



HAL
open science

“ La semaine de prévention ” : prévention, chez les adolescents de 16 à 25 ans, aux substances psychoactives les plus répandues : tabac, alcool, cannabis. Étude interventionnelle, prospective, multicentrique chez les jeunes de 16 à 25 ans

Hestia Caron

► **To cite this version:**

Hestia Caron. “ La semaine de prévention ” : prévention, chez les adolescents de 16 à 25 ans, aux substances psychoactives les plus répandues : tabac, alcool, cannabis. Étude interventionnelle, prospective, multicentrique chez les jeunes de 16 à 25 ans. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-03077871

HAL Id: dumas-03077871

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03077871>

Submitted on 16 Dec 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.

UNIVERSITE JULES VERNE PICARDIE
FACULTE DE MEDECINE

Année 2020

N° de thèse : 2020 -148

THESE

Pour le

DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

Par

Hestia CARON

Née le 26 février 1991 à Amiens

Présentée et soutenue publiquement le 13 octobre 2020

« La semaine de prévention » : Prévention, chez les adolescents de 16 à 25 ans, aux substances psychoactives les plus répandues: tabac, alcool, cannabis.

Etude interventionnelle, prospective, multicentrique chez les jeunes de 16 à 25 ans

Président de jury : Monsieur le Professeur GUILE Jean-Marc

Directeur de thèse : Monsieur le Docteur ARIZA Matthieu

Membres du jury : Monsieur le Professeur Julien MAIZEL, Monsieur le Professeur Alain DERVAUX, Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS.

REMERCIEMENTS

A Monsieur le président, le Professeur Jean-Marc GUILÉ

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier (Pédopsychiatrie). Coordonnateur du DES de psychiatrie.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant d'être président de mon jury de thèse, et du temps que vous aurez accordé à lire ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Matthieu ARIZA,

Chef de clinique des universités (Médecine générale)

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la direction de cette thèse. Je souhaite sincèrement vous remercier pour votre gentillesse, votre disponibilité, votre patience et l'aide dont vous avez fait preuve tout au long de ce travail. Je n'aurai pu espérer meilleur accompagnement pour réaliser ce travail. Veuillez croire à l'expression de mon grand respect et ma profonde reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Julien MAIZEL,

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier. (Réanimation, médecine d'urgence).

Assesseur 2ème cycle. Chef du Service de Médecine Intensive Réanimation.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury, et du temps que vous aurez accordé à lire ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Professeur Alain DERVAUX,

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier. Psychiatrie et Addictologie Adultes.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury, et du temps que vous aurez accordé à lire ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

A Monsieur le Docteur Xavier BENAROUS,

Maître de Conférences des Universités – Praticien Hospitalier. (Pédopsychiatrie).

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de mon jury, et du temps que vous aurez accordé à lire ce travail. Veuillez trouver l'expression de ma sincère gratitude.

REMERCIEMENTS

A Flavie, merci pour tout ce que tu fais pour moi, ton soutien à toute épreuve. Je ne pensais jamais rencontrer une personne aussi incroyable et je suis si fière de partager ma vie avec toi. Je n’imagine plus vivre sans toi, je t’aime et t’aimerai durant toute cette vie.

A mes parents, sans qui je ne serais pas là aujourd’hui. Je n’aurais jamais assez de mots pour vous remercier. Merci pour votre soutien, pour tout ce que vous avez fait pour moi et ma réussite. Je vous aime.

A mon frère, loin des yeux mais toujours dans mon cœur. Je suis si fière d’avoir un frère comme toi. Tu me manques énormément. Je t’aime.

A mes grands-mères, merci mamie pour ton soutien inconditionnel durant toutes ces années d’étude, garde cette joie de vivre qui te caractérise si bien, je t’aime. Merci grand- mère pour ton soutien et ta gentillesse éternelle, je t’aime.

A Jeanine, ma troisième grand- mère, merci pour toutes ces années de colocation, merci pour ce que tu as fait pour moi, pour ton soutien. Je t’aime.

A Marie et Charlotte, les meilleures, merci pour tous ces moments passés avec vous, pour votre soutien et votre amitié si précieuse. Vous êtes deux personnes en or. Je serai toujours là pour vous, je vous aime.

A la Team Roberto, et quelle équipe ! Je vous remercie tellement pour votre aide, votre soutien. Ces longues années d’étude n’auraient jamais été pareil sans vous. Merci pour tous ces moments de joie, ces soirées, ces voyages, vous êtes des gens formidables et je suis heureuse de faire partie de vos vies. Je vous aime tellement.

Aux Huppinois, merci pour toutes ces années de rires, de pleurs, de fêtes. Votre amitié restera gravée à jamais en moi, je suis si heureuse de vous avoir autour de moi. Vous êtes ma deuxième famille, je vous aime. Merci **Mathieu** pour ton soutien et ton amitié en toutes circonstances, tu es le meilleur !

A mes tantes, oncles, cousines et cousins, merci pour votre soutien durant ces longues années d’étude. Vous êtes une famille formidable, je vous aime.

