoir théorique en faisant appel à son sens clinique et à son expérience pratique, pour une application éclairée des connaissances :

« le médecin idéal ne prescrirait pas forcément d'antibiotiques » (C6) ; « quand les médecins nous disent qu'on arrive à l'âge de 16 ans, de faire le vaccin du col de l'utérus. Pas de nous le dire juste parce qu'il touche des sous sur ce qu'il va vendre (...) Est-ce que c'est vraiment une bonne idée, ou est-ce que ce n'est pas une bonne idée, en fonction des personnes » (C10) ; « qui puisse vraiment me conseiller en fonction de ma situation, sans me dire 'tu devrais aller prendre tel traitement' » (J1).

D.2 Des compétences non médicales

« Je sais pas si à l'école ou dans la formation ils apprennent vraiment à être au contact avec les gens où ils apprennent seulement à faire de la médecine » (C10)

D.2.a. Compétences relationnelles

➤ Se placer à la bonne distance

Les jeunes interrogés développent les différentes postures du médecin généraliste, pour la plupart, ils apprécient une certaine distance dans la relation. Le médecin doit savoir parfois recadrer le patient. Pour un jeune interrogé, le médecin doit plutôt être familier.

- Un médecin à la bonne distance, pour la plupart :

« c'est peut-être le truc qui m'a le plus mis en sécurité pour le moment, cette distance qu'il y avait (...) Parce que après on se dit si je veux du jour au lendemain je vais plus le voir, il se passera rien » (C10) ; « faut pas non plus que le médecin soit un pote non plus » (C1) ; « je n'aime pas les médecins qui nous connaissent trop » (C8).

- Un médecin qui sait recadrer son patient, pour plusieurs :

« j'ai besoin d'un médecin qui saura me remettre en place » (J8) ; « besoin d'être vachement cadré » (C1) ; « Et surtout qu'ils sachent nous remettre les pendules à l'heure aussi, parce que c'est important d'entendre certaines vérités (...) il faut aussi mettre la personne face à ses responsabilités » (C4).

- Au contraire, un médecin familier via l'humour et le tutoiement, pour un seul :

« avoir un petit côté humour ça peut être sympa quand tu vas voir un médecin. Ça brise la glace. (...) tu as plus envie de t'intéresser, tout de suite quand c'est le tutoiement, tu as plus envie de parler proche avec la personne » (C5).

➤ Etablir une relation symétrique

Les jeunes suggèrent à plusieurs reprises l'importance d'un médecin humain, pour une relation d'égal à égal avec lui :

« pas un comportement supérieur de parce que 'moi j'ai fait des études machin truc', qui se place d'égal à égal » (J9) ; « humain » (J10) ; « moi j'aime bien quand il y a vraiment un rapport humain » (C5).

➤ Développer ses capacités de communication

Les capacités de communications du médecin idéal sont largement développées par les jeunes enquêtés. Le médecin doit avoir une bonne capacité d'écoute et élargir le motif de consultation :

« pas simplement par des manières médicales, mais en paroles tout ça... » (J9) ; « quelqu'un qui est à l'écoute, qui peut conseiller aussi » (C4) ; « pour moi ce serait quelqu'un qui est à l'écoute qui à la fois poserait des questions qui n'ont rien à voir avec, pour te mettre un petit peu dans le bain » (C5).

D.2.b. Le non-jugement

Pour l'ensemble des jeunes interrogés, l'absence de jugement est une qualité essentielle du médecin. Ils précisent notamment qu'ils souhaitent un médecin ouvert d'esprit, sans barrière ni interdits, qui dépasse ses représentations éventuelles, en ne faisant pas d'amalgame.

- Un médecin qui ne juge pas, pour quasi-tous :

« qui soit pas en train de me juger » (J8) ; « déjà que je ne sente pas de jugement, ça c'est vraiment la base » (J10) ; « Où on peut parler librement, sans être jugé sans avoir peur de quoi que ce soit » (C4) ; « Pour moi un médecin c'est vraiment neutre, il a pas d'avis » (C10).

- Un médecin ouvert d'esprit et sans amalgame, pour de nombreux jeunes :

« médecin ouvert d'esprit » (J4) ; « sans préjugé (...) c'est pas parce que on a fumé des joints ou telle ou telle drogue qu'on est un drogué ou toxicomane » (C8).

- Un médecin sans barrière et interdits, pour quelques jeunes :

« Si tu veux fumer tu fumes, personne pourra jamais t'interdire de fumer (...) J'ai jamais eu de barrière dans la discussion de drogue avec mon médecin. Il a toujours ouvert les portes ça c'est très important » (C8) ; « on peut nous dire c'est pas bien mais il faut pas être fermé, sinon moi personnellement je sais que je me braque » (C4).

D.2.c. Une attitude empathique et positive à l'égard de son patient

De nombreux participants précisent qu'un médecin doit faire preuve d'empathie à l'égard du patient lors de la consultation. D'autre part, les jeunes insistent presque tous sur les qualités psychologiques individuelles du médecin. Il doit avoir une attitude positive à l'égard de son patient.

- Un médecin qui se met à la place de son patient, pour plusieurs :

« se mettre à la place de la personne » (C9) ; « qu'il essaie de se mettre à ma place » (J4) ; « un médecin qui se mette dans la peau de... de la personne qui est en face de lui » (J6).

- Un médecin bienveillant, pour quelques-uns :

« j'aime bien ressentir quand les gens ils sont juste bienveillants » (J10) ; « il faut plus porter la personne, être doux » (C8).

- Un professionnel souriant et chaleureux, précisé par certains :

« j'aime pas ces gens qui sont froids ça me rebute » (C1) ; « affectueux un minimum, un minimum de chaleur c'est hyper important » (C4) ; « il m'a dit tu sais tu peux me le dire, il m'a fait comprendre qu'il le sentait, avec un sourire, il en rigolait » (C8).

- Une personne attentionnée, pour beaucoup :

« une grande attention » (J1) ; « Si on s'intéresse à toi t'as envie de t'intéresser à la personne par la suite » (C5) ; « J'aime sentir que la personne en face de moi un minimum d'intérêt » (C4) ; « il est attentionné quoi » (J10).

- Un médecin encourageant, valorisant, notion ressortie à quelques reprises :

« Que au contraire je vais m'en sortir et que je vais pas tomber au plus mal » (J8) ; « m'encourager mais de façon pertinente » (J1).

D.2.d. Un engagement dans son travail

Beaucoup de jeunes signalent l'importance d'un médecin sérieux, impliqué et disponible dans son travail.

- Un professionnel sérieux et attentif :

« Le médecin idéal, oui c'est ça, on a l'impression qu'il le fait vraiment sérieusement (...) Qu'il balance pas tout et n'importe quoi » (C10) ; « Le professionnalisme » (C2) ; « être super attentif » (J10).

- Un médecin impliqué et disponible :

« qui se sente concerné » (J10) ; « et dans ce cas-là si un moment tu te sens pas bien, si y'a un problème, tu viens me voir et moi je suis là » (C6) ; « il me dise « alors, t'en es où ? il faudrait qu'on se voie » (J3).

D.3 Genre et âge du médecin

D.3.a. Indifférence du genre du médecin

Les jeunes étaient ou semblaient indifférent au genre du médecin pour aborder leur consommation de cannabis, la plupart n'ayant pas abordé cette caractéristique :

« Le sexe du médecin je m'en fiche » (C3).

D.3.b. Points de vue hétérogènes sur l'âge

Au cours des entretiens, il ne ressort pas de franche préférence concernant l'âge du médecin. Plusieurs jeunes décrivent un médecin avec peu d'écart d'âge comme étant plus apte à les comprendre, contrairement aux médecins plus âgés considérés parfois « vieux-jeu ». Au contraire, d'autres associent l'âge avancé du médecin à l'expérience ou au respect.

- Un médecin jeune pour se sentir proche, pour quelques-uns :

« de notre tranche d'âge, même si y'a une différence, mais pas trop grande » (J5) ; « pas trop vieux non plus » (J9) ; « ils sont des fois peut-être plus terre à terre et plus tranchants, des médecins plus ou moins âgés en fin de carrière (...) commencent à être un peu vieille école » (C5).

- Un médecin plus âgé, marque d'expérience et de respect, pour deux :

« quelqu'un plutôt d'âgé, j'aurais plus de respect » (C2) ; « Je dirais qu'on a plus de facilité à faire confiance à quelqu'un de plus âgé » (C6).

IV. DISCUSSION

1. La consommation de cannabis chez les jeunes

Nous avons débuté notre étude en dressant un état des lieux des jeunes participants et de leur rapport au cannabis, afin de définir au mieux notre population, et d'avoir des éléments de compréhension supplémentaires sur leurs attentes. Nous avons exploré leurs consommations, les effets recherchés et leurs sens, leur évolution et leurs conséquences.

A. Les effets recherchés

Dans notre enquête, les jeunes mentionnaient en premier lieu un usage de cannabis récréatif ou festif, avec une recherche de plaisir, comme c'est souvent le cas lors des initiations. En plus d'apprécier le goût du produit lui-même, ils recherchaient la désinhibition, la convivialité et l'euphorie. Dans un autre contexte, cette fois solitaire, la consommation de cannabis était une récompense de fin de journée, un moment de plaisir non partagé, leur apportant détente et relaxation. De plus, consommer du cannabis était décrit comme une nouvelle expérience, permettant de chercher ses limites, s'intégrer à un groupe, ou marquer son indépendance. La recherche du plaisir et le renforcement du sentiment d'identité sont des motivations bien décrites dans la littérature (61). En effet, contrairement aux idées communément admises, reprises parfois en santé publique, il apparaît que la plupart du temps, l'usage de cannabis est sous-tendu par la notion de « plaisir » et n'est pas vécu comme une prise de risque délibérée (62). L'opposition entre les motivations des consommateurs et les valeurs véhiculées dans certains discours préventifs peut être une piste de compréhension de leurs limites (1).

D'autre part, la stimulation de la créativité était un effet recherché par plusieurs interviewés, principalement dans des domaines artistiques (musique ou arts plastiques). Cet effet est qualifié dans la littérature de « dopant », le cannabis ayant une fonction d'inspiration ou de « facilitateur » pour augmenter sa motivation et ses performances (63). Il fait naître une contradiction entre les effets motivationnels ressentis et les effets amotivationnels bien connus du cannabis, qui peut elle aussi participer à une confusion dans la réception des messages de prévention par le jeune public. Il peut être intéressant, selon nous, d'expliquer aux jeunes consommateurs que le cannabis peut susciter des effets différents voire opposés, en fonction de

variables contextuelles, en amplifiant l'état d'esprit du moment, et que c'est l'apathie qui domine au-delà de certaines doses (63).

Enfin, dans notre étude, les jeunes participants utilisaient le cannabis à des fins auto-thérapeutiques. Ils recherchaient les effets somnifère, anxiolytique et antalgique, leur permettant de s'apaiser, se recentrer, mettre à distance les problèmes, voire combler un vide. Le cannabis agissait comme régulateur pour une grande proportion des jeunes interrogés. Dans la littérature, la consommation est souvent décrite comme forme d'automédication ou d'échappatoire, pour contrôler l'anxiété et le stress, ou pour oublier les difficultés du quotidien (63)(61)(11). Les enquêtes quantitatives révèlent d'ailleurs que les jeunes usagers réguliers de cannabis, consomment plus « pour mieux dormir », « par habitude » et « pour surmonter des difficultés », parmi l'ensemble des usagers de la substance (1). Il nous semble important de préciser que ces usages auto-thérapeutiques étaient fortement représentés dans nos résultats. Le dispositif barométrique nord-américain *Monitoring the Future*, met en évidence que les adolescents qui consomment du cannabis pour surmonter une épreuve ou se « défoncer », sont les plus à risque d'installation dans un usage problématique (64). Cela peut laisser supposer que dans notre étude, une proportion élevée des jeunes recrutés est à risque d'installation dans ces consommations problématiques de cannabis.

B. Les contextes et l'évolution des usages

L'âge moyen des premières expérimentations était dans notre étude de 14 ans, inférieure à la moyenne en France évaluée en 2017 à 15,3 ans. Cette précocité pourrait être le symptôme d'une situation de vulnérabilité particulièrement marquée chez nos participants. Les initiations s'effectuaient toujours en groupe, avec des pairs. Dans la littérature, la sollicitation du groupe est un facteur essentiel des consommations, la fréquence d'usage de cannabis étant corrélée avec le nombre de camarades usagers (65)(66). De plus, le réseau de relations de l'adolescent peut jouer un rôle direct dans l'accès au produit, comme c'est le cas dans nos résultats, pour trois jeunes filles dont le compagnon avait une activité de deal. Ceci est à mettre en lien avec une offre omniprésente, bien décrite par les participants, qui conforte les données sur la diffusion du

cannabis, particulièrement importante en Languedoc-Roussillon¹⁹ (67). Au contraire, les membres du groupe peuvent avoir un rôle dans l'élaboration de limites aux consommations, ce qui ressortait peu dans nos résultats (68). Les jeunes interrogés mentionnaient également l'influence du contexte familial, qui était pour la plupart un frein à leurs consommations. Néanmoins, pour plusieurs, l'usage de cannabis d'un ou des parent(s), un environnement permissif ou un regard positif vis-à-vis des drogues, favorisait leur consommation. Des travaux révèlent qu'un support familial défaillant, ou l'existence de troubles psychiatriques ou addictifs chez les parents, constituent des facteurs de vulnérabilité aux usages de substances pour les jeunes (69).

Les jeunes enquêtés décrivaient ensuite différentes trajectoires d'usage, marquées par un emballement des consommations, puis des tentatives de contrôle. Les pratiques s'intensifiaient progressivement, jusqu'à un seuil maximal, concordant souvent avec les premières années d'indépendance ou d'éloignement parental. Cette accélération pouvait être déclenchée par un événement de vie traumatisant, comme une rupture amoureuse, un abus sexuel, ou l'abandon d'un parent. Ce lien entre usage problématique et mal-être lié à des traumatismes (plus ou moins anciens) a été largement démontré sur le plan statistique (70). Selon la théorie de l'attachement décrite par Bowlby, les expériences infantiles précoces peuvent avoir un impact sur les capacités à répondre aux enjeux de l'adolescence (71). La faculté de l'adolescent à trouver sa place parmi ses pairs, à s'inscrire dans des relations sociales élargies, à se construire une image positive de lui et à utiliser ses compétences, va dépendre de la qualité des interactions et de l'investissement dont il a été l'objet dans l'enfance (15)(32). Il nous paraît donc utile de repérer ces facteurs de vulnérabilité en consultation avec les jeunes patients.

Si certains continuaient à consommer en groupe, beaucoup se mettaient à fumer seul, comme la littérature le souligne pour la plupart des usagers réguliers (72). En effet, la pression informelle que les pairs génèrent s'affaiblit avec le temps, au fur et à mesure que s'installe l'identité de fumeur de cannabis. Beaucoup de participants rapportaient ensuite des tentatives de contrôle de la consommation, voire de sevrage. Ils décrivaient pour cela des stratégies de

¹⁹ Etude réalisée en 2014, avant la création de la région Occitanie.

gestion de l'usage en se fixant des objectifs de limitation de consommation à certaines occasions, ou en modifiant leur technique. Ces résultats sont superposables à ceux d'une étude qui s'intéresse à la dynamique de consommation, dans un échantillon représentatif d'utilisateurs de cannabis à Amsterdam (73). Ils étaient décrits également par Becker en 1963, comme étapes appartenant à « la carrière » du fumeur de marijuana (19). La volonté de réduire leur usage était motivée par plusieurs raisons, comme la peur d'une réprobation parentale, le désir de se sentir mieux et plus actif, les obligations scolaires et futures responsabilités familiales ou professionnelles, ou encore la prise de conscience de changements corporels, thèmes décrits dans la littérature (63). D'autre part, beaucoup de jeunes utilisateurs avaient la perception d'une consommation maîtrisée, correspondant à des choix délibérés et réfléchis, comme c'est souvent le cas dans la littérature (67). Ces aspects sont importants à prendre en compte en consultation, où le médecin généraliste pourra à la fois soutenir les efforts de réduction des usages du jeune consommateur, et travailler ses motivations au sevrage.