A mes amis, je suis si fière d’être si bien entourée, merci pour votre amitié, soutien et aide. Je vous aime.

Aux Parents de Flavie, Adeline, Amanda, Sylvain, Simon, je suis ravie de vous avoir rencontré, vous êtes des personnes géniales. Merci pour votre aide et soutien.

Merci aux urgences du CH d’Abbeville et aux réanimateurs, pour tout ce que vous m’avez appris, votre soutien. Vous êtes tous formidables.

ACRONYMES ET ABREVIATIONS

ANAES : Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé

API : Alcoolisation ponctuelle importante

BPCO : Bronchopneumopathie chronique obstructive

CAST: Test de dépistage d'abus de cannabis (Cannabis abuse screening test)

DSM-IV : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

HAS : Haute autorité de santé

IC : Intervalle de confiance

INPES : Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

OMS : Organisation mondiale de la santé

RR : Risque relatif

SPA : Substance psychoactive

TABLE DES MATIERES

I. INTRODUCTION	10
I.1) Contexte : De l'adolescence à l'âge adulte	10
I.2) Les substances psychoactives chez les jeunes	11
<i>I.2.a) Modalités de consommation d'une substance psychoactive</i>	11
<i>I.2.b) Les substances psychoactives et leurs conséquences</i>	13
<i>I.2.b.1) L'alcool</i>	13
<i>I.2.b.2) Le tabac</i>	14
<i>I.2.b.3) Le cannabis</i>	14
<i>I.2.b.4) Les poly consommations</i>	15
<i>I.2.c) Coût économique et social</i>	15
I.3) Prévention chez les jeunes en médecine générale	16
<i>I.1.a) La prévention en médecine générale</i>	16
<i>I.3.b) Particularité de la relation médecin-adolescent</i>	17
<i>I.3.c) Outils de prévention simples : Le conseil minimal, le stade de Prochaska</i>	17
<i>I.1.a.1) Le conseil minimal</i>	17
<i>I.1.a.2) Le stade de Prochaska et DiClemente</i>	18
I.4) Justificatif du projet	20
II. MATERIEL ET METHODE	22
II.1) Type d'étude	22
II.2) Objectif de l'étude	22
II.3) Population étudiée	22
II.4) Déroulement de l'étude	22
<i>II.4.a) Phase de communication</i>	23
<i>II.4.b) Inclusion de la population avant intervention</i>	23
<i>II.4.c) Phase d'intervention auprès des médecins généralistes</i>	25
<i>II.4.d) La semaine de prévention</i>	25
II.5) Saisie des données et analyse statistique	25

Figures :

Figure n°1 : Le modèle Trans théorique développé par Prochaska et DiClemente

Figure n°2 : Etapes de déroulement de l'étude

Figure n°3 : Schéma d'inclusion des patients

Graphiques :

Graphique n°1 : Répartition de la population avant intervention en fonction de l'âge et du sexe

Graphique n°2 : Répartition de la population après intervention en fonction de l'âge et du sexe

Graphique n°3 : Expérimentation du tabac chez les jeunes (en %)

Graphique n°4 : Répartition de l'expérimentation du tabac par sexe (en %)

Graphique n°5 : Répartition de l'expérimentation du tabac par âge (en%)

Graphique n°6 : Usage nocif et dépendance au tabac chez les jeunes (en %)

Graphique n°7 : Expérimentation de l'alcool chez les jeunes (en %)

Graphique n°8 : Répartition de l'expérimentation de l'alcool par sexe (en %)

Graphique n°9 : Répartition de l'expérimentation de l'alcool par âge (en %)

Graphique n°10 : Seuil de consommation à risque d'alcool selon les recommandations l'OMS (en%)

Graphique n°11 : Usage nocif et dépendance d'alcool chez les jeunes (en %)

Graphique n°12 : Expérimentation du cannabis chez les jeunes (en%)

Graphique n°13 : Répartition de l'expérimentation du cannabis par sexe (en %)

Graphique n°14 : Répartition de l'expérimentation du cannabis par âge (en %)

Graphique n°15 : Usage nocif et dépendance au cannabis chez les jeunes (en%)

Tableaux :

Tableau n°1 : Répartition de la population des médecins généralistes.

Tableau n°2 : Stade de Prochaska alcool

Tableau n°3 : Stade de Prochaska tabac

Tableau n°4 : Stade de Prochaska cannabis

Tableau n°5 : Stade de Prochaska total

Tableau n°6 : Transition interstades spontanées dans l'étude de Carbonari

RESUME :

Titre : « La semaine de prévention » : Prévention, chez les adolescents de 16 à 25 ans, aux substances psychoactives les plus répandues : tabac, alcool, cannabis.

Introduction : La consommation de substances psychoactives chez les jeunes de 16 à 25 ans est une pratique courante, aux conséquences délétères sur le développement et la santé. La mise en place d'une semaine de prévention dédiée aux adolescents pouvait permettre d'accentuer le rôle préventif du médecin généraliste et de systématiser la discussion sur ce sujet, chez cette population difficile d'accès.