Par ailleurs, les jeunes interrogés mentionnaient fréquemment l'expérimentation ou l'usage régulier d'autres drogues. En effet, l'usage du cannabis est rarement isolé, et s'accompagne fréquemment d'autres substances tels que le tabac et l'alcool (74). Plusieurs études font l'hypothèse d'un effet *Gateway*, où la consommation régulière de cannabis s'inscrit dans une escalade de drogues, allant du tabac aux drogues illicites. Elles montrent que les jeunes utilisateurs de cannabis sont plus susceptibles de progresser vers l'usage d'autres substances nocives au début de l'âge adulte (75)(76). Ces résultats s'expliqueraient en partie par des facteurs de risques communs aux consommations de drogues, sans qu'un lien de causalité n'ait été établi.

C. Les conséquences des consommations et troubles de l'usage

Dans notre enquête, les jeunes consommateurs percevaient de nombreuses conséquences sur leurs capacités cognitives et leur santé mentale, en particulier les troubles de l'attention, de l'élocution, les pensées paranoïaques et *bad-trips*. Ils insistaient également sur les impacts socio-professionnels ou scolaires (isolement social, difficultés scolaires) et sur les effets somatiques (fatigue, difficultés respiratoires, troubles digestifs). Ainsi, s'il ressort de la littérature que les consommateurs décrivent en général peu d'effets indésirables à leur pratique (73), le cannabis était critiqué dans tous nos entretiens, et nos résultats retrouvent au contraire une quasi

exhaustivité des effets répertoriés (77). Les études longitudinales montrent que la satisfaction des consommateurs de cannabis s'amenuise à mesure que leur consommation grandit (78). Considéré comme un adjuvant festif par les consommateurs occasionnels, le cannabis est donc critiqué par les consommateurs réguliers. Dans notre étude, si les conséquences délétères des consommations étaient bien perçues, elles étaient parfois banalisées, et ne représentaient pas une menace réelle à court terme. Les jeunes participants opposaient les risques, qu'ils jugeaient tardifs, à l'envie de prendre du plaisir à l'instant présent. Ces résultats peuvent expliquer en partie l'ambivalence au changement des jeunes consommateurs, et l'inutilité qu'ils verbalisent d'aller consulter. Il apparaît donc utile que le médecin généraliste renforce et accompagne la prise de conscience des risques encourus, et travaille avec le jeune sur ses ambivalences, qui peuvent constituer un levier pour le soin.

Dans notre étude, les consommations s'inscrivaient parfois dans des conduites addictives. Derrière les motivations d'usage, la notion d'habitude baignait plusieurs récits, et au-delà des effets recherchés, beaucoup précisaient qu'ils consommaient par besoin, ou sensation de manque. A travers un emballement de la consommation, certains décrivaient une perte de contrôle, et un phénomène de tolérance. Certains verbalisaient explicitement une sensation de dépendance, d'autres en décrivaient des signes, comme le *craving*, les manifestations de sevrage et le retentissement important sur la vie sociale, familiale, scolaire, ou de loisirs, avec une poursuite des consommations malgré la conscience de leurs conséquences (7). Ainsi, d'après les critères du DSM-V, les jeunes consommateurs recrutés dans notre étude présentaient un trouble lié à l'usage de cannabis allant de léger à sévère (79). Ceci semble cohérent, aux vues de la précocité, des hauts niveaux d'usages de cannabis, et des facteurs de vulnérabilités individuels importants présentés par la population de notre étude.

2. La place du médecin généraliste dans la santé des jeunes

A. La relation jeune patient – médecin généraliste

Dans notre étude, les jeunes avaient globalement une bonne confiance en leur médecin généraliste. Pourtant, ils avaient du mal à se confier à lui sur des thématiques intimes. Ce paradoxe ressort dans plusieurs travaux réalisés auprès des adolescents : ils attribuent au médecin généraliste un rôle central pour prendre en charge leurs problèmes physiques, mais ne

s'adressent pas à lui en cas de mal-être, de difficultés émotionnelles ou intimes (80)(81). Afin d'apporter des éléments de compréhension à cette relation complexe, nous nous sommes intéressées à l'image du médecin généraliste auprès des jeunes. Dans notre étude, la plupart le percevait comme un érudit, ils valorisaient son statut et ses compétences, et éprouvaient une certaine admiration. Si ces éléments semblent pouvoir influencer positivement la relation, ils ne suffisent donc pas à instaurer une relation de la confiance. Entre fascination et méfiance, les jeunes perçoivent souvent le médecin généraliste comme une figure d'autorité, respectée ou critiquée, à laquelle ils ne s'identifient pas. La timidité et la peur de se livrer à un adulte peut aussi expliquer leur réticence à s'exprimer (82).

Cependant, selon les jeunes interrogés dans notre étude, le rôle du médecin généraliste dépasse celui d'un simple prestataire de soins : il doit promouvoir la santé. Ils le définissaient comme un soignant ayant pour fonction de diagnostiquer la maladie, accompagner son patient et le protéger, à travers des missions de prévention et d'information. Ainsi, la prise en charge d'une consommation de cannabis semble faire partie de ses missions. De plus, bien que peu des interviewés avaient eu une expérience de discussion avec lui autour de cette thématique, ils se disaient plutôt ouverts et intéressés par cette perspective, et étaient prêts à répondre honnêtement à leur médecin généraliste s'il leur posait la question. Certains regrettaient même qu'une telle discussion n'ait pas eu lieu à un moment donné de leur parcours. Un travail de thèse proche du nôtre relève également cette ambivalence, où le médecin généraliste est à la fois perçu comme possible juge délateur à qui il est difficile de s'ouvrir, et comme une autorité bienveillante qui peut devenir un interlocuteur privilégié (55). Le point de vue des jeunes consommateurs est donc encourageant sur la place qu'ils peuvent accorder au médecin généraliste pour parler de cannabis.

B. Le médecin : une place à gagner

Dans notre enquête, s'ils étaient amenés à parler de leur consommation de cannabis, les jeunes s'adresseraient généralement à leur famille et à leurs pairs. Ils ne définissaient pas spontanément le médecin généraliste comme un bon interlocuteur pour ce sujet. Les données de la littérature appuient cette idée, la famille étant le premier refuge en cas de difficultés personnelles ou intimes (83). Nos participants ont également cité les CJC, les numéros verts et

les psychologues comme recours possibles, mettant en avant leurs abords gratuits, accessibles et anonymes, ou leur qualité d'écoute bienveillante et spécialisée dans les problématiques adolescentes. Néanmoins, s'ils rencontraient un problème aigu lié à la consommation, ou se retrouvaient dans une situation d'urgence, le médecin généraliste apparaissait comme premier recours. Ceci conforte le résultat d'une étude suisse menée en « soirée techno » auprès de jeunes polyconsommateurs, dans laquelle le généraliste est cité par un tiers des participants comme voie d'accès privilégiée au réseau de soins en cas de problème avec leurs consommations (84). Si les jeunes consommateurs limitent souvent le recours au médecin généraliste aux situations d'urgences, ce dernier a néanmoins un rôle important à jouer dans l'initiation de la prise en charge des jeunes consommateurs, qu'il doit pouvoir élargir à d'autres situations.

D'après nos résultats, des premières expériences de discussion dépendaient la motivation des jeunes à poursuivre la prise en charge, et la place qu'ils donnaient à leur médecin. D'après celles relatées par nos participants, un bon ressenti lors des échanges donnait au médecin généraliste une place centrale, tandis qu'une expérience négative l'en excluait totalement. Un travail sur la relation médecin-jeunes patients révèle que ce ressenti s'applique dès les premières minutes de la consultation, le médecin étant rapidement identifié comme allié si le jeune sent qu'il lui porte un intérêt réel (85). En cas de non-satisfaction, les adolescents consultent facilement un autre médecin (86). Le médecin généraliste peut donc devenir un interlocuteur clé pour parler de cannabis, à condition de savoir gagner la confiance des jeunes patients.

3. A quel moment un jeune consulte-t-il pour sa consommation ?

Pour nos jeunes participants, les raisons qui les amèneraient à consulter pour leur consommation de cannabis étaient principalement le souhait de sevrage. Certains pensaient consulter lorsqu'ils se projetteraient dans une sortie définitive de l'usage, d'autres pour réduire leurs consommations. Ils souhaiteraient un cadre, des conseils, et des alternatives pour l'aide au sevrage ; quelques-uns viendraient chercher une motivation pour arrêter. Cette envie de sevrage était fragile et fluctuante, elle était le plus souvent motivée par une perte de contrôle de la consommation, dont les conséquences leur faisaient peur, ou les entraînaient dans des situations d'urgence. Ce constat rejoint celui d'études s'intéressant au recours aux soins des adolescents, qui apparaît lié à la nature et à la gravité perçue de la difficulté, ou du problème de santé (87)(88).

Il nous semble important de préciser que dans les représentations des jeunes interrogés, la volonté de sevrage semblait être la seule raison légitime à consulter, et dans laquelle le médecin pouvait avoir une utilité. En effet, la consommation de cannabis n'était pas vue comme une maladie à traiter, et les missions du médecin généraliste étaient mal connues, se résumant à les dissuader de fumer. De ce fait, l'inutilité du médecin était souvent verbalisée, représentant un frein à la prise en charge. Les jeunes consultent donc peu leurs généralistes au sujet du cannabis. C'est souvent l'entourage, prenant conscience des consommations et de leurs conséquences, qui les adresse en soins. Selon l'OFDT²⁰ en 2014, seulement une consultation sur cinq en CJC (qui sont en lien avec le cannabis dans 80% des cas) relevait d'une démarche personnelle, les autres étant par ordre décroissant à l'initiative de la justice (40%), des familles (15%), du milieu scolaire, ou encore dans une moindre mesure du milieu socio-éducatif, ou d'un autre professionnel de santé (36).

Il nous paraît donc indispensable que le médecin définisse son rôle auprès de ses patients. Dans le domaine des conduites addictives, les missions du généraliste sont le repérage des consommations, la recherche de leurs conséquences et l'évaluation de leur gravité, mais aussi l'identification des facteurs de vulnérabilité et des causes aux usages problématiques, qui ouvrent à un champ bien plus large que celui de la simple question de consommation de cannabis (89). Afin que le médecin généraliste soit identifié comme une personne ressource par le patient pour échanger, il est important que ce dernier puisse exprimer ses difficultés et ses représentations. Il appartient au médecin de s'attacher au sens qu'il leur donne, plus qu'à leur réalité objective, tout en respectant le rythme de son interlocuteur (82). Cela lui permettra de comprendre au mieux son patient, et de le situer dans le cycle de changement de Prochaska et Di Clemente (*annexe 5*), pour lui proposer une prise en charge adaptée à sa situation et à ses besoins (89)(90). De nombreuses techniques psycho-thérapeutiques ont prouvé leur efficacité en consultation, dans l'accompagnement des adolescents et jeunes adultes présentant des conduites addictives (1). Aux stades de pré-contemplation et de contemplation par exemple, l'entretien motivationnel a une place centrale pour travailler sur les ambivalences au changement, et le carnet de consommation peut être un outil utile (90). Aux stades d'action et

²⁰ OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies.

de consolidation de la motivation, les approches comportementales comme les TCC²¹, sont également efficaces pour restructurer les pensées erronées favorisant un comportement problématique (91). Les thérapies familiales ont également une place chez les patients les plus jeunes, pour traiter les facteurs de risques, et renforcer les facteurs protecteurs (92)(93). Les stratégies possibles sont nombreuses, le plus important étant de s'adapter au jeune et à ses attentes.

4. Les attentes en consultation

A. Etre écouté, être rassuré

Les jeunes souhaitent en premier lieu avoir un dialogue avec leur médecin au sujet de leur consommation de cannabis. La notion de dialogue renvoie à une réciprocité dans la discussion, à un échange. D'une part, ils plaçaient l'écoute du médecin au centre de leurs attentes, ce qui est retrouvé de manière importante dans la littérature s'intéressant aux adolescents en médecine générale (94)(95). Le fait de parler est considéré comme un élément thérapeutique à part entière, permettant de s'ouvrir, de prendre conscience et de se libérer (96)(97). Pour favoriser l'expression du jeune, le médecin doit être pleinement disposé à l'écouter, en cherchant à comprendre le message communiqué. Cette écoute active se base sur une communication verbale et non verbale, le généraliste devant être attentif aux différents codes du patient (attitudes, tenues, langage) sans pour autant le singer, témoignant du respect qu'il lui porte (98). Les questions ouvertes, plébiscitées par nos participants, ou le respect des silences, permettent de créer un espace de discussion. Enfin, les facultés du médecin à reformuler et à renforcer la parole du jeune, le mettent en confiance et l'encouragent dans son discours (99). L'écoute active du médecin généraliste semble donc indispensable à l'entretien avec un jeune consommateur.

En regard, les jeunes se plaçaient à l'écoute du médecin. Son discours leur permettait de confronter leurs points de vue, les amenant à prendre du recul sur leur vécu (99). Le médecin pouvait leur apporter un regard extérieur, leur donner un avis sur leur situation, à la fois neutre et expert, grâce à son expérience professionnelle. Ils attendaient un partage d'expériences, pour

²¹ TCC : Thérapies cognitivo-comportementales

se rassurer, s'informer, et se situer par rapport à d'autres consommateurs. Néanmoins, pour répondre à ces attentes, le généraliste n'était pas naturellement considéré comme le meilleur interlocuteur par les jeunes, qui attribuaient plutôt ce rôle au psychologue. Pour que le médecin puisse avoir sa place dans leur prise en charge, il doit développer ses compétences en communication, en s'attachant aux spécificités de cette population (100). C'est pourquoi il semble important que l'apprentissage de ce savoir-faire soit systématiquement présent dans la formation des médecins, initiale puis continue. Aujourd'hui, des notions clés comme l'écoute active, l'empathie ou les différentes postures relationnelles du médecin en consultation, sont intégrées au cursus médical initial sous forme théorique (98). Leur enseignement pratique est également proposé aux internes de médecine générale, dans la majorité des universités françaises, à l'initiative des Départements de Médecine Générale, via la formation à l'entretien motivationnel (101). Une initiation à cette approche est également proposée aux médecins généralistes sous forme de sessions de formation continue, par des associations comme l'AFDEM²² notamment (102).

B. Être compris

Les jeunes souhaitent que le médecin cherche à les comprendre dans leur globalité, mais aussi dans leurs individualités, en s'adaptant à chaque personne. « Être compréhensif », « être concentré sur moi » ou « qu'il s'intéresse à moi en tant que personne » sont des notions qui ressortent dans la littérature sur les attentes d'adolescents en consultation de médecine générale (94)(103). Dans notre étude, chacun souhaitait en premier lieu que le médecin s'intéresse au vécu de sa consommation, et cherche à en comprendre les causes. Lors de nos entretiens, les participants étaient d'ailleurs très enthousiastes à développer leur histoire personnelle, dans laquelle le cannabis trouvait sa place. Ils insistaient sur leur envie que le médecin généraliste approfondisse leur discours, les invite à témoigner en leur posant beaucoup de questions. Mais l'usage de cannabis, s'il est problématique en soi, est aussi et surtout le reflet d'un parcours de vie, d'un fonctionnement, d'un être, ou d'un mal-être (104). Derrière des usages de cannabis se cachent parfois des blessures variées. Plusieurs études, dont l'enquête épidémiologique française de Dr P.Binder « Tabac, cannabis et investissements relationnels à

²² AFDEM : Association Francophone de Diffusion de l'Entretien Motivationnel.

l'adolescence », réalisée en 2003 sur 3800 adolescents, confirme l'existence de liens entre une consommation à risque chez un adolescent, et son climat relationnel (famille et pairs en premier lieu), sans retrouver de facteur déterminant unique (105). De manière indirecte, parler des consommations avec un jeune patient est donc de fait une porte d'entrée vers des thématiques plus intimes. Si les médecins généralistes peuvent se sentir intrusifs, les adolescents souhaitent au contraire discuter des sujets qui les préoccupent (106). Ils attendent qu'on leur pose la bonne question, qui permettra de toucher au(x) problème(s) de fond, dont ils n'ont parfois pas conscience (107). Dans notre étude, le mot « approfondir » a été verbalisé à de nombreuses reprises, et il était question de rechercher la cause de leurs problèmes au sens large. Pour que la consultation soit un espace d'expression, le médecin doit donc s'intéresser au jeune patient, à sa vie et à ses préoccupations, approfondir sa demande et chercher à le comprendre.

Cette volonté de comprendre le jeune dans son individualité, est favorisée par l'adoption d'une approche globale. Actuellement, le modèle relationnel médecin-patients tend à passer d'un système paternaliste et biomédical, pour évoluer vers un modèle autonomiste et bio-psycho-social, centré sur le patient. Cette approche plus globale permet d'intégrer la complexité du genre humain (98). Il ressort d'un travail expérimental sur des stratégies d'éducation pour la santé, qu'« avoir une approche globale améliore la relation avec le professionnel, et l'appropriation par le jeune de messages de prévention » (108). Les méthodes aux approches globales sont bien acceptées par les praticiens auprès de la population adolescente (108).

C. Un avis médical : information et évaluation

En plus d'être écoutés, les jeunes participants attendaient des actions spécifiques dans le champ médical. Pour eux, le médecin était celui qui apportait les réponses à leurs questions, dans un langage approprié et compréhensible, ni familier ni infantilisant. Plus spécifiquement, ils souhaitaient recevoir des informations sur les risques de leur consommation de cannabis, et être alertés sur les conséquences individuelles. Ces résultats concordent avec l'étude visant à explorer les préférences des adolescents atteints de maladies chroniques concernant les qualités des prestataires, où « répondre à toutes les questions » et « une communication claire » étaient classés au premier rang (103). Ainsi, une mise en garde de la part du médecin, tout en se gardant d'être moralisateur, est légitime selon les jeunes patients. Le médecin généraliste, parfois

considéré comme leur seul lien avec le monde de la santé, doit incarner un rôle de référent et « d'interprète » du monde médical.

Dans notre étude, de nombreux jeunes avaient une perception inoffensive du cannabis, ou en minimisaient la nocivité : ils ne la considéraient pas comme une « vraie drogue ». Pour certains, le cannabis n'avait pas (ou peu) d'effets délétères sur la santé, était moins néfaste que l'alcool ou le tabac, ou ne provoquait pas de dépendance. Les tentatives de rationalisation des pratiques s'observent souvent dans les usages de substances psychoactives, mais les études montrent que les jeunes, y compris les non-consommateurs, minimisent les risques du cannabis, bien qu'ils se disent majoritairement bien informés sur le sujet (67)(109). De plus, il existe un décalage entre les effets perçus et ceux décrits dans les campagnes de prévention, qui les diabolisent, ce qui peut discréditer les messages transmis. La mission d'information du médecin généraliste est essentielle pour lutter contre les représentations erronées du cannabis. Les risques de la consommation de cannabis, maintenant bien identifiés, doivent donc être largement diffusés aux acteurs de la santé pour qu'ils puissent répondre au mieux aux questions de leurs patients. Des informations sont par exemple accessibles sur le site web professionnel « cannabis-médecin », réalisé sous la direction du Pr Binder. Il propose aux médecins généralistes un ensemble attractif et validé de fiches de références, et préconise les attitudes les plus adaptées (110).

D'autre part, pour les jeunes de notre étude, l'imaginaire des soins engendrés par un aveu de consommation excessive, entre hôpitaux psychiatriques et groupes de parole anonymes pour toxicomanes, était angoissant, et loin de correspondre à leurs attentes. Pourtant, une étude australienne montre que l'amélioration de l'information disponible sur le traitement est un facilitateur à l'entrée dans le traitement du cannabis (111). Qu'ils soient dans un projet de sevrage ou non, il semble donc indispensable de les rassurer et les informer sur la nature des prises en charges possibles.

Enfin, beaucoup de participants attendaient une évaluation des conséquences de leur consommation, par la réalisation d'un bilan de santé. La peur pour leur santé était un des motifs les amenant à consulter, et ils souhaitaient être rassurés. Si 96,2% des jeunes de 15-30 ans se déclarent en bonne santé, la proportion a tendance à diminuer chez les jeunes consommateurs

de toxiques (48). Ainsi, ils attendent que le médecin, après avoir exploré leurs pratiques, repère les dommages liés à la consommation et les rassure. Il est donc important que les médecins généralistes s'appliquent à réaliser un repérage précoce des consommations de cannabis, et connaissent les outils d'exploration des usages problématiques sur lesquels ils peuvent s'appuyer. Le groupe d'experts réuni dans le cadre de la Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie préconise l'utilisation des deux questionnaires DEP-ADO et CAST (*annexe 4*), dont les qualités de repérage et d'acceptabilité ont été validés pour les adolescents et jeunes adultes (38)(1). Les critères diagnostiques de trouble de l'usage lié au cannabis du DSM-V peuvent également aider à évaluer l'intensité et la sévérité de la consommation (39).

D. Une orientation

Si les jeunes consommateurs limitaient parfois les compétences du médecin généraliste au domaine de la prise en charge, il était selon eux le mieux placé pour les orienter vers les structures spécialisées les plus adaptées. C'est à lui que revenait la capacité et les connaissances pour les adresser vers des confrères plus experts en addictologie ou en psychologie par exemple. Il était l'aiguilleur dans un parcours de soin qu'ils jugeaient parfois compliqué et méconnu. Ce réflexe d'orientation est peu intégré par les médecins de premiers recours sur la question du cannabis (112). En témoignent les sources d'orientation vers les Consultations Jeunes Consommateurs : moins de 5% des patients sont adressés par un médecin (médecins de ville et hospitalier confondus) (36). Les structures médico-sociales suisses dédiées aux jeunes (12-20 ans) font le même constat : la demande d'aide émane très souvent d'un membre de la famille ou du réseau en place (infirmières scolaires, éducateurs ou maîtres d'apprentissage par exemple) (113). Ainsi quand un usage problématique est dépisté, le médecin doit intervenir avec un objectif adapté à la situation : aider l'adolescent à passer un cap, ou assurer le rôle de passeur dans une période de plus grande vulnérabilité. Cette mission suppose une connaissance et une pratique suffisantes du réseau d'aide. Comme le soutient l'INSERM, il paraît important pour un médecin généraliste de développer les partenariats avec les intervenants jeunesse (établissements scolaires, foyers), avec d'autres professionnels de santé comme les psychologues et les psychiatres, et de percevoir les CJC comme ressources, tout en restant le référent en santé (1). Le lien construit entre un adolescent et son généraliste ne se transmet pas

"clé-en-main" à un confrère, c'est pourquoi ce type de proposition doit s'accompagner d'une assurance de maintien du suivi, pour éviter un vécu de trahison ou d'abandon (99).

E. Un soutien, être encouragé

Outre une demande d'aide, les jeunes participants à notre étude exprimaient fortement un désir de soutien de la part du médecin. A travers les attentes des jeunes consommateurs, concernant le repérage, la prise en charge, et l'orientation, les médecins généralistes ont une mission d'accompagnement. En plus des transformations corporelles caractérisant la période adolescente, qui peuvent être source de mal-être, la consommation de cannabis peut engendrer de nombreuses angoisses et préoccupations (114). Le soutien et la réassurance du médecin ont une place d'autant plus importante dans ce contexte.

Dans notre étude, les jeunes consommateurs attendaient également un encouragement dans leurs démarches de soins. L'addictologie s'appuie aujourd'hui sur cette volonté, en se basant sur une méthode qui encourage la personne, qui l'aide à croire en ses facultés, pour « qu'elle découvre ses potentiels et ses ressources » (104). En effet, comme le rappelle P. Jeammet, « la puberté contraint l'adolescent à se distancier des objets d'attachement de son enfance (...), prendre ses distances implique inévitablement de prouver sa capacité à se passer d'autrui et à utiliser ses ressources personnelles » (115). Valoriser le patient et son efficacité personnelle (*Self-efficacy for change*) est l'un des six critères de bonnes pratiques des interventions brèves regroupés sous l'acronyme FRAMES (*annexe 6*) (44). Une revue de la littérature sur les interventions validées ou prometteuses en prévention de consommations de substances illicites chez les jeunes, montre que les programmes les plus efficaces sont les actions intégrant des approches interactives, comme l'*empowerment*. C'est un processus qui consiste à mettre en valeur les compétences psychosociales de l'adolescent. Les principales attentes concernent la résistance à l'influence des pairs, la résolution de problèmes personnels, ou l'affirmation de l'estime de soi. Ces programmes d'interventions interactifs apparaissent plus efficaces que les approches simplement didactiques, même si la totalité des programmes conserve un volet d'information sur les risques des produits (116). Cette approche, généralement conduite dans des pays anglo-saxons, et davantage appliquée en milieu scolaire, peut toutefois contribuer utilement à la réflexion et à l'amélioration des pratiques préventives développées en France. Elle

peut être appliquée par le médecin généraliste en consultation, en valorisant les compétences du jeune consommateur.

F. Une médiation avec les parents

La consultation avec le généraliste était pour certains adolescents l'occasion d'aborder le sujet avec les parents. Dans la majorité des cas, la principale ressource à laquelle l'adolescent peut faire appel est sa famille, ou son entourage proche. Pourtant, aborder le sujet du cannabis peut être compliqué au sein de la famille. La consultation peut ainsi être une occasion, si telle est sa demande, d'aider l'adolescent à en parler avec les parents afin de rétablir un dialogue entre eux. Le médecin généraliste s'approprie ce rôle en fonction de la situation, son histoire et ses affects. Lors de l'accompagnement parental, le médecin est vite confronté à un problème de rapport à l'autorité de l'un, et à l'autonomie de l'autre. Cela ne doit pas pour autant être synonyme d'exclusion des parents : le médecin doit jouer le rôle de relais loyal avec les parents, dans le secret avec l'adolescent, et veiller à ne jamais les disqualifier. En effet le soutien familial est un facteur de protection important dans le développement harmonieux des jeunes (117)(118). Il peut également être utile de repérer si le jeune identifie un adulte de référence vers lequel se tourner en cas de difficultés, car la présence d'un tel lien a été démontrée comme étant un facteur protecteur important de la santé des adolescents (119). Les études sur le rôle et les possibilités du généraliste dans le système familial ne proposent pas de consensus. Selon nous, il est important que le médecin généraliste se prépare à répondre aux parents qui s'inquiètent des consommations de leurs enfants, et les associe à la prise en charge d'un usage problématique chaque fois que c'est possible.

5. Comment discuter ?

A. Le rappel de confidentialité

Dans nos travaux, les jeunes avaient besoin d'être mis en confiance par rapport au respect du secret médical pour se confier. Tout en connaissant le secret professionnel auquel était tenu le médecin généraliste, ils considéraient ce dernier comme un possible délateur, en particulier vis-à-vis des parents. La position de médecin de famille pouvait en effrayer certains, et plus encore quand le médecin était un ami de la famille. Nos résultats concordent avec une étude de Jacobson, où les jeunes estiment que les praticiens ont une mauvaise compréhension des

problèmes de confidentialité (97). Dans une revue de la littérature sur les préférences des adolescents à propos de leurs interactions avec les médecins, la confidentialité est apparue dans plus de la moitié des études qualitatives (94). L'assurance du respect du secret médical est une des qualités attendues par les adolescents, garant de l'honnêteté et la fiabilité du médecin généraliste auquel il se confie (54). Le respect du droit de l'adolescent à l'intimité et au secret professionnel est une condition indispensable pour établir une véritable relation thérapeutique. Il est donc nécessaire que le médecin généraliste rappelle explicitement la confidentialité de l'entretien.

B. Recevoir l'adolescent non accompagné

Dans notre étude, quasiment tous les jeunes ne voulaient pas être en présence de leurs parents pour aborder le sujet du cannabis. Les jeunes étaient à la fois gênés par la présence d'une figure d'autorité et rassurés par celle d'un ami. Une étude qualitative sur les priorités des adolescents en matière de services psychologiques dans le contexte Néo-Zélandais, souligne leur désir de ne pas avoir leurs parents impliqués (95). Le niveau de confiance de l'adolescent varie nettement en fonction de la présence d'un accompagnant. En pratique, le rendez-vous est le plus souvent lié à des préoccupations parentales et sollicité par un tiers ; 61 % des adolescents consultent accompagnés (86 % entre 12 et 15 ans, 42% pour les 16 à 19 ans) (82). Cela pose la question de savoir « qui veut quoi ? ». Selon nous, le cadre de la consultation doit être posé par le médecin. En effet, si le médecin demande à l'adolescent accompagné s'il souhaite être reçu seul, il risque de le soumettre à un conflit de loyauté. Souhaiter parler seul à seul avec le médecin peut signifier qu'il a des choses à cacher à ses parents et l'exposer à un interrogatoire après la consultation. Il est donc nécessaire de prendre l'initiative de demander à l'accompagnant de sortir, en l'informant par exemple qu'il s'agit d'une pratique régulière pour s'entretenir seul avec l'adolescent. La littérature ne donne pas de modèle quant au moment propice pour faire sortir l'accompagnant, il sera apprécié par le praticien en fonction du contexte (82). L'important est de recevoir les parents pour entendre leurs difficultés, en évitant de répondre à une quête d'arbitrage de leur part (117). Recevoir seul le jeune consommateur est une façon de marquer sa singularité et de reconnaître son autonomie, afin d'instaurer une relation de confiance.

C. Aborder le sujet et élargir le motif de consultation

Notre étude montre que les jeunes n'abordaient pas spontanément le sujet du cannabis. Pourtant, la question des consommations de cannabis à l'initiative du médecin, dans un cadre bienveillant, était souvent perçue comme une marque d'intérêt, et ils se disaient prêts à y répondre honnêtement. Ils avaient parfois espéré que le médecin aborde la question pour expliquer leur état ou pour répondre à leurs interrogations. Ils évoquaient un manque d'opportunité pour expliquer l'absence de discussion sur le sujet. Ainsi les adolescents souhaitent discuter de sujets qui les préoccupent, mais ils ne le font pas spontanément. Le médecin doit donc aborder lui-même la question du cannabis sans attendre une demande du patient, afin que la consultation ne soit pas un rendez-vous manqué, comme le souligne Binder, « entre deux personnes qui ont aperçu les possibilités de l'autre mais qui n'osent pas entrer en relation » (99). La prise en charge des usagers de cannabis dépend en grande partie de l'initiative des praticiens à leur poser la question des consommations en consultation (120). Pourtant en pratique, seuls 8% des médecins généralistes déclarent aborder la question de la consommation de cannabis au moins une fois avec chaque patient. L'utilisation de questionnaires de repérage des consommations de cannabis ne concerne que 2 % des généralistes (52). Il semble nécessaire que les médecins généralistes soient davantage sensibilisés à cette pratique.