Objectif : Proposer une action de dépistage des addictions par les médecins généralistes chez les adolescents de 16 à 25 ans et évaluer l'impact de son expérimentation selon le stade de Prochaska chez les patients qui en bénéficient.

Méthode : Il s'agit d'une étude interventionnelle prospective multicentrique, réalisée par 34 médecins généralistes de Picardie. Cette étude a comparé la répartition des stades de Prochaska chez des jeunes patients se présentant dans les cabinets recrutés, avec celui d'autres jeunes patients recevant un conseil minimal en consultation par les médecins recrutés. Les médecins étaient formés à ces techniques de prévention par courriers standardisés.

Résultats : 206 jeunes de 16 à 25 ans ont été inclus lors de la phase initiale et 38 jeunes lors de la semaine de prévention. Notre étude retrouvait une tendance au maintien des consommations de substances psychoactives avec 67,5 % des jeunes ayant déjà expérimenté le tabac, 91,3 % l'alcool et 43,2% le cannabis. Plus alarmant 7,7 % de notre échantillon présentait un usage nocif ou dépendance à l'alcool. Ces chiffres étaient représentatifs de la population française, au risque $\alpha = 5\%$. Il existait un lien statistiquement significatif entre la dispensation du conseil minimal par le médecin généraliste et l'évolution du stade de Prochaska vers le sevrage ($p < 0,001$) : 23 % des jeunes sont passés au stade de « préparation » après intervention contre 5 % avant intervention.

Conclusion : Cet essai, pragmatique, a montré des résultats probants du conseil minimal délivré en médecine générale sur la motivation des 16-25 ans à arrêter une substance psycho- active. Au vu du manque de recul de notre étude, il serait intéressant d'évaluer l'efficacité du conseil minimal et le suivi de l'évolution du stade de Prochaska à une plus grande échelle et sur une plus longue période.

Mots clé : Troubles liés à une substance, motivation, essai clinique pragmatique, prévention primaire, médecine générale

I) INTRODUCTION

I.1) Contexte : de l'adolescence à l'âge adulte

Selon l'Organisation mondiale de la santé¹, l'adolescence est définie par la période de croissance et de développement humain qui se situe entre l'enfance et l'âge adulte. Les frontières de celle-ci sont variables, l'Organisation mondiale de la santé¹ définit l'adolescence comme les sujets ayant entre 10 à 19 ans, alors que de nombreuses études définissent les adolescents sous les noms « de jeunes » âgés de 15 à 25 ans. Cette période débute essentiellement par l'apparition de la puberté. Sa durée, quant à elle, est plus difficile à déterminer, elle varie dans le temps, selon les cultures et les situations socio-économiques.² L'adolescence est marquée par de nombreux changements, tant sur le plan physique, cognitif, psychologique et social, nécessitant la mobilisation de nombreuses capacités d'adaptation de la part de l'adolescent.

Sur le plan physique, la puberté entraîne une réelle transformation du corps avec un pic de croissance caractéristique et l'évolution des caractères sexuels primaires et secondaires.

Le développement cognitif est lié à une maturation cérébrale importante durant cette période, en particulier du cortex préfrontal responsable de l'intégration des émotions, de la prise de décision et du contrôle de l'impulsivité.³ Le développement de l'intelligence est marqué par l'apparition de l'intelligence opératoire formelle, définie selon Jean Piaget⁴, par son raisonnement hypothético-déductif et l'augmentation de la capacité d'abstraction de l'adolescent.

Le développement psychologique⁵ consiste à la prise de conscience et à l'adaptation du jeune aux transformations anatomiques qu'il subit. Il s'efforce d'atteindre trois objectifs essentiels pour aboutir à une maturité adulte : la pleine acceptation de son corps sexué, la rupture des liens de dépendance à ses parents et la projection dans l'avenir. Ces transformations affirment son identité sexuelle.

Au niveau social^{6,7}, on remarque une distanciation progressive des relations avec les parents. Les amis prennent une place primordiale. A l'adolescence se développe la capacité à saisir toute la complexité des relations interpersonnelles.

Le passage de l'enfance à l'âge adulte est donc un processus complexe modulé par les expériences que vivent les adolescents et les interactions avec leur environnement. Comme le résume le psychanalyste François Marty : « L'adolescence est une période de bouleversements sans précédent dans l'histoire du sujet ».⁸

I.2) Les substances psychoactives chez les jeunes

Selon l’OMS⁹, « une substance psychoactive s’entend d’une substance qui, lorsqu’elle est ingérée ou administrée, altère les processus mentaux, comme les fonctions cognitives ou l’affect ». Les usages de certaines substances psychoactives sont largement répandus chez les adolescents et les jeunes adultes, en particulier l’alcool, le tabac et le cannabis qui comptent parmi les consommations les plus courantes dans de nombreux pays.