Dans notre étude, les interviewés auraient souhaité que le médecin approfondisse leur discours. En effet, l'enjeu dépasse souvent le motif de consultation (99). Les jeunes patients ont du mal à définir et à exprimer leurs plaintes réelles, ils attendent du médecin généraliste qu'il les comprenne intuitivement. Ils consultent le plus souvent pour des plaintes somatiques (75%) (troubles digestifs ou ostéo-articulaires, malaises, fatigue ou troubles du sommeil) ; des visites de routines, d'ordres administratif et préventif (19%) (certificats ou vaccins); et plus rarement pour des motifs psychologiques (6%) (121). Pourtant, la consommation de substances psychoactives est fréquente à cet âge, et est rarement un problème isolé (113). Si elle est considérée comme une prise de risques par les adultes, elle n'est pas forcément jugée problématique par les jeunes (100). Le médecin doit donc savoir élargir le motif de consultation. Au cours des douze derniers mois, près d'un jeune sur deux ayant déclaré avoir des symptômes pouvant être en lien avec un syndrome amotivationnel a eu recours à un professionnel de santé, et le médecin généraliste est le plus fréquemment cité (69,4 %) (48). Ainsi, ce dernier est bien

placé pour repérer les usages problématiques de cannabis, s'il n'en reste pas à la demande initiale. Aborder la question du cannabis doit passer par élargir le motif de consultation de façon globale.

Pourtant, lors d'une consultation, l'ouverture à un autre motif est loin d'être systématique (122). En pratique, Binder propose, lors de l'exposé du motif de consultation avec tout adolescent, d'ouvrir l'échange par une allusion : « Oui, mais encore ? ». Cette simple évocation multiplie par quatre la fréquence d'abord psychologique au cours de toute consultation (122). L'examen physique peut également représenter un moment précieux pour rechercher les préoccupations du jeune. A travers ce temps d'étude du corps, le médecin peut l'aider à comprendre son symptôme et ensuite aborder l'éventuel mal-être sous-jacent (96). Des outils ont également été mis au point pour aider à élargir le motif de consultation, comme le HEADSSS. Il permet de situer la plainte dans un contexte global, d'explorer les habitudes de vie, les compétences et les difficultés des jeunes (123). Le médecin généraliste peut aussi s'appuyer sur le questionnaire « Amorce de dialogue », pour l'aider à déchiffrer la véritable attente d'un adolescent (*annexe 12*) (124). D'autres supports d'appui à la relation sont consultables sur le site de « Santé Publique France » (125). Quand le jeune patient ne souhaite pas aller au-delà du motif initial de consultation, le médecin devra s'attacher, sans intrusion, à lui transmettre une attention et une ouverture au dialogue lors d'une prochaine consultation.

D. L'absence de jugement

Dans notre étude, un discours moralisateur de la part du médecin et un dénigrement du cannabis étaient des freins pour parler avec lui, accentués par le caractère illégal du cannabis. L'absence de jugement était un prérequis déterminant pour aborder le cannabis, notion confirmée par l'ensemble des études sur le sujet (94) (54). Les jeunes patients atteints de maladies chroniques interrogés par Beresford et Sloper (2003) décrivent leur réticence à révéler une mauvaise observance médicamenteuse ou des comportements qu'ils estiment être désapprouvés par leurs médecins (126). Dans une étude de Jacobson et al (2001), les adolescents sont réticents à l'idée d'être considérés, selon des stéréotypes, comme des "perturbateurs", et ils n'étaient pas détendus pour parler lorsqu'ils ressentaient une attitude condescendante ou un

jugement chez le médecin (97). Ainsi, adopter une attitude neutre est fondamental dans l'instauration d'une relation de confiance.

Le médecin pourra mettre le jeune en sécurité en lui expliquant que « la consultation n'est pas un tribunal ». Une réflexion sur ses capacités de « tolérance » et de « non-jugement moral » nous paraît indispensable pour travailler son attitude « pré-disposante ». Plus encore, il nous paraît important que le médecin réfléchisse à ses représentations dans le cadre de sa pratique professionnelle. Qu'il s'agisse de l'adolescence, ou du cannabis, ces sujets sont souvent à l'origine de craintes, de maladresses ou d'erreurs de jugement de la part du professionnel de santé, susceptibles de verrouiller la discussion ou d'enfermer le jeune dans un stéréotype (82). Dans notre étude, les jeunes étaient très attentifs à être reçus par un médecin ouvert d'esprit, qui ne fasse pas d'amalgame. Pour le médecin, l'analyse de ses propres représentations peut alors l'amener à une prise de conscience de sa vision des jeunes consommateurs, et l'aider à lutter contre les préjugés. Ce recul peut aider à être plus libre et plus ouvert au jeune, afin de l'aborder tel qu'il est réellement (82).

E. Être à la bonne distance, établir une relation de complémentarité

Notre étude souligne l'intérêt pour le médecin généraliste de trouver une juste distance dans la relation avec les jeunes patients. Les participants attendaient du médecin qu'il se comporte comme un professionnel de santé, et non comme « un copain » ou un substitut des parents. En effet, s'il est aisé de concevoir qu'une relation trop distante peut rendre la confiance difficile, une relation amicale ou familière peut, elle aussi, être un frein la discussion, par crainte de décevoir. Les participants de notre étude attendaient également du médecin qu'il sache les « recadrer » dans certaines situations, et mentionnaient l'intérêt d'être mis face à leurs responsabilités et à la réalité. Ainsi la question de la juste distance est complexe et répond à des exigences subtiles. Cela sous-tend l'idée que les attitudes relationnelles d'un médecin généraliste doivent s'adapter au contexte de la consultation et à la demande du jeune reçu. Ainsi, l'enjeu est d'établir une relation de soin où l'adolescent trouve plus d'autonomie, de confort et de sécurité. Il s'agit de créer une atmosphère opposée à la familiarité qui angoisse, au détachement qui « gêne », et au jugement qui « casse ». À cet égard, le choix du tutoiement ou du vouvoiement n'est pas anodin. Il n'y a pas de recommandation de bonne pratique, la seule règle est d'en

convenir avec l'intéressé, en lui demandant par exemple « souhaitez-vous que je vous tutoie ou vouvoie ? » (99).

De plus, les jeunes de notre étude insistaient sur leur souhait que le médecin généraliste se place d'égal à égal avec eux, et qu'il soit « humain ». Le paternalisme était verbalisé comme un frein majeur à l'échange. De la même manière, la littérature qualitative documente l'aversion des adolescents pour les médecins « conseillers » considérés comme condescendants, paternaliste, ou les traitant comme des enfants (94). Les compétences relationnelles du médecin sont des éléments essentiels de la rencontre avec l'adolescent. L'instauration d'une relation de complémentarité et de collaboration entre le médecin et le jeune consommateur, est la plus propice à la prise en charge d'un usage problématique de cannabis. Il convient de s'en tenir à la deuxième source étymologique du mot « éduquer », *educere*, qui signifie « conduire hors de ». Le médecin adopte une posture facilitatrice, et propose au patient une réflexion commune, pour renforcer son autonomie et le rendre acteur de sa santé. Elle s'oppose à *educare*, « nourrir » le patient, où le médecin diffuse son savoir et peut facilement prendre une posture d'injonction envers un patient placé en position de fragilité (127)(128). La mise en place d'une relation médecin-patient de qualité permettra d'amener le patient au changement, dans le cadre d'un entretien motivationnel notamment. Ceci est parfois difficile, car la relation avec l'adolescent peut être empreinte d'une tonalité affective plus marquée que dans d'autres relations soignant/soigné, que ce soit par un transfert excessif de l'adolescent sur le professionnel de santé, ou quand le vécu du patient fait écho à celui du médecin ou de ses enfants (82). Ainsi, si cette posture collaborative ne va pas de soi, il semble nécessaire de la travailler.

F. L'empathie, la bienveillance et l'attention

Dans notre étude, les jeunes verbalisaient l'importance que le médecin généraliste, tout en étant à la bonne distance, adopte une attitude bienveillante, empathique, et attentionnée pour pouvoir échanger. Ces résultats sont retrouvés dans des études intéressantes des populations de jeunes consommateurs de cannabis, ou des adolescents ayant une pathologie chronique (55)(103). De même, 13 études publiées entre 1990 et 2000 font ressortir que l'empathie, la compréhension et l'attention facilitent l'échange entre médecins et adolescents, d'après une revue de littérature internationale (94). En effet, l'empathie permet au patient de se sentir

écouté, compris et aidé, renforçant l'alliance thérapeutique. Ainsi le médecin généraliste doit chercher à apprécier les émotions de l'autre, par les mots et le non-verbal, puis les accepter, en taisant son schéma de pensée personnel. Il doit faire appel à ses propres émotions, les reconnaître et les maîtriser, pour les utiliser de manière adaptée à la situation, en respectant sa place de soignant (98)(129). La prise en charge des jeunes consommateurs repose donc en partie sur l'attitude empathique et bienveillante du médecin généraliste, qui doit permettre au jeune patient de se sentir entendu et respecté.

Dans notre étude, les participants précisaient que le sourire et l'attitude chaleureuse du médecin généraliste les mettait plus à l'aise pour discuter, et que l'humour pouvait également jouer un effet brise-glace. L'importance de l'accueil chaleureux par le professionnel de santé est notée dans la littérature (130). De manière plus large, une attitude réceptive du soignant à l'égard du patient permet de marquer sa considération (98). Il appartient au médecin généraliste de témoigner de l'attention sans condition au jeune patient. En regard, il est important que le médecin se montre authentique, tel qu'il est, en exprimant ses ressentis en consultation, et en « pensant tout ce qu'il dit » -même s'il ne dit pas tout ce qu'il pense- (98). Cette honnêteté est rassurante pour le jeune patient, et ressort de plusieurs travaux comme une condition de confiance, au même titre que la compétence du médecin généraliste (87)(131). Les jeunes souhaitent être face à un médecin réaliste, précis, qui ne garde pas l'information (131). L'attention et l'honnêteté du médecin sont donc indispensables à l'échange.

G. La compétence : le savoir et le savoir-faire

Nos participants discutaient plus volontiers avec un médecin qu'ils jugeaient compétent. Il devait avoir des connaissances médicales générales, faire preuve de sens clinique et d'expérience pratique. Les jeunes participants mettaient l'accent sur l'intérêt que le médecin généraliste dépasse le savoir théorique, afin d'appliquer ses connaissances de manière pertinente et adaptée à chaque patient. Les notions de qualification et d'expérience du soignant ressortent largement dans la littérature sur les attentes des adolescents en médecine générale (94). Une enquête auprès de jeunes suivis pour une pathologie chronique mentionne également l'intérêt porté à un médecin techniquement compétent, et qui répond à leurs besoins (103). En effet, les habiletés techniques renforcent le sentiment de confiance, mais elles permettent également au médecin

de mener efficacement un entretien, afin de recueillir des informations pertinentes, bases d'un diagnostic et d'une prise en charge adaptée. Elles influent donc sur l'efficacité et la qualité des soins attendues par les jeunes patients (87)(131). Proposer une prise en charge qui se baserait sur des recommandations validées pour le plus grand nombre, tout en les adaptant à chaque individu, aiderait donc le médecin généraliste à gagner la confiance des jeunes consommateurs.

Nos entretiens font émerger un point supplémentaire. Les jeunes disaient s'ouvrir plus facilement avec un médecin qui avait des connaissances spécifiques en addictologie. Ils doutaient de l'intérêt de discuter de leurs consommations avec un médecin généraliste car ils imaginaient qu'il ne serait pas suffisamment compétent sur le sujet pour être le bon interlocuteur. Ce frein est mentionné également dans un travail qualitatif proche du nôtre (50). En parallèle, les médecins généralistes verbalisent le manque de connaissances sur le cannabis comme un frein à la prise en charge des jeunes consommateurs (132)(133). Ce constat traduit de possibles lacunes au niveau de la formation des médecins (134). Pourtant, il est montré que les médecins généralistes sensibilisés et mieux formés sur le sujet, pratiquent plus de dépistages et de prise en charge des conduites addictives (135). Une étude anglaise fait les mêmes constats : après une intervention brève auprès de médecins généralistes non sensibilisés aux problématiques d'addictologie, le nombre de patients consommateurs de cannabis qu'ils identifient augmente statistiquement, et leur engagement thérapeutique global s'améliore (136). Il apparaît donc important que les médecins généralistes aient des connaissances suffisantes sur le cannabis et ses effets, et qu'ils soient formés à la prise en charge des jeunes consommateurs. Dans le rapport collectif de 2013 rendu à la MILDT, il est mentionné que le renforcement de l'enseignement d'addictologie en cursus initial est nécessaire, avec une description actualisée des outils diagnostiques et thérapeutiques efficaces (134). L'augmentation du nombre de questions d'addictologie aux ECN²³, passant de une en 2014 à sept actuellement, montre des efforts faits dans ce sens (137). L'INSERM pointe également en 2014 la nécessité de renforcer la formation initiale des professionnels de santé aux conduites addictives, et de développer la formation continue de tous les intervenants de santé des jeunes, dont fait partie le généraliste (1). Pour

²³ ECN : Epreuves Classantes Nationales

répondre à ces objectifs, les pistes sont nombreuses et prometteuses, et comprennent notamment la formation au RPIB (134).

H. Accorder du temps, s'impliquer

Dans notre enquête, les participants soulignaient la nécessité que le médecin généraliste leur accorde du temps et se montre disponible lors de la consultation. Ces facteurs étaient perçus comme des marques d'intérêt et d'implication du médecin, nécessaires à l'échange. La rapidité de la consultation et le sentiment de « bâclage » étaient d'ailleurs décrits comme des obstacles majeurs à la discussion, interprétés par les jeunes comme un manque de considération de la part du médecin. Des travaux en population adolescente montrent que la disponibilité du médecin est un critère pour se confier (87)(54). De même, le temps accordé en consultation est un facteur influant l'échange entre jeunes consommateurs et médecins généralistes (55). Par ailleurs, d'après une étude française, les jeunes ont tendance à ressentir une frustration après une consultation, l'impression « de ne pas avoir tout dit », et souhaiteraient discuter plus longuement avec leurs médecins, surtout lorsqu'ils sont déprimés ou ont des idées suicidaires (85). À cet âge, les ordonnances hâtives sont souvent perçues comme une fin de non-recevoir et à l'origine d'un sentiment de frustration (99). Il est donc nécessaire que le médecin généraliste accorde au jeune un temps suffisant pour lui permettre d'exprimer ses plaintes, et soit disposé à les prendre en considération.

De plus, dans notre étude, les participants verbalisaient leur souhait que la prise en charge s'inscrive dans la durée. En parallèle, du point de vue des médecins, les contraintes de temps et d'investissement personnel sont perçues comme les principaux obstacles à l'abord des conduites addictives (53)(132). D'après le baromètre santé 2009 de l'Inpes²⁴, plus de 90% des médecins généralistes souhaiteraient disposer de plus de temps pour mener leurs missions de prévention et d'éducation (52). Quand une évaluation plus approfondie est nécessaire, pour pallier à la contrainte de temps en consultation, il est conseillé de proposer un prochain rendez-vous, dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation (117)(122). Ceci est en général

²⁴ Inpes : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé.

bien accepté par les jeunes patients, surtout lorsqu'ils ressentent un mal-être difficile à exprimer, à condition qu'ils en aient compris les objectifs (117). La répétition des consultations permet une connaissance mutuelle progressive entre médecin et patient, et donne la possibilité d'explorer un sujet en partie, puis de l'approfondir par la suite, avec un rythme dicté par le patient. La proposition de se revoir témoigne de la disponibilité et de l'implication du médecin généraliste dans la prise en charge. Ainsi s'il manque de temps en consultation, le médecin généraliste bénéficie de la durée pour favoriser l'échange et instaurer une relation privilégiée.

I. Une relation privilégiée : dans la proximité et la durée

Les participants identifiaient l'absence de lien privilégié avec le médecin comme un frein pour se livrer en consultation. Ils demandaient à être bien connus de leur médecin, et d'avoir une relation singulière avec lui, ou au minimum « un bon *feeling* ». Dans de nombreuses études, principalement réalisées à l'hôpital, la fréquence du contact était un facteur influant sur l'ouverture et l'efficacité de la communication (126). En médecine générale, le fait d'être suivi dans le temps par le même médecin va plus de soi. Bien souvent, le patient connaît son médecin, le médecin connaît son patient. La stabilité est décrite comme un élément qui facilite le dialogue (51). De plus, la verbalisation d'une expérience difficile nécessite parfois plusieurs consultations (114). Cela s'entend, les adolescents ne souhaitent pas forcément parler et montrer leur corps à quelqu'un qu'ils connaissent mal, indépendamment de la simple question de timidité ou de pudeur (117). Il est nécessaire que le médecin s'applique à la création de liens durables avec l'adolescent, afin de favoriser l'autonomie du jeune et l'aider à consulter plus facilement de lui-même. Le médecin pourra alors être identifié comme une personne ressource par l'adolescent, en capacité de répondre à ses demandes. L'alliance thérapeutique repose sur cette relation singulière, donnant au jeune la possibilité de devenir partie prenante de son projet de soin, et permettant un travail de prévention dans la durée (99).

Pourtant, l'étude de C. Laporte révèle que pour les médecins généralistes, connaître le patient depuis longtemps représente un frein à l'abord du cannabis (53). De même, dans nos entretiens, certains des interviewés préféraient un nouveau médecin pour parler de leur consommation. Ce souhait était motivé d'une part par la recherche de discrétion vis-à-vis de l'entourage, le médecin de famille étant perçu comme « le médecin des parents ». D'autre part

ils préféreraient rencontrer un médecin disposant d'une approche différente de leur médecin habituel, avec qui la relation ou les expériences de discussion ne les avaient pas suffisamment mis à l'aise pour aborder le sujet. Il apparaît en effet dans la littérature que consulter un nouveau médecin peut apporter un « regard neuf », facilitant l'instauration d'un dialogue (80). Comment gérer cette contradiction, entre les intérêts d'une relation durable et ceux d'un médecin récent? L'enjeu pour le généraliste, est de reconnaître à l'adolescent son statut de personne à part entière, indépendant de ses parents. S'il le suit depuis l'enfance, il est important que le médecin généraliste marque cette évolution en changeant le style de la consultation, en donnant la parole au jeune, et en le replaçant au centre des échanges et de l'attention. Cette exigence relationnelle doit toutefois permettre un récit de vie en fonction de la disposition du patient à se raconter. En cas de gêne manifeste, il appartiendra au médecin de reconnaître les difficultés en toute humilité, et d'en faire part à l'adolescent et à ses parents, quitte à leur suggérer de consulter un autre confrère si la gêne persiste (117).

J. Un lieu accueillant

Dans notre étude, les jeunes évoquaient l'importance du lieu de consultation. Un lieu accueillant, chaleureux, à caractère non-médical, les aidaient à se sentir bien et à être plus à l'aise pour discuter de leur consommation de cannabis. Cette notion est peu retrouvée dans la littérature ; les résultats qui s'en rapprochent se traduisent par l'importance de l'accueil des jeunes patients en cabinet, et notamment du contenu de la salle d'attente (82). En effet ils sont sensibles à la musique, et souhaitent trouver des magazines ou brochures adressés à leur tranche d'âge, témoignant de l'ouverture du médecin généraliste à leurs problématiques (97). L'importance du lieu a été pensée lors de la création des CJC, dispositifs destinés spécifiquement aux jeunes. En effet, au sein de ces structures, les jeunes sont accueillis dans un environnement informel, familial, chaleureux, contenant de nombreux documents d'informations sur des thématiques les impactant. Le personnel est formé spécifiquement à l'accueil de l'adolescent et de ses parents, et se compose de différents intervenants de filières médico-sociales (35). Des structures de médecine générale ont également réfléchi à ces questions. Nous pouvons citer l'exemple d'un centre de santé qui a ouvert ses portes en 2016 à Echirrolles (38), qui a mis en place un accueil original. Les patients ont à disposition une grande salle d'attente chaleureuse avec musique, boissons chaudes, nombreuses revues et flyers. Ils sont accueillis par un ou une

travailleur(se) du centre chargé(e) de l'accueil, et peuvent être reçus par des travailleurs sociaux au même titre que des médecins ou des professionnels paramédicaux selon leurs souhaits et leurs besoins. Si l'impact des conditions d'accueil de ce lieu sur les jeunes patients n'a pas été étudié à ce jour, ce projet montre qu'il est possible de créer un mode d'exercice innovant.

K. Les caractéristiques personnelles du médecin

Dans notre étude, les jeunes interrogés semblaient indifférents au genre du médecin. Si cela correspond en partie aux données de la littérature sur le sujet (55), quelques études révèlent néanmoins que les jeunes femmes préfèrent en majorité s'adresser à un médecin femme, en fonction du motif de consultation (140)(141). L'âge du médecin, lui, pouvait parfois jouer un rôle aux yeux des jeunes consommateurs, atténuant ou majorant la distance relationnelle. Un jeune médecin était perçu comme plus proche, donc plus accessible à la discussion. Pour d'autres, un médecin plus âgé inspirait davantage confiance, l'âge étant associé à une plus grande expérience. Ces résultats étaient donc variés. Par ailleurs, l'histoire personnelle du médecin avec le cannabis a été citée plusieurs fois. Le fait qu'il ait été consommateur, ou qu'il ait un entourage consommateur, était décrit comme un facteur facilitant l'échange. D'une part, cela lui donnait un crédit supplémentaire, son vécu personnel venant enrichir ses connaissances théoriques. D'autre part, un médecin qui serait « passé par là », pouvait être davantage une figure d'identification pour certains jeunes consommateurs, en brisant l'image d'un professionnel sérieux, au parcours vertueux et sans prise de risque. D'après les résultats d'une recherche, des liens implicites entre ces caractéristiques existent aux yeux des jeunes : le jeune âge du médecin peut laisser supposer qu'il a lui-même expérimenté le cannabis, et a donc une meilleure connaissance du produit (50). Si ce postulat rend les médecins généralistes plus accessibles à la discussion, il s'oppose pourtant à leurs représentations, puisque seulement 20 % d'entre eux déclarent qu'« il est normal d'essayer le cannabis au moins une fois dans sa vie » (52). Il nous semble important de noter que les caractéristiques personnelles du médecin généraliste étaient citées de manière plus anecdotique, l'accent étant mis sur ses qualités de soignant. Quelques soient son âge, son genre ou son histoire personnelle, un médecin qui souhaite s'impliquer, qui adopte une attitude adéquate et dispose des compétences nécessaires, est donc à même d'engager une discussion de qualité avec un jeune, sur ses consommations de cannabis.

6. Forces et limites de notre travail

A. Les points forts de l'étude

En interrogeant directement des jeunes consommateurs pour avoir leur point de vue, notre étude présente une originalité, puisque peu d'autres travaux l'avaient fait auparavant sur ce sujet. La différence des populations entre les deux chercheuses, notamment pour l'âge et les modes de recrutement, peut constituer une limite. Cependant, l'arrêt des entretiens à saturation des données pour chaque enquêtrice limite ces biais de sélection. De plus, malgré ces différences, les résultats principaux sont homogènes. Pour rester descriptives et limiter le biais d'interprétation, nous avons réalisé une thématisation avec faible inférence. Ensuite, la double analyse des entretiens a permis de s'affranchir davantage de la subjectivité inhérente à une analyse individuelle, et d'atténuer les effets liés à la tendance naturelle d'un chercheur à privilégier les informations qui confirment ses idées préconçues. En réalisant une triangulation des données entre les deux enquêtrices d'une part, et avec un des directeurs de thèse d'autre part, nous avons augmenté la puissance et la validité interne de l'étude.

Nous avons également veillé à augmenter la validité externe de notre étude, en choisissant de recruter une population large, la plus hétérogène possible. Nous avons réalisé une phase d'exploration de nos jeunes participants, en faisant un état des lieux sur leurs consommations, et sur la place du médecin généraliste dans leurs représentations et dans leur prise en charge. Cette première phase a permis de constater, en s'appuyant sur les données de la littérature, que notre population de jeunes consommateurs réguliers de cannabis était comparable à celle des grandes enquêtes sur le sujet. Les raisons, les conséquences et les trajectoires de consommations, ainsi que leurs représentations du médecin, de son rôle et les spécificités relationnelles, sont ceux retrouvés dans la littérature. Enfin, nos résultats ont montré que les jeunes consommateurs interrogés répondaient à des attentes très proches de celles des jeunes en population générale.

B. Discussion des biais

En incluant des jeunes qui portent un intérêt particulier à leur santé ou ayant un certain recul sur leur consommation, notre étude présente un biais de sélection. Il est limité par la diversité des lieux de recrutement, ne se cantonnant pas uniquement à des structures de soins.

D'autre part, les situations décrites par les jeunes interviewés étaient des situations passées, pouvant induire un biais de mémorisation. Néanmoins, ces données épurées restaient intéressantes pour notre étude, qui se basait sur le ressenti et le vécu des participants.

En outre, le fait que les enquêtrices soient des médecins pouvait influencer les propos des jeunes, induisant un risque de sous-déclaration de certains comportements ou d'avis jugés négatifs par les participants, ou au contraire une sur-déclaration de qualités et attentes à l'égard des médecins généralistes. Bien que la tendance à se montrer sous une facette positive lorsqu'on est interrogé persiste, nous avons tenté de diminué ces risques en mettant en confiance les jeunes, en se présentant comme des étudiantes en médecine, ou en marquant la différence de style avec une consultation médicale.

Notre travail peut également présenter des biais d'intervention ou de méthode, liés à l'expérience des enquêtrices en termes de conduite d'entretien, ou à la mauvaise compréhension de certaines questions par les enquêtés. Néanmoins, en réajustant et en améliorant les questions, en confrontant nos expériences et en réalisant une retranscription minutieuse avec annotation des expressions non-verbales, nous avons gagné en précision et en méthode.

V. CONCLUSION

Notre recherche nous a permis de mettre en évidence des déterminants qui aident un jeune à discuter de sa consommation de cannabis avec un médecin généraliste, ainsi que ses attentes. Nous avons commencé par faire un état des lieux sur les usages des jeunes participants et leur relation avec leur médecin généraliste, pour définir notre population et mieux la connaître. La consommation, son sens, ses causes et conséquences, sont ceux attendus chez des consommateurs réguliers de cannabis de leur tranche d'âge. Les adolescents et jeunes adultes ont une bonne confiance en leur médecin généraliste, et le considèrent comme un promoteur de santé. Pourtant, ils lui confient peu leurs problèmes intimes, et ne le définissent pas comme l'interlocuteur privilégié pour discuter de leur consommation de cannabis. Pour un jeune consommateur, consulter rime avec « arrêter ». Il nous paraît donc important que le médecin redéfinisse son rôle à son patient, afin qu'il l'identifie comme une personne ressource, à tout moment de son parcours d'usager.

D'une consultation avec un généraliste, les jeunes consommateurs attendraient un dialogue ouvert, dans lequel le médecin les écouterait attentivement et approfondirait leurs discours, en cherchant à les comprendre dans leurs globalités et leurs individualités. Ils solliciteraient son avis médical pour les informer et les rassurer sur leur santé. Ils souhaiteraient que le médecin joue le rôle de soutien, de médiateur avec les parents, et d'orientation vers d'autres structures si nécessaire. Ces missions reposent en partie sur la capacité qu'aura le médecin d'intégrer les parents, et de développer son réseau.

Pour faciliter la discussion autour du cannabis, le médecin doit aborder le sujet sans attendre une demande du jeune, et aller au-delà du motif initial. Il doit chercher à établir une relation complémentaire avec le patient, et se placer à juste distance. Une attitude de non-jugement, empathique et authentique, facilite l'élaboration d'une relation privilégiée et durable avec le jeune patient. Le rappel de confidentialité, le cadre individuel de la consultation, et le temps dédié à l'échange sont considérés comme des marques d'intérêt, et favorisent le dialogue. Enfin, les jeunes se confient plus facilement à un médecin qu'ils sentent impliqué et qu'ils jugent compétent.

Ces résultats sont des éléments-clés de compréhension des jeunes patients, qui nous paraissent importants à intégrer dans la pratique en médecine générale. Il appartiendra au médecin de replacer le jeune au centre des échanges, de reconnaître son autonomie, et de valoriser ses compétences. Ces notions sont les fondements de l'entretien motivationnel, notamment de l'intervention brève, sur lesquels le médecin peut s'appuyer. De plus, travailler avec le jeune sur ses représentations et ses attentes, permet au médecin d'adapter ses messages de prévention, et sa prise en charge. Ainsi, il nous paraît indispensable que les médecins généralistes soient formés à ces notions, et défendons leur place dans la formation initiale et continue.

L'adolescence et les drogues sont deux sujets pouvant être à l'origine de craintes ou d'erreurs de jugement en consultation, susceptibles de verrouiller la discussion. Il est donc important que le médecin généraliste questionne ses représentations, afin de construire sa capacité à s'engager dans la prise en charge, et d'aborder le jeune tel qu'il est réellement. L'intervention du médecin généraliste sur le cannabis ne va pas de soi pour les jeunes, et repose sur la capacité qu'aura le praticien à initier la prise en charge. Afin de le soutenir dans cette démarche, il pourrait être utile de prévoir des consultations annuelles dédiées aux adolescents, plus longues et guidées par des outils spécifiques.

Par ailleurs, nous avons synthétisé les principaux résultats de notre étude dans l'acronyme « CANNABIS » (figure 9). Il regroupe des déterminants-clés qui aident à aborder le cannabis avec un jeune. Afin de devenir un possible outil d'aide à la consultation pour un généraliste, il pourrait être intéressant de l'évaluer, en analysant les modifications de pratique éventuelles des médecins à qui il aurait été présenté au préalable.

C	onfidentialité	Rappeler le secret médical.
A	pprofondir	Aller plus loin que la demande initiale en abordant notamment le sujet du cannabis.
N	on-jugement	Adopter une attitude neutre, non stigmatisante.
N	on-paternalisme	Se placer d'égal à égal, dans une relation complémentaire.
A	ttention	Centrer l'attention sur le jeune, en reconnaissant son indépendance vis-à-vis de ses parents.
B	ievenance	Être bienveillant, à travers une attitude chaleureuse et empathique.
I	ndividuel	Proposer un temps de consultation individuel.
S	uivi	Instaurer un suivi, une prise en charge dans la durée, pour accorder un temps suffisant au patient.