I.2.a) Modalités de consommation d’une substance psychoactive

On distingue 4 catégories d’utilisation :¹⁰

- L’expérimentation, utilisation d’une substance « au moins une fois dans leur vie ». C’est le fait d’avoir pris contact, au moins une fois dans sa vie, avec le produit. Ce type d’usage est surtout retrouvé chez les adolescents.
- L’usage occasionnel, en général, dans les études épidémiologiques, cela correspond à une consommation au moins une fois dans l’année.
- L’usage régulier correspondant à dix usages dans le mois jusqu’à un usage quotidien.
- Les consommateurs à problème, les problèmes d’abus ou de dépendance.

L’usage nocif ou abus est caractérisé par une consommation de substances psychoactives susceptible d’induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou lointain, les autres, la société.

L’abus selon le DSM IV-TR est défini par :¹¹

A – Mode d’utilisation inadéquat d’une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisées par la présence d’au moins une des manifestations suivantes au cours d’une période de 12 mois :

- 1. utilisation répétée d’une substance conduisant à l’incapacité de remplir des obligations majeures, au travail, à l’école ou à la maison (par exemple, absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l’utilisation de la substance, absence, exclusions temporaires ou définitives de l’école, négligence des enfants ou des tâches ménagères) ;*
- 2. utilisation répétée d’une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple, lors de la conduite d’une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu’on est sous l’influence d’une substance) ;*

3. *problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance) ;*

4. *utilisation de la substance malgré des problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par des effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).*

B – Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

La dépendance au produit peut être de deux natures différentes¹². La dépendance psychique caractérisée par un désir et non une obligation de réitérer la prise de drogue mais sans trouble physique. Son principal symptôme est le craving. La dépendance physique définie par un besoin de la substance entraînant l'apparition de signes cliniques graves constituant l'état de manque lors du sevrage, déterminant une dépendance à la fois physique et psychique.

Les critères de dépendance à une substance selon le DSM-IV¹¹ correspondent à *un mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significatives, caractérisées par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois : 1. la substance est souvent prise en quantité plus importante ou plus longtemps que prévu ;*

2. incapacité de diminuer ou contrôler la consommation malgré un désir persistant d'arrêter ;
3. apparition d'un sevrage à l'arrêt de la consommation ou consommation d'autres substances pour éviter un syndrome de sevrage ;

4. *existence d'une tolérance aux effets de la substance : à dose constante, l'effet de la substance diminue, ou besoin de doses plus fortes pour obtenir le même effet qu'auparavant ;*

5. *beaucoup de temps passé à se procurer la substance, à la consommer ou à se remettre de ses effets ;*

6. *réduction ou abandon d'activités sociales, professionnelles ou de loisirs au profit de l'utilisation de la substance ;*

7. *persistance de la consommation malgré des conséquences néfastes psychiques ou physiques évidentes.*

I.2.b) Les substances psychoactives et leurs conséquences

I.2.b.1) L'alcool :

Les dernières données publiées¹³ rapportent en 2016, 49 000 décès tous âges confondus, attribuables à l'alcool : un tiers par cancer, un quart par maladies cardiovasculaires, 17 % par accidents ou suicides, 16 % par maladies digestives et 11 % pour d'autres causes. Une consommation excessive d'alcool contribue de façon directe ou indirecte à 11 % des décès masculins et à 4% des décès féminins.¹⁴ L'alcool est responsable de plus de 200 maladies et atteintes diverses. Chez les adolescents, la consommation d'alcool à forte dose perturbe le développement normal du cerveau et augmente le risque de dépendance en remodelant les connexions entre les neurones.¹⁴

L'étude ESCAPAD¹⁵ de 2017 révèle que l'alcool est la substance la plus largement expérimentée par les adolescents : 85,7 % des jeunes l'ont déjà expérimenté.

Concernant l'usage régulier, 8,4 % des jeunes déclarent consommer de l'alcool de façon régulière à 17 ans. Le chiffre rapporté par l'étude ENCLASS 2018¹⁶ est d'autant plus alarmant :

16,7 % des lycéens déclarent consommer de l'alcool de façon régulière.

Un nouveau mode de consommation se développe chez les jeunes, les API (Alcoolisation Ponctuelle Importante), c'est-à-dire la consommation de plus de 5 verres en une seule occasion. L'étude ESCAPAD¹⁵ montre que la moitié des jeunes de 17 ans disent avoir connu un tel épisode dans le mois précédant l'enquête. En ce qui concerne les API répétées (au moins trois épisodes au cours du mois), elles concernent 16,4 % des jeunes de 17 ans et les API dites « régulières » (au moins dix fois) concernent elle 2,7 % des adolescents. La consommation à risque chronique est importante chez les jeunes, 14 % parmi les 18-25 ans.¹⁷

Enfin, la consommation d'alcool est à l'origine de nombreux comportements à risque. Une alcoolisation excessive entraîne des risques accrus de rapports sexuels non protégés chez les jeunes de moins de 25 ans¹⁸. Les femmes utiliseraient moins de préservatifs après avoir consommé beaucoup d'alcool mais seulement avec des partenaires réguliers.¹⁹ Concernant les

comportements violents²⁰, l'alcool multiplie le risque de violence. La conduite sous emprise de l'alcool accroît le risque d'accident mortel d'environ 18 fois avec un effet dose important.²¹

I.2.b.2) Le tabac :

D'après une estimation de 2013, le nombre de décès attribuable au tabac serait de 73.000 par an en France.²² Les effets du tabac sur la santé sont nombreux²³, il est à l'origine de 90 % des cancers du poumon, 50 % des cancers des voies aérodigestives supérieures, 40 % des cancers de la vessie, et 30 % des cancers du pancréas. C'est le premier facteur de risque évitable de maladies cardiovasculaires.