Figure 9 : L'acronyme « CANNABIS »

BIBLIOGRAPHIE

1. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents - Usages, prévention et accompagnement. In Les éditions Inserm; 2014.
2. Spilka S, Le Nézet O. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017 - OFDT. Tendances;123.
3. Spilka S, Marcus Ngantcha, Carine Mutatayi, et al. La santé des collégiens en France/2014: Données françaises de l'enquête internationale Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) Expérimentations de produits psychoactifs.
4. OFDT, Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet. Consommations de tabac, alcool, cannabis et autres drogues en France et en Europe, à 16 ans: Résultats de l'enquête européenne ESPAD 2015.
5. Pousset M, Lermenier A. Rapport national 2013 (données 2012) à l'OEDT par le point focal français du réseau Reitox - OFDT 2013.
6. Richard D, Senon J-L. De la plante à la drogue. In: Que sais-je ? Presses Universitaires de France; 2010. p. 5-27.
7. Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. Presse Médicale. déc 2012;41(12):1233-40.
8. Obradovic I. Cannabis : état des lieux des législations européennes sur l'usage, A general overview of the European legal approaches to cannabis use. Psychotropes. 10 nov 2016;22(2):61-79.
9. OFDT. Synthèse des usages fréquents de produits psychoactifs (tabac, alcool et cannabis) à 17 ans, en 2014 - ESCAPAD 2014.
10. Toufik A, Legleye S, Gandilhon M. Le marché du cannabis en France- Approvisionnement et prix. 2005. p. 58-86.
11. OFDT, sous la direction de François Beck. Jeunes et addictions. 2016 déc. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/JAD2016comp.pdf>.
12. Dayan J, Guillery-Girard B. Conduites adolescentes et développement cérébral : psychanalyse et neurosciences. Adolescence. 17 oct 2011;(77):479-515.
13. Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent. Collège national des universitaires en psychiatrie. In press. Paris; 2000.
14. Lejoyeux M. Addictologie. Elsevier Health Sciences; 2017. 471 p.
15. Marcelli D, Braconnier A. Adolescence et psychopathologie. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson; 2013.

16. Alvin P, Marcelli D. Médecine de l'adolescent. 2ème édition. Paris: Elsevier/Masson; 2005. 453 p. (Pour le praticien).
17. Cattin M. Adolescence : quels liens entre appartenances et dépendances ? *Thérapie Fam.* 24 juill 2015;36(1):71-84.
18. OFDT, INPES. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 : résultats du baromètre santé 2014 relatifs aux usages de substances psychoactives en population adulte. 2015. (Tendances; vol. 99).
19. Becker H S. Comment on devient fumeur de marijuana. In: *Outsiders*. Métailié. 1985. p. 64-82.
20. Von Sydow K, Lieb R, Pfister H, Höfler M, Wittchen H-U. What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence?: A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults. *Drug Alcohol Depend.* 1 sept 2002;68(1):49-64.
21. Holzer L, Halfon O, Thoua V. La maturation cérébrale à l'adolescence. *Arch Pédiatrie.* 1 mai 2011;18(5):579-88.
22. Cottencin O, Bence C, Rolland B, Karila L. [Somatic consequences of cannabis use]. *Rev Prat.* déc 2013;63(10):1430-2.
23. Renard J, Krebs M-O, Le Pen G, Jay TM. Long-term consequences of adolescent cannabinoid exposure in adult psychopathology. *Front Neurosci.* 10 nov 2014;8.
24. Radhakrishnan R, Wilkinson ST, D'Souza DC. Gone to Pot - A Review of the Association between Cannabis and Psychosis. *Front Psychiatry.* 2014;5:54.
25. De Hert M, Wampers M, Jendricko T, Franic T, Vidovic D, De Vriendt N, et al. Effects of cannabis use on age at onset in schizophrenia and bipolar disorder. *Schizophr Res.* 1 mars 2011;126(1):270-6.
26. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addiction.* 1 nov 2003;98(11):1493-504.
27. Hall W. What has research over the past two decades revealed about the adverse health effects of recreational cannabis use? *Addict Abingdon Engl.* janv 2015;110(1):19-35.
28. Fourcade N. Présentation de l'Observatoire National du Suicide : mutualiser les connaissances pour mieux prévenir. 2015.
29. Brodbeck J, Matter M, Moggi F. Association between cannabis use and sexual risk behavior among young heterosexual adults. *AIDS Behav.* sept 2006;10(5):599-605.

30. Leuenberger P, Brossard C. Effets du cannabis sur le système respiratoire. Rev Médicale Suisse. 2004;24136.
31. Charpeaud T, Samalin L, Brousse G, Llorca P-M. Addiction au cannabis, à la cocaïne, aux amphétamines, aux opiacés, aux drogues de synthèse. In: Psychiatrie - Pédopsychiatrie - Addictologie. Ellipses. 2015. p. 277-80. (Reussir l'ECN).
32. Phan O, Corcos M, Girardon N, Nezelof S, Jeammet P. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. EMC - Psychiatr. 1 août 2005;2(3):207-24.
33. Ministère des solidarités et de la santé. La stratégie nationale de santé 2018-2022. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2017.
34. MILD&CA. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017. 2013.
35. Pratiques professionnelles dans les Consultations Jeunes Consommateurs. Fédération Addiction. 2012. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/cjc-le-guide-est-en-ligne/>
36. Obradovic I. Dix ans d'activité des "consultations jeunes consommateurs". OFDT- Tendances. Mars 2015;101.
37. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool cannabis tabac, chez l'adulte. 2014 déc.
38. Legleye S, Kraus L, Piontek D, Phan O, Jouanne C. Validation of the Cannabis Abuse Screening Test in a Sample of Cannabis Inpatients. Eur Addict Res. 2012;18(4):193-200.
39. Benard V, Rolland B, Messaadi N, Petit A, Cottencin O, Karila L. Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. Presse Médicale. 1 juill 2015;44(7):707-15.
40. Dervaux A, Laqueille X. Cannabis : usage et dépendance. Presse Médicale. déc 2012;41(12):1233-40.
41. Barnett E, Sussman S, Smith C, Rohrbach LA, Spruijt-Metz D. Motivational Interviewing for adolescent substance use: A review of the literature. Addict Behav. 1 déc 2012;37(12):1325-34.
42. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejeda M. Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of a Randomized Clinical Trial. Am J Drug Alcohol Abuse. 1 janv 2001;27(4):651-88.
43. Miller WR, Rollnick S. Motivational Interviewing: Helping People Change. Guilford Press; 2012. 497 p.
44. Michaud P, Dewost A-V, Fouilland P. "Boire moins c'est mieux": Comment intégrer le repérage précoce et l'intervention brève auprès des consommateurs à risque dans la pratique des médecins? Presse Médicale. 1 mai 2006;35(5, Part 2):831-9.

45. Martin G, Copeland J, Swift W. The Adolescent Cannabis Check-Up: Feasibility of a brief intervention for young cannabis users. *J Subst Abuse Treat.* 1 oct 2005;29(3):207-13.
46. Babor, T. F., The Marijuana Treatment Project Research Group. Brief Treatments for Cannabis Dependence: Findings From a Randomized Multisite Trial. *J Consult Clin Psychol.* 2004;(72(3,)):455-66.
47. Maurat F. Repérage précoce et intervention brève des mésusages d'alcool: étude de faisabilité auprès de 97 médecins généralistes girondins sur une année [Thèse d'exercice]. [Bordeaux, France]: Université de Bordeaux II; 2006.
48. Beck F, Richard J-B. Les comportements de santé des jeunes: analyses du Baromètre santé 2010 -Santé et consommation de soins des 15-30 ans. 2013;174-97.
49. Ministère de la santé et des sports, Pr Jean-Pierre Grunfeld. Plan Cancer 2009-2013. In 2009.
50. Guechi-Hadi A. L'adolescent consommateur de cannabis : quelle place pour le médecin généraliste ? Enquête qualitative auprès de quinze adolescents consultant en CJC. [Thèse d'exercice]. [Nice; France]: Université de Nice; 2017.
51. Laporte C, Hamma S, Vorilhon P. Médecins généralistes et cannabis en France : interroger les jeunes sur leur consommation ? *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2016;(125):120-9.
52. Gautier A. Baromètre santé médecins généralistes 2009. In Saint-Denis: Inpes; 2011. p. 266. (Baromètres santé).
53. Laporte C. Le médecin généraliste et la consommation de cannabis des adolescents en France. [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I;2016.
54. Tudrej B-V, Heintz A-L, Ingrand P, Gicquel L, Binder P. What do troubled adolescents expect from their GPs? *Eur J Gen Pract.* 1 oct 2016;22(4):247-54.
55. Bahadoor M, Rude Bache M. Adolescent consommateur de cannabis et médecin généraliste: comment dialoguer ? [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I; 2010.
56. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 1 - Choisir une approche d'analyse qualitative. In: *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales.* Armand Colin. 2012. p. 20.
57. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2013;105(105):4-11.
58. Bourrel G. Comprendre le patient : s'engager derrière la recherche qualitative? *Exerc Rev Fr Médecine Générale.* 2013;24(105):45-6.
59. Décret n° 2016-1537 du 16 novembre 2016 relatif aux recherches impliquant la personne humaine. 2016-1537 nov 16, 2016.

60. Paillé P, Mucchielli A. Chapitre 11 - L'analyse thématique. In: L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales. 3eme édition. Armand Colin; 2012. p. 231-314.
61. Morel A, Couteron J-P. Les conduites addictives: Comprendre, prévenir, soigner. Dunod; 2008. 334 p.
62. Peretti-Watel P. Du recours au paradigme épidémiologique pour l'étude des conduites à risque. Rev Fr Sociol. 2004;45(1):103-32.
63. Reynaud-Maurupt C. Les habitués du cannabis - Une enquête qualitative auprès des usagers réguliers [Internet]. Saint-Denis: OFDT; 2008. 312 p. (TREND - Tendances récentes et nouvelles drogues).
64. Schulenberg J-E, Johnston L-D, O'Malley P, et al. Monitoring the future national survey results on drug use, 1975–2016, College Students and Adults Ages 19-55. 2017;II:466.
65. Kuntsche E, Jordan MD. Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors: Results of multilevel analyses. Drug Alcohol Depend. 15 sept 2006;84(2):167-74.
66. Huba GJ, Bentler PM. The role of peer and adult models for drug taking at different stages in adolescence. J Youth Adolesc. 1 oct 1980;9(5):449-65.
67. Ibradovic O, OFDT. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. In 2017 (Tendances; vol. 22).
68. Reynaud-Maurupt C, Chaker S, Claverie O, Monzel M, Moreau C, Evrard I, et al. Pratiques et opinions liées aux usages de substances psychoactives dans l'espace festif « musiques électroniques ». Musiques Electron. juill 2007;143.
69. Lydia Fernandez, Agnes Bonnet, Elodie Niel, Jean Louis Pedinielli. Dépendance au cannabis et événements de vie : le poids de la transmission transgénérationnelle. 2006;28:29-40.
70. Stone AL, Becker LG, Huber AM, Catalano RF. Review of risk and protective factors of substance use and problem use in emerging adulthood. Addict Behav. juill 2012;37(7):747-75.
71. Bowlby J. Attachement et perte. : Volume 1, L'attachement. Paris: Presses Universitaires de France - PUF; 2002. 540 p.
72. Stéphane Legleye, François Beck, Stanislas Spilka, Olivier Le Nezet. Drogues à l'adolescence en 2005 - Niveaux, contextes d'usage et évolutions à 17 ans en France - Cinquième enquête ESCAPAD. mai 2007 - OFDT.
73. Cohen P, Sas A. Cannabis Use in Amsterdam. :148.
74. Beck F, Godeau E, Legleye S, Spilka S. Drug consumptions by the young adolescents: 1. Epidemiological data. Med Sci (Paris). déc 2007;23(12):1162-8.

75. Kandel DB, Yamaguchi K, Chen K. Stages of progression in drug involvement from adolescence to adulthood: further evidence for the gateway theory. *J Stud Alcohol*. sept 1992;53(5):447-57.
76. Taylor M, Collin SM, Munafò MR, MacLeod J, Hickman M, Heron J. Patterns of cannabis use during adolescence and their association with harmful substance use behaviour: findings from a UK birth cohort. *J Epidemiol Community Health*. août 2017;71(8):764-70.
77. Benyamina A, Blecha L. Les effets du cannabis sur la santé. *Annales médico-psychologiques*. 11 sept 2009;167(7):514-517
78. Fergusson DM, Boden JM. Cannabis use and later life outcomes. *Addict Abingdon Engl*. juin 2008;103(6):969-76; discussion 977-978.
79. American Psychiatric Association. (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)* Evaluation de la dépendance. 2013.
80. Boulestrau-Grasset H, Juchereau. *Le point de vue des adolescents sur leur relation avec le médecin généraliste [Thèse d'exercice]*. [Nantes;France]: Université de Nantes; 2009.
81. Donovan C, Mellanby AR, Jacobson LD, Taylor B, Tripp JH. Teenagers' views on the general practice consultation and provision of contraception. The Adolescent Working Group. *Br J Gen Pract*. nov 1997;47(424):715-8.
82. INPES. *Entre nous - Guide d'intervention pour les professionnels de santé - Entre-Nous-Brochure.pdf*. 2009. Disponible sur: <file:///C:/Users/maxime/Downloads/Entre-Nous-Brochure.pdf>
83. Cakar FS, Savi S. An Exploratory Study of Adolescent's Help-Seeking Sources. *Procedia - Soc Behav Sci*. 23 déc 2014;159:610-4.
84. Chinet L, Bernard M, Stephan P, Rubin A. Enquête dans les soirées techno : nouvelles consommations et accès au réseau de soin. *Rev Médicale Suisse*. 2003;1(22699).
85. Lacotte Marly E. *Les jeunes et leur médecin traitant : Pour une Meilleure Prise en Charge des Conduites à Risque*. [Thèse d'exercice]. [Paris;France]: Université de Paris Descartes; 2004.
86. Michaud P-A, Martin J. La consultation de l'adolescent dans la pratique des médecins: Une étude de soins ambulatoires dans deux cantons suisses. *Soz- Präventivmedizin*. 1 déc 1982;27(6):304-9.
87. Pommier J, Deschamps J-P, Romero M-I, Zubarew T, Billot L, Crema D, et al. Attitudes à l'égard des soins formels et informels : comparaison d'adolescents français et chiliens, Summary. *Santé Publique*. 2002;14(4):371-87.
88. Dixon G, Stanton WR, McGee RO, Langley JD, Murdoch JC. Disability in late adolescence III: Utilization of health services. 28 juill 2009;17:225-30.