L'étude ESCAPAD¹⁵ révèle que six adolescents sur dix disent avoir déjà essayé un produit du tabac. L'âge moyen d'expérimentation est en moyenne de 14,4 ans. Concernant le tabagisme quotidien, un quart des adolescents disent fumer tous les jours soit 25,1 %. Aujourd'hui, l'âge moyen auquel les adolescents deviennent des fumeurs quotidiens est de 15,1 ans. On note un passage plus rapide au tabagisme quotidien. Le délai pour un fumeur quotidien entre sa première cigarette et son passage à une consommation quotidienne s'est encore resserré entre 2014 et 2017 : il est désormais de 13 mois en moyenne, contre 22 mois il y a dix ans.

En 2017, la moitié des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà fumé le narguilé ou la chicha (49,9 %). La cigarette électronique (ou e-cigarette) a été expérimentée par un jeune de 17 ans sur deux.

I.2.b.3) Le cannabis :

Sur le plan organique²⁴, peu de pathologies liées à l'intoxication aiguë au cannabis sont décrites. Quelques rares cas d'infarctus du myocarde (où le cannabis interviendrait comme facteur déclenchant), troubles du rythme ou encore d'accidents vasculaires cérébraux sont retrouvés. La consommation chronique est à l'origine de multiples conséquences, similaires à celles retrouvées chez les consommateurs de tabac. En 2016, le cannabis est impliqué, au moins en partie, dans 30 décès chez les jeunes selon l'enquête DRAMES²⁵, soit 7 % des décès liés à l'usage abusif de substances psychoactives. A l'adolescence, une consommation chronique pourrait entraîner un déclin cognitif irréversible.

Sur le plan psychologique²⁶, l'intoxication aiguë peut donner lieu à des troubles anxieux, sous la forme d'attaques de paniques (*bad trip*) ou d'un syndrome de dépersonnalisation. La psychose cannabique se manifestant par des bouffées délirantes ou des hallucinations visuelles avec agressivité et désorientation temporo-spatiale est très rare.

La consommation régulière de cannabis peut constituer un facteur d'aggravation de toutes les maladies psychiatriques (augmentation du risque suicidaire, de désinsertion sociale, des troubles de l'humeur et anxieux). Elle peut entraîner un désintérêt pour les activités habituelles, des difficultés de concentration et de mémorisation et des syndromes anxiodépressifs. C'est également un des nombreux facteurs favorisant la survenue d'une schizophrénie.

Il apparaît être le produit psychoactif illicite le plus consommé par les adolescents français.

Selon l'étude ESCAPAD¹⁵, la consommation régulière de cannabis chez les jeunes de 17 ans apparaît être l'une des plus élevée en Europe. On remarque que cette consommation est de loin la plus banalisée parmi les utilisations de drogues. Près de quatre adolescents de 17 ans sur dix ont déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (39,1 %). L'âge moyen d'expérimentation de cannabis chez les jeunes Français de 17 ans est de 15,3 ans. Un usager sur 4 de cannabis à 17 ans présenterait dans l'année un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance (24,9 %). Cette proportion se révèle légèrement plus importante qu'en 2014 (21,9 %). A 17 ans, 7,4 % des adolescents seraient susceptibles de présenter un risque élevé d'usage problématique de cannabis, soit, rapporté à l'ensemble de la population, environ 60 000 jeunes de cet âge. On note 56 000 personnes prises en charge en raison de leur consommation de cannabis dans les centres de soins, de prévention, et d'accompagnement en addictologie dont 22 000 jeunes consommateurs de cannabis accueillis dans les consultations jeunes consommateurs.

Un lien entre sa consommation et les rapports sexuels non protégés chez les jeunes est constaté.²⁷ En fonction de la dose absorbée et de la tolérance du consommateur, la prise de cannabis entraîne une augmentation du temps de réaction, une difficulté à effectuer des tâches complètes et des troubles de la coordination motrice susceptibles d'augmenter les risques associés à la conduite. Conduire sous l'effet du cannabis multiplie par 1,8 le risque d'être responsable d'un accident mortel de la route et par 15 en cas de consommation conjointe d'alcool.²⁷

I.2.b.4) Les polyconsommations :

En 2017, 9,3 % des adolescents âgés de 17 ans sont des polyconsommateurs réguliers d'alcool, de tabac ou de cannabis¹⁵. Parmi les 18-25 ans interrogés²⁸, 3 % disent consommer à la fois du

tabac quotidiennement, du cannabis au moins trois fois dans le mois et déclarent une alcoolisation ponctuelle importante hebdomadaire. L'association entre tabac quotidien et cannabis au moins trois fois par mois concerne 6 % des jeunes adultes.

I.2.c) Coût économique et social

Les coûts économiques et sanitaires^{29,30} liés aux substances psychoactives sont supportés par la société. Le « coût social » de l'alcool et celui du tabac sont proches de 120 milliards d'euros, celui des drogues illicites est de 8,7 milliards d'euros. Ainsi, 33 % du déficit budgétaire français serait constitué par le poids négatif des drogues sur les finances publiques. Les conséquences économiques des substances psychoactives sont principalement liées au manque à gagner pour l'Etat, à l'augmentation des dépenses en santé (maladies chroniques, fin de vie, prise en charge des familles si incapacité sociale ou décès prématuré) et à la baisse de productivité.

En résumé, sur le long terme, l'alcool, le tabac et le cannabis représentent les trois premiers facteurs de morbidité chez les jeunes et la répétition de leur consommation peut entraîner une dépendance à un âge précoce. Limiter et retarder l'entrée des jeunes dans ces consommations de substances psychoactives constituent donc un véritable enjeu de santé publique.

I.3) Prévention chez les jeunes en médecine générale

I.3.a) La prévention en médecine générale

La place des médecins généralistes est centrale car ceux-ci sont en contact annuel avec environ 75 %³¹ de la population française. Ils occupent donc une place importante dans le repérage des patients ayant un problème de santé et assurent la continuité des soins.

La prévention consiste à éviter l'apparition, le développement ou l'aggravation de maladies ou d'incapacités. Selon l'OMS, définition reconnue par le Code de santé publique dans l'article L141 7-1., on distingue³² :

- La prévention primaire, c'est l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition des nouveaux cas. Elle agit sur les facteurs de risque.
- La prévention secondaire, c'est l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution.

- La prévention tertiaire, c'est l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence des incapacités chroniques ou des récidives dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie.

Les médecins généralistes estiment que la prévention relève de leur rôle et de leurs compétences. Plus de 95 % s'accordent en effet à dire qu'elle doit être faite par eux-mêmes.³³ Cette implication en prévention est particulièrement importante pour les thèmes les plus médicalisés, comme le risque cardio-vasculaire ou le tabagisme (99 % des médecins déclarent que la prévention dans ces domaines fait partie de leur rôle.)³³

Les médecins sont cependant moins unanimes sur leur rôle de prévention dans le domaine de la consommation des substances psychoactives. Pour le cannabis par exemple³⁴, seul 29,8 % ont interrogé leurs patients sur leur consommation de cannabis et 2% ont utilisé des questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques de cannabis.

I.3.b) Particularité de la relation médecin- adolescent

Selon l'enquête Baromètre santé de l'Inpes 2010³⁵, le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté chez les jeunes de 15 à 30 ans (79,2 %). Cependant différents obstacles à la relation médecin-adolescent ont été mis en évidence :

- Le nomadisme médical des jeunes, accentué depuis l'émergence des services d'urgences hospitalières, rend difficile le suivi des jeunes.³⁶
- Le questionnement sur la confidentialité de l'entretien, 42 % des médecins pensent que faire la consultation en présence d'un parent est de nature à poser problème.³⁷ En ce sens, 29 % des adolescents accompagnés n'ont pas tout dit en fin de consultation.³⁸
- Une identification des risques pris, mais une minimisation de leur gravité, les symptômes de mal être sont sous-estimés. L'enquête de JP. Deschamps³⁹, sur la médecine des adolescents dans l'activité des généralistes et des pédiatres de ville, révèle que très peu d'adolescents (22 % chez le généraliste et 2 % chez le pédiatre) posent des questions et demandent des conseils. En effet, indépendamment du premier motif de consultation, l'adolescent attend du médecin la possibilité d'une écoute et d'un dialogue, pas nécessairement centrés sur la maladie.

I.3.c) Outils de prévention simples : le conseil minimal et le stade de Prochaska

Deux outils de prévention simples paraissent compatibles avec la pratique des médecins généralistes.

I.3.c.1) Le conseil minimal

Le conseil minimal⁴⁰ est une démarche « rapide » d'entretien avec les patients consistant à encourager les tentatives d'arrêt de substances psychoactives et soutenir le patient dans sa démarche. Cette démarche est systématisée, durant en moyenne moins de 3 minutes. Le conseil minimal s'adresse à tous les patients.

Le principe est simple et est construit sur deux questions⁴¹ :

« **Consommez-vous une substance psychoactive** », (exemple « Fumez-vous » ?). Si OUI, la 2ème question est immédiate : « **Envisagez-vous de l'arrêter ?** » (« Envisagez-vous d'arrêter de fumer » ?)

En cas de réponse négative : le médecin donne un conseil clair, ferme, sans jugement de valeur. Il faut saisir chaque occasion pour en reparler au patient, la décision d'essayer d'arrêter de fumer viendra peut-être plus tard. Le médecin lui fait savoir qu'il peut l'aider s'il le souhaite. Le médecin l'invite alors à la réflexion et lui propose un document validé sur les méthodes de sevrage (INPES ou autre), les risques, les bénéfices à l'arrêt.