89. Binder P, Vanderkam P. Intervenir sur les addictions en médecine générale. Exerc Rev Fr Médecine Générale. 2017;(130):72-81.
90. Laqueille X, Dervaux A. [Treatment of cannabis dependence]. Rev Prat. déc 2013;63(10):1438-40.
91. Waldron HB, Kaminer Y. On the learning curve: the emerging evidence supporting cognitive-behavioral therapies for adolescent substance abuse. Addiction. 1 nov 2004;99:93-105.
92. Liddle HA, Dakof GA, Parker K, Diamond GS, Barrett K, Tejada M. Multidimensional Family Therapy for Adolescent Drug Abuse: Results of a Randomized Clinical Trial. Am J Drug Alcohol Abuse. 1 janv 2001;27(4):651-88.
93. Rigter H, Henderson CE, Pelc I, Tossmann P, Phan O, Hendriks V, et al. Multidimensional family therapy lowers the rate of cannabis dependence in adolescents: A randomised controlled trial in Western European outpatient settings. Drug Alcohol Depend. 1 juin 2013;130(1):85-93.
94. Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' views of helping professionals: A review of the literature. J Adolesc. 1 août 2007;30(4):639-53.
95. Gibson K, Cartwright C, Kerrisk K, Campbell J, Seymour F. What Young People Want: A Qualitative Study of Adolescents' Priorities for Engagement Across Psychological Services. J Child Fam Stud. 18 sept 2015;25.
96. Koné D. Clinique des adolescents : pour un accueil et une écoute préventive. VST - Vie Soc Trait. 2006;no 91(3):109-15.
97. Jacobson L, Richardson G, Parry-Langdon N, Donovan C. How do teenagers and primary healthcare providers view each other? An overview of key themes. Br J Gen Pract. oct 2001;51(471):811-6.
98. Corinne Perdrix, Catherine Plotton, Xavier Gocko,. La relation medecin-patient. Collège Natl Généralistes Enseign. avr 2017;(132).
99. BINDER Philippe. Comment aborder l'adolescent en médecine générale? 31 mai 2005;(55):1073-7.
100. Meynard A, Narring F, Dagmar M. Haller, Navarro C. Prises de risque à l'adolescence : stratégies et outils pour les consultations en médecine de premier recours. Rev Médicale Suisse. 2008;4:1451-5.
101. Hours H. État des lieux de la formation à l'entretien motivationnel durant le diplôme d'études spécialisées de médecine générale en France en 2016-2017. [Thèse d'exercice]. [Toulouse;France]: Université Toulouse III; 2017.
102. AFDEM. Formations en entretien motivationnel. Disponible sur: <https://www.afdem.org/formations/>

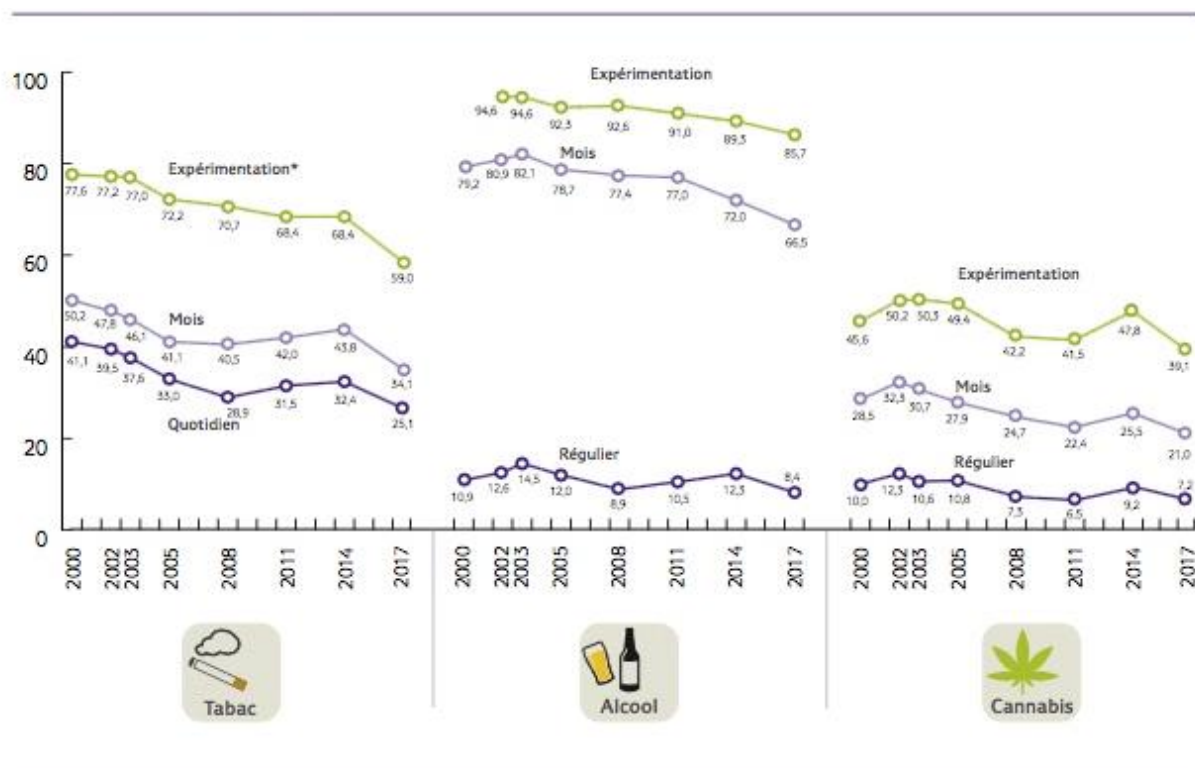
103. Van Staa A, Jedeloo S, van der Stege H. "What we want": chronically ill adolescents' preferences and priorities for improving health care. *Patient Prefer Adherence*. 21 juin 2011;5:291-305.
104. INPES. Jeunes et addictions : évolution des comportements et des pratiques professionnelles. *Santé En Action*. sept 2014;429(429):30-1.
105. BINDER Philippe. Tabac, cannabis et investissements relationnels à l'adolescence. Enquête épidémiologique sur 3800 adolescents. *Rev Prat*. mars 2003;17(607):428-34.
106. Rogers JA, Elliott BA. The physician's role in adolescent health education. *Minn Med*. août 1989;72(8):461-3, 466.
107. Ackard DM, Neumark-Sztainer D. Health care information sources for adolescents: age and gender differences on use, concerns, and needs. *J Adolesc Health*. 1 sept 2001;29(3):170-6.
108. Karrer M, Buttet P, Vincent I. Comment pratiquer l'éducation pour la santé en médecine générale ou en pharmacie ? Résultats d'une expérimentation auprès de femmes enceintes, d'adolescents et de personnes âgées, Summary. *Santé Publique*. 7 mars 2008;20(1):69-80.
109. Lasry L, Weiler B. Les représentations du cannabis par les adolescents: perceptions et attitudes. [Thèse d'exercice]. [Créteil, France]: Université de Paris-Est Créteil; 2011.
110. Binder. Cannabis-Medecin. Disponible sur: <http://www.cannabis-medecin.fr/>
111. Gates P, Copeland J, Swift W, Martin G. Barriers and facilitators to cannabis treatment. *Drug Alcohol Rev*. 1 mai 2012;31(3):311-9.
112. Mejean V. Représentations et ressentis des consommateurs de cannabis face à leur médecin : une enquête auprès de 15 patients en région Rhône Alpes [Thèse d'exercice]. [Lyon, France]: Université Claude Bernard (Lyon); 2016.
113. Stachel R, Graap C, Alcalá A, et al. Quelle place pour le médecin de premier recours dans la prise en charge d'adolescents consommateurs de substances psychotropes ? *Rev Med Suisse*. 2008;4(161):1436-40.
114. Kaci F, Allais C, Girard T, et al. Médecine de l'adolescence : conduite à tenir dans le cadre du concept de rupture. Février 2014;64. Disponible sur: http://ns226617.ovh.net/RDP/2014/2/RDP_2014_2_215.pdf
115. Jeammet P. Pour nos ados, soyons adultes. Paris: Odile Jacob; 2010.
116. Roscoät E du, Clément J, Lamboy B. Interventions validées ou prometteuses en prévention de la consommation de substances illicites chez les jeunes : synthèse de la littérature, Evidence-based and promising interventions to prevent drug use among youth: a literature review. *Santé Publique*. 20 juin 2013;S1(HS1):47-56.

117. Alvin P, Bellaton E. Adolescent : comment amorcer le dialogue? Tome 17(625). Disponible sur: http://ns226617.ovh.net/MG/2003/625/MG_2003_625_1174.pdf
118. Agence de la santé et des services sociaux de Montréal, Direction de la santé publique. L'examen médical préventif chez les adolescents. 2005;6.
119. Resnick MD, Bearman PS, Blum RW, Bauman KE, Harris KM, Jones J, et al. Protecting adolescents from harm. Findings from the National Longitudinal Study on Adolescent Health. JAMA. 10 sept 1997;278(10):823-32.
120. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. 19 oct 2011.
121. Auvray L, Fur PL. Adolescents : état de santé et recours aux soins. 2002;6.
122. Binder P. Accueil des adolescents en médecine générale : validation de l'usage d'un référentiel. 21 nov 2005;(19).
123. Goldenring J, Rosen D. Getting into adolescent heads: An essential update. Contemp Pediatr. janv 2004;21(64).
124. Moula H, Mercier-Nicoux F, Velin J. Un questionnaire-amorce de dialogue peut-il optimiser la consultation d'un adolescent en médecine générale ? Evaluation d'un questionnaire de prévention auprès de 347 adolescents examinés par 41 médecins généralistes. Rev Prat Med Gen. 2 avr 2001;(533):741-6.
125. Sante publique france. Inpes - Catalogue des documents d'éducation pour la santé [Internet]. [cité 8 avr 2018]. Disponible sur: <http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/resultatsSpecial.asp>
126. Beresford BA, Sloper P. Chronically ill adolescents' experiences of communicating with doctors: a qualitative study. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. sept 2003;33(3):172-9.
127. Jacquard A. L'Héritage de la liberté: De l'animalité à l'humanité. Editions du Seuil; 1986. (Collection « Science ouverte »).
128. Perdrix C, Plotton C, Gocko X. La relation medecin-patient. Collège Natl Généralistes Enseign. avr 2017;(132).
129. Larson EB, Yao X. Clinical Empathy as Emotional Labor in the Patient-Physician Relationship. JAMA. 2 mars 2005;293(9):1100-6.
130. Mauerhofer A, Akre C, Michaud P-A, Suris JC. La médecine ambulatoire youth-friendly. Arch Pédiatrie. 1 août 2009;16(8):1151-7.
131. Klostermann B, Slap G, Nebrig D, Tivorsak T, Britto M. Earning trust and losing it: Adolescents' views on trusting physicians. J Fam Pract. 1 août 2005;54(8).

132. Ketterer F, Symons L, Lambrechts M-C, Mairiaux P, Godderis L, Peremans L, et al. What factors determine Belgian general practitioners' approaches to detecting and managing substance abuse? A qualitative study based on the I-Change Model. *BMC Fam Pract.* 14 juin 2014;15:119.
133. Constantinescu AO, Nougéin P. Etat des lieux de la prise en charge des adolescents fumeurs de cannabis en médecine générale: étude auprès des médecins généralistes de Picardie. [Thèse d'exercice]. [Amiens, France]: Université de Picardie; 2016.
134. Reynaud P. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages - Synthèse. Fédération Addiction. 2013. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/le-pr-michel-reynaud-rend-son-rapport-a-la-mildt/>
135. Teoli R, Haller DM, Ingrand P, Binder P. Comparaison des représentations et comportements des médecins généralistes du Canton de Genève et du Poitou-Charentes. *Santé Publique.* 8 juin 2016;28(2):187-95.
136. McCambridge J, Strang J, Platts S, Witton J. Cannabis use and the GP: brief motivational intervention increases clinical enquiry by GPs in a pilot study. *Br J Gen Pract.* août 2003;53(493):637-9.
137. 1 - Introduction | Collège national universitaire des enseignants d'addictologie. Disponible sur: <http://www.cunea.fr/cours/1-introduction>
138. Murdoch JC, Silva PA. The use of general practice services by 18 year olds in New Zealand. *N Z Med J.* avr 1996;109(1019):113-5.
139. Kappahn CJ, Wilson KM, Klein JD. Adolescent girls' and boys' preferences for provider gender and confidentiality in their health care. *J Adolesc Health.* 1 août 1999;25(2):131-42.

ANNEXES

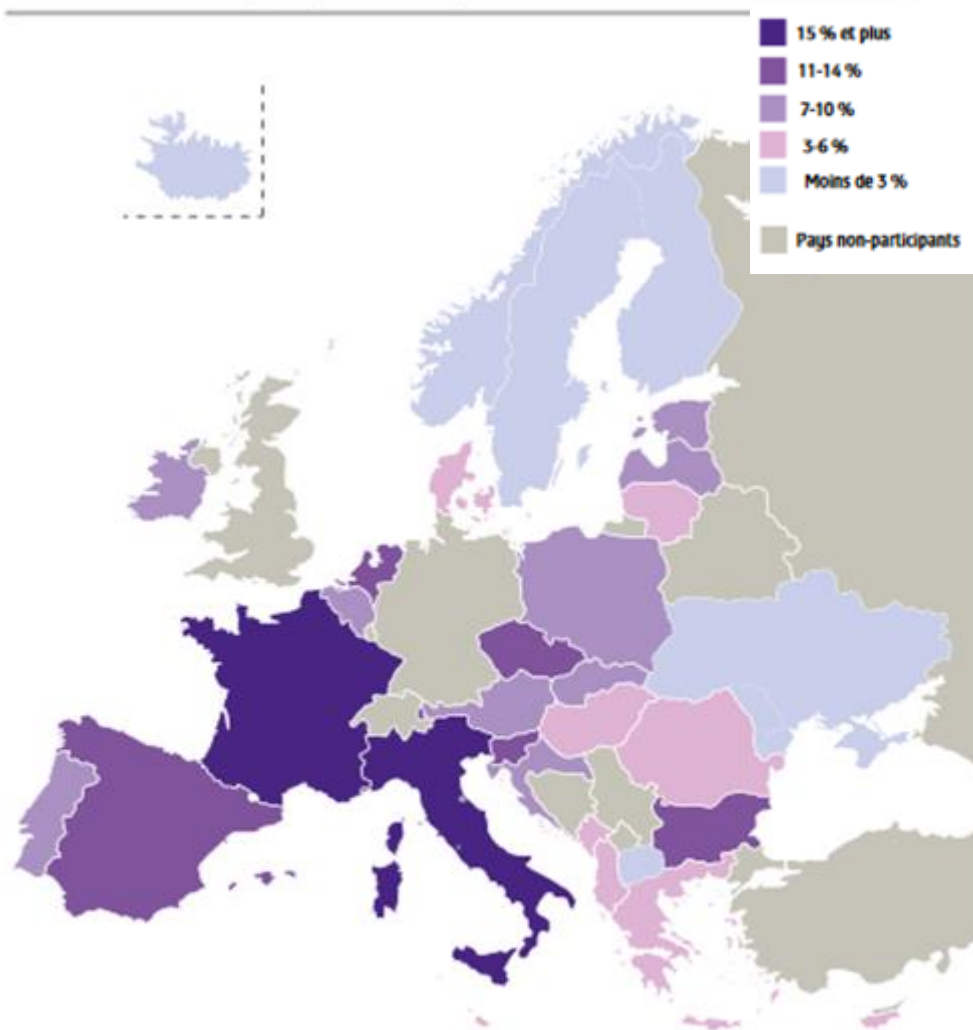
Annexe 1 : Evolution 2000-2017 des niveaux d'usage de tabac, boissons alcoolisées, et cannabis à 17 ans (en %)



Source : enquêtes ESCAPAD (France métropolitaine), OFDT.

Annexe 2 : Niveaux européens d'usages dans le mois de cannabis en 2015

Au moins un usage de cannabis
au cours des 30 derniers jours précédant l'enquête



Pour l'Espagne qui n'a pas participé au projet ESPAD 2015, les données proviennent d'une enquête nationale scolaire réalisée entre novembre 2014 et avril 2015.

Source : enquête ESPAD 2015

Evaluation de l'Addiction : DSM-5

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

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 où 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 (cf diagnostic du syndrome de sevrage du produit)
 - 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

Test CAST

(Cannabis Abuse Screening Test)

1- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?

OUI NON

2- Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul (e) ?

OUI NON

3- Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis ?