En cas de réponse affirmative : le médecin propose au patient un document validé sur les méthodes de sevrage (INPES ou autre), les risques, les bénéfices à l'arrêt. Il propose aussi une aide plus approfondie, qui sort du cadre proprement dit du conseil minimal. Le médecin planifie avec le patient une consultation spécifique ultérieure dans laquelle sera faite l'évaluation de la motivation et d'où découleront les propositions thérapeutiques et le suivi en fonction du degré de motivation

Si le patient ne consomme pas de substance psychoactive, le médecin l'encourage à poursuivre dans cette voie.

D'après l'ANAES⁴², la généralisation de son application laisse espérer une multiplication des sevrages réussis. En effet, si ces questions et ce geste sont effectués de façon systématique par les médecins, on observerait un gain de 2 % d'arrêt dans la population des fumeurs vue par un médecin, se traduisant par un supplément d'au moins 200 000 fumeurs arrêtant le tabac, par an, en France.

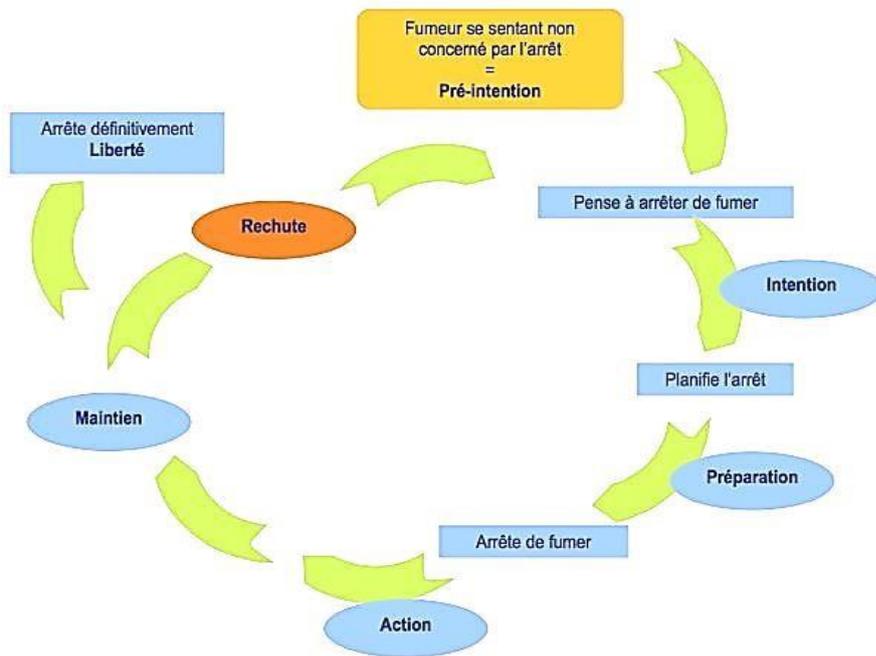
I.3.c.2) Le stade de Prochaska et DiClemente

Le modèle trans-théorique de changement ⁴³ a été décrit par Prochaska et DiClemente à partir de 1982. C'est une théorie de changement comportemental basée sur des étapes qui correspondent aux différents stades de changements de la personne consommatrice. L'intérêt de ce score est de pouvoir classer les changements d'attitude du patient face à sa consommation et ainsi d'évaluer une éventuelle progression vers le sevrage, au fil des consultations. Cela permet

ensuite au médecin généraliste d'adapter son discours et éventuellement de fixer de nouveaux objectifs adaptés au patient. La circulation dans les différents stades de changement ne se fait pas de manière linéaire comme initialement décrite mais de façon cyclique. Le parcours de soin du patient est constitué d'aller-retour entre les différents stades. Le passage d'un stade de motivation à un autre, moins avancé, ne signe pas nécessairement un retour en arrière mais illustre le conflit et l'ambivalence des patients dépendants. Plusieurs stades sont décrits⁴⁴ :

- 1er stade : la précontemplation (non-implication). La personne ne remarque pas qu'elle a un problème donc n'a pas l'idée de changer. Le but est de faire percevoir les risques et les problèmes, de faire apparaître un doute.
- 2ème stade : la contemplation (adhésion à l'information). Le patient reconnaît qu'il a un problème, pèse le pour et le contre du changement, mais n'est pas encore prêt à changer.
- 3ème stade : la préparation (décision d'un changement). Le patient se prépare à changer, il est moins ambivalent. Il prend la décision effective de changer.
- 4ème stade : l'action (initiation du changement). Le changement devient réel et on peut l'observer. La personne commence à appliquer les techniques pour changer.
- 5ème stade : la maintenance (maintien du changement). Quand le patient a changé de comportement, il doit réussir à maintenir celui-ci, donc résister aux rechutes. C'est le stade de la consolidation de l'abstinence.
- La rechute : stade qui peut survenir à n'importe quel moment mais ne veut pas dire qu'on rechute totalement. La rechute signifie qu'on revient à un comportement d'un niveau précédent. Le patient qui rechute reprend au stade de la contemplation.
- Le dégageant : on parle de « dégageant » lorsque le comportement sain devient une habitude.