OUI NON

4- Des amis ou des membres vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?

OUI NON

5- Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?

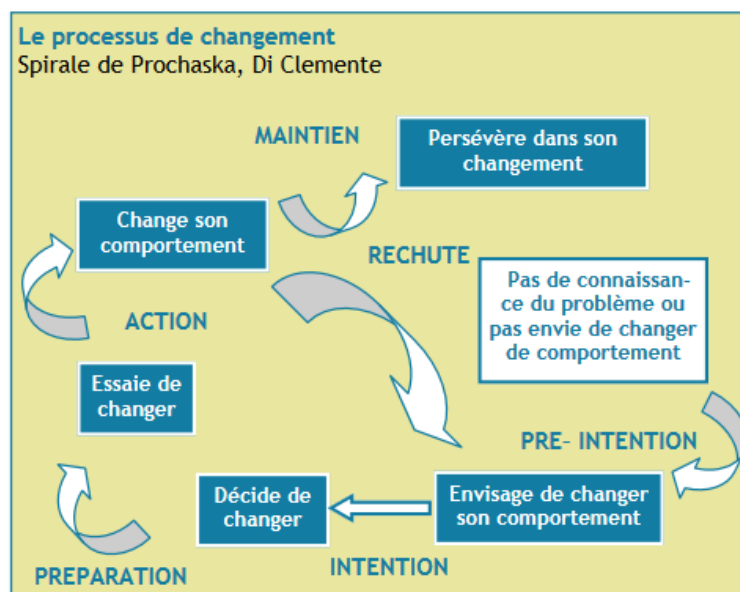
OUI NON

6- Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis ?

OUI NON

Si vous avez 3 ou plus de 3 réponses positives il serait important de demander de l'aide

Annexe 5 : Le processus de changement, selon Prochaska et Di Clemente



Annexe 6 : Les six étapes de l'intervention brève (Source : Presse Médicale, 2006)

Pratique	Traduction	Signification
<i>Feed-back</i>	Restitution	L'information relative à la fréquence et à la quantité de sa consommation d'alcool est restituée au patient
<i>Responsibility</i>	Responsabilité	La responsabilité du changement de comportement appartient exclusivement au patient, et pas au thérapeute
<i>Advice</i>	Conseil	Un conseil précis sur la réduction de la consommation est clairement donné au patient
<i>Menu</i>	Choix d'options	Un "menu" offrant différentes options relatives à la quantité, au délai et au rythme de la consommation d'alcool est présenté au patient
<i>Empathy</i>	Empathie	Le thérapeute fait preuve d'empathie, il évite la condescendance et les jugements de valeur
<i>Self-efficacy</i>	Sentiment d'efficacité personnelle	Le thérapeute valorise les efforts et les acquis du patient et renforce la confiance que celui-ci porte à sa capacité de changement

**Annexe 7 : La marguerite des compétences des médecins généralistes
(Collège National des Généralistes Enseignants)**



Critères démographiques – Données quantifiées

Entretien n°

Age :

Sexe :

Situation scolaire et/ou professionnelle :

Mode de vie/Entourage au domicile (en famille, seul(e), collocation...) :

Avez-vous un médecin traitant ?

Si oui, suit-il également votre famille ?

A quelle fréquence consultez-vous un médecin généraliste : Moins d'une fois par an ? Une à 4 fois par an ? Plus de 4 fois par an ? plus de une fois par mois ?

Quelle quantité de cannabis consommez-vous ? A quelle fréquence ?

Depuis quand consommez-vous du cannabis ?

Annexe 9 : Guide d'entretien – version finale

Guide d'Entretien

Présentation orale :

Bonjour, installez-vous. Tout d'abord est-ce que vous préférez qu'on se tutoie ou qu'on se vouvoie ?

Merci d'être venu(e), les entretiens sont vraiment intéressants pour l'avancée de mon étude. Je me présente, je m'appelle Caroline/Julie, et pour finaliser mes études de médecine je dois réaliser une thèse. Je m'intéresse aux relations entre les jeunes qui sont amenés à consommer du cannabis et leur médecin. Il y a beaucoup d'études qui s'intéressent au point de vue des médecins, et moi je voulais avoir le point de vue des jeunes. Mon but est d'arriver à comprendre un peu mieux ce qu'un consommateur attend de son médecin, ce qu'il serait prêt à lui dire ou pas. Cela passe par un entretien autour de questions ouvertes. Afin de pouvoir discuter ensemble librement l'entretien sera enregistré, ensuite je le retranscris à l'écrit en modifiant les noms les lieux et en supprimant l'enregistrement, c'est-à-dire que tout ce qu'on va se dire sera écrit dans mon rendu, mais ce sera anonyme.

Est-ce que tu serais d'accord pour participer? Il n'y a pas d'obligation, et l'entretien pourra s'arrêter dès que tu le souhaites si besoin. Comme il s'agit d'une étude clinique, je dois recueillir un consentement écrit (signature de la fiche de consentement).

Je vais commencer par te poser des questions générales, puis plus en rapport avec mon sujet, tu pourras répondre comme tu le sens. Il n'y a pas de bonne ou mauvaise réponse, et personne ne va juger ce que tu diras, l'intérêt est vraiment de répondre avec honnêteté pour m'aider dans mon travail.

Brise-glace : Si tu le veux bien, et pour faire un peu connaissance, est-ce que tu peux te présenter en quelques mots ?

1) Peux-tu me décrire ta consommation de cannabis ?

—> Relances : Qu'est-ce que tu consommes/mode d'achat ? Dans quel(s) contexte(s) consommes-tu ? Comment (« pourquoi ») ? Autres drogues ? Quel impact a ta consommation sur ta santé, sur ta vie ?

2) Comment se passe la relation avec ton médecin traitant ?

—> Relances : Quelle image as-tu de lui/elle ? Quelle confiance as-tu dans son écoute, dans ses conseils ? Est-il facile pour toi de lui parler de tes problèmes ? Aborde-t'il avec toi d'autres sujets que le motif de consultation ?

2 bis) Si pas de médecin traitant : Concernant les médecins que tu as eu l'occasion de consulter, comment décrirais-tu la/les relation(s) de soins que vous avez eu (es) ? (Relances identiques)

3) As-tu déjà parlé de ta consommation de cannabis avec ton médecin ?

—> Si oui : Peux-tu me raconter ? Qu'en attendais-tu ?

—> Si non : Pourquoi ? Est-ce que tu souhaiterais en discuter avec un médecin ? Si oui, qu'en attendrais-tu ?

4) Selon toi, quel est le rôle d'un médecin ?

5) Qu'est-ce qui te pousserait à consulter par rapport à tes consommations ?

—> Relances : Quel(s) contexte(s) ? A qui t'adresserais-tu ?

6) Si tu es face à un médecin généraliste pour tes consommations, comment tu souhaiterais que ça se passe ?

—> Relances : qu'est-ce qui te mettrait à l'aise ? Décris-moi le lieu/le moment ? Avec qui serais-tu ? Comment souhaiterais-tu que le sujet soit abordé ?

7) Décris-moi le médecin idéal qui te recevrait.

—> Relance : Caractéristiques générales, préférence de sexe/âge ? Attitude et action(s)/ réaction(s) attendues ?

Annexe 10 : Caractéristiques de la population - entretiens de Caroline Laviez

Verbatim	Durée de l'entretien (min)	Recrutement	Âge	Sexe	Situation scolaire ou professionnelle	Mode de vie	Existence d'un médecin traitant ?	Médecin traitant de la famille ?	Fréquence des consultations chez le médecin généraliste	Fréquence de consommation (OFDT) : actuelle et au pic	Âge de début de consommation
C1	24	CeGIDD	21 ans	F	Etudiante en BTS hôtel-restauration (Bac ES)	En collocation	Oui (son grand-père)	Oui	1 à 4 fois par an	Actuelle : usage dans l'année Pic : usage quotidien	16 ans
C2	29	CeGIDD	23 ans	H	Etudiant en master commerce en alternance	Seul	Oui (sa mère)	Oui	> 1 fois par mois	Actuelle : usage quotidien Pic : usage quotidien	14 ans
C3	25	CeGIDD	20 ans	H	Etudiant en Fac de sport (Bac S)	Seul	Oui	Non	1 à 4 fois par an	Actuelle : usage quotidien Pic : usage quotidien	15 ans
C4	19	CeGIDD	19 ans	F	Etudiante, prépare le concours d'IFSI (Bac technologique)	En famille (avec son père et frère aîné, parents séparés)	Oui (ami de la famille)	Oui	> 1 fois par mois	Actuelle : usage quotidien Pic : usage quotidien	8 ans
C5	29	CeGIDD	23 ans	H	Musicien, serveur-cuisinier en extra (BTS)	En famille (avec son père)	Oui	Oui	1 à 4 fois par an	Actuelle : usage régulier Pic : usage quotidien	14 ans
C6	35	CeGIDD	20 ans	F	Etudiante en langues étrangères appliquées	Seul (sur lieu de travail saisonnier)	Oui	Oui	> 4 fois par an	Actuelle : usage dans l'année Pic : usage quotidien	14 ans
C7	36	CeGIDD	25 ans	H	Etudiant en BTS commerce, barman en extra et saisons (Bac technologique)	En famille	Oui	Oui	< 1 fois par an	Actuelle : usage quotidien Pic : usage quotidien	15 ans
C8	44	MG	24 ans	H	Au chômage, conducteur d'engins	En famille	Oui	Oui	1 à 4 fois par an	Actuelle : usage dans le mois Pic : usage quotidien	15 ans
C9	24	Par connaissances (C)	21 ans	F	Etudiante en BTS design	En collocation	Oui	Oui	> 4 fois par an	Actuelle : usage quotidien Pic : usage quotidien	14 ans
C10	46	C	21 ans	F	Etudiante en BTS design	Seule	Oui	Oui	1 à 4 fois par an	Actuelle : usage dans le mois Pic : usage quotidien	15 ans

Annexe 11 : Caractéristiques de la population – entretiens de Julie Grorod

Verbatim	Durée de l'entretien (min)	Recrutement	Âge	Sexe	Situation scolaire ou professionnelle	Mode de vie	Existence d'un médecin traitant ?	Médecin traitant de la famille ?	Fréquence des consultations chez le médecin généraliste	Fréquence de consommation (OFDT) : actuelle et au pic	Âge de début de consommation
J1	12min	Par connaissances (C)	17 ans	F	Lycéenne : terminale générale ES	En Famille (avec sa mère, un week-end/2 chez son père)	Oui	Non	> 4 fois par an	Actuelle : usage dans l'année Pic : usage régulier	13 ans
J2	7min	C	16 ans	F	Lycéenne	En famille	Non	-	1 à 4 fois par an	Actuelle : usage régulier Pic : usage régulier	14 ans
J3	8 min	C	16 ans	F	Lycéenne : première ES	En famille, en foyer, en chambre chez l'habitant	Oui	Oui	< 1 fois par an	Actuelle : usage régulier Pic : usage quotidien	13 ans
J4	11min	C	18 ans	F	Lycéenne	En famille	Oui	Oui	< 1 fois par an	Actuelle : usage quotidien Pic : usage quotidien	14 ans
J5	9 min	MDA Montpellier	18 ans	H	Lycéen	En famille	Oui	Oui	1 à 4 fois par an	Actuelle : usage régulier Pic : usage quotidien	14 ans
J6	12 min	MDA Montpellier	15 ans	H	Collégien en troisième	En famille	Oui	Oui	> 4 fois par an	Actuelle : usage régulier Pic : usage quotidien	14 ans
J7	13 min	Le Zinc	22 ans	H	Agent d'entretien	Seul	Oui	Oui	> 1 fois par mois	Actuelle : usage dans l'année Pic : usage régulier	20 ans
J8	7 min	MDA Clermont l'Hérault	16 ans	F	En attente de CAP coiffure	En famille	Oui	Oui	1 à 4 fois par an	Actuelle : usage régulier Pic : usage régulier	13 ans
J9	16 min	Le Zinc	19 ans	F	En fin de service civique	Itinérante, en squat, chez des amis, chez sa mère parfois	Oui	Oui	1 à 4 fois par an	Actuelle : usage dans le mois Pic : usage quotidien	16 ans
J10	21 min	C	24 ans	F	Coiffeuse - chanteuse	Seule	Oui	Non	< 1 fois par an	Actuelle : usage quotidien Pic : usage quotidien	14 ans



Questionnaire

«AMORCE DE DIALOGUE»

Date de naissance.....

	Oui	Non
1. Je pratique une activité sportive régulière (plus de 2h/semaine).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. J'attache toujours ma ceinture de sécurité en voiture.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Je fume des cigarettes tous les jours ou presque.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Je saute souvent des repas.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Je suis satisfait(e) de ma taille.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Je suis satisfait(e) de mon poids.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Il existe un problème de communication entre mes parents et moi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Mes parents ont un problème de chômage.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Je me sens à l'aise avec les jeunes de mon âge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Je préfère la solitude.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. L'enseignement que je reçois m'intéresse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Il m'arrive de manquer des cours sans raison valable.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Je sais quel métier j'aimerais exercer plus tard.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Je connais des personnes qui se droguent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. J'ai souvent du mal à dormir.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Je me sens bien dans ma peau.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Je suis triste assez souvent.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Il y a des personnes autour de moi (parents, adultes) avec qui je peux parler de sexualité.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Je sais ce qu'est la contraception.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Je sais que mes vaccinations sont à jour.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. J'ai des problèmes dont j'ai du mal à parler.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Il m'arrive de boire plus de six verres en une seule occasion.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Je passe beaucoup de temps devant un écran (internet, console de jeu...).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Questionnaire élaboré par Hervé Moula, Françoise Mercier-Nicoux, Jérôme Velin.

© 2010 Agence Nationale de Santé



SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des Maîtres de cette école, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise 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.

Respectueuse et reconnaissante 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 couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

RESUME

Introduction : Repérer et intervenir sur la consommation de cannabis des jeunes représente un enjeu pour le médecin généraliste, qui a une place centrale dans leur santé. Néanmoins ils lui confient peu leurs problèmes intimes, et n'abordent pas spontanément leurs usages de cannabis.

Objectif : Nous avons étudié les déterminants qui aident les jeunes à discuter de leurs consommations de cannabis avec un médecin généraliste.

Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de jeunes consommateurs réguliers de cannabis de 15 à 25 ans, résidant en Hérault.

Résultats : Vingt personnes ont été incluses. Les jeunes consommateurs consulteraient principalement pour une aide au sevrage, recherchant un médecin qui les soutienne, ouvre le dialogue et approfondisse leur demande initiale. Ils attendent un regard spécialisé sur leur santé, une médiation avec leurs parents et une orientation. Les jeunes patients n'aborderaient pas d'eux-mêmes le sujet du cannabis, mais se disent ouverts à la discussion avec un médecin compétent et impliqué. Le rappel de confidentialité, le cadre individuel de consultation, et le temps dédié à l'échange, sont des facteurs facilitant la discussion, de même que l'attitude empathique et sans jugement du médecin.

Conclusion : Les jeunes patients sont prêts à se confier à un médecin généraliste sur leur consommation de cannabis, si celui-ci ouvre la discussion et adopte une attitude d'écoute adéquate. L'acronyme « CANNABIS », regroupant nos principaux résultats, serait intéressant à évaluer avec des généralistes prêts à l'appliquer, pour devenir éventuellement un outil d'aide à l'abord du cannabis avec un jeune patient.

MOTS CLES

Cannabis – Médecins généraliste – Adolescent – Jeune consommateur – Dialogue

Relation Médecin - Patient