Figure n°1 : Le modèle Trans théorique développé par Prochaska et DiClemente



I.4) Justification du projet :

L'usage des substances psychoactives est très fréquent à l'adolescence et représente un sujet d'actualité et de santé publique. Ces consommations sont source de dépendance et peuvent se prolonger à l'âge adulte avec des menaces considérables de morbidité psychologique, somatique et de mortalité. Il est donc important de prendre en charge les consommateurs de tabac, alcool et de cannabis dès l'adolescence.

Le choix de ce sujet apparaissait pertinent car promouvoir la prévention aux substances psychoactives, c'était en augmenter le périmètre d'action au bénéfice de la population mais également permettre une diversification des pratiques pour les professionnels de santé.

Le médecin généraliste était l'interlocuteur privilégié des jeunes de 16 à 25 ans, et était surtout un des acteurs principaux de la prévention. Il apparaissait alors être la personne la mieux placée afin de dépister les comportements à risques, réaliser les conseils de prévention et suivre l'évolution des patients consommateurs sur le long terme.

Afin d'accentuer le rôle préventif du médecin généraliste et de systématiser la discussion sur le sujet des substances psychoactives, chez cette population difficile d'accès, la mise en place d'une semaine de prévention dédiée à celle-ci chez les adolescents était intéressante. Une semaine au cours de laquelle le médecin généraliste recevait des informations sur les substances psychoactives, évaluait la consommation et l'attitude des adolescents envers ces substances et enfin délivrait un conseil minimal adapté. La mise en place d'une échelle de suivi systématisée

: le stade de Prochaska, permettant de codifier l'évolution des adolescents vers le sevrage au cours des consultations, permettait un suivi à long terme de la démarche de sevrage des jeunes. Cette étude s'efforçait de savoir si la mise en place chez les médecins généralistes d'une semaine dédiée à « La prévention des substances psychoactives chez les adolescents », améliorerait significativement le stade de dépendance selon les stades de Prochaska ? L'objectif primaire de l'étude était d'expérimenter une action de dépistage des addictions par les médecins généralistes chez les adolescents de 16 à 25 ans et d'évaluer l'impact de son expérimentation selon le stade de Prochaska chez les patients qui en bénéficiaient.

II) MATERIEL ET METHODES

II.1) Type d'étude

Il s'agissait d'une étude interventionnelle, prospective, multicentrique. Une étude interventionnelle avec délivrance d'un conseil minimal par les médecins généralistes paraissait être la plus appropriée afin d'évaluer l'impact de la prévention par le médecin généraliste sur la population étudiée.

II.2) Objectif de l'étude

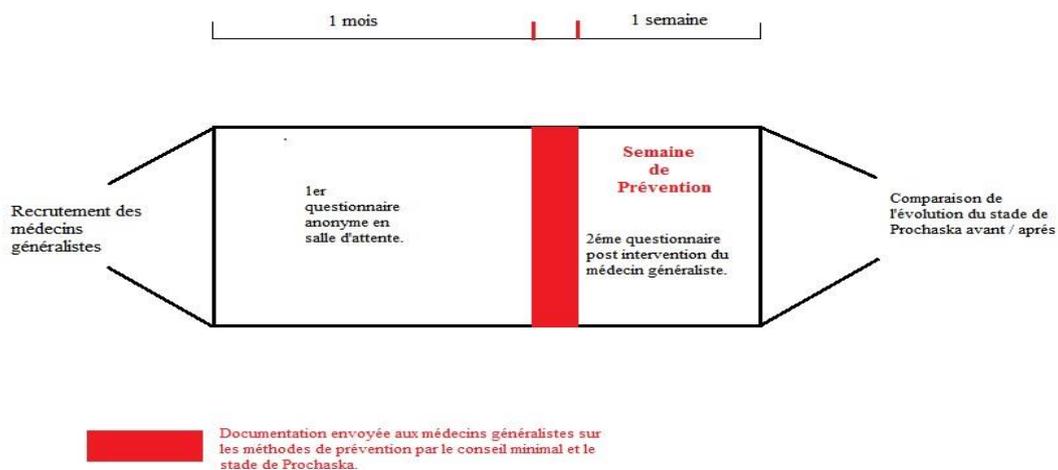
L'objectif principal de cette étude était de proposer une action de dépistage des addictions par les médecins généralistes chez les adolescents de 16 à 25 ans et évaluer l'impact de son expérimentation selon le stade de Prochaska chez les patients qui en bénéficiaient.

II.3) Population étudiée

La population étudiée était la patientèle des médecins généralistes picards. Les critères d'inclusion étaient un âge entre 16 et 25 ans, consommer une ou plusieurs substances psychoactives (alcool, tabac, cannabis) et avoir accepté le formulaire de consentement. Nous avons fait le choix de recruter un intervalle d'âge large, correspondant aux âges utilisés dans les différentes études actuelles.¹

II.4) Déroulement de l'étude

Figure n°2 : Etapes de déroulement de l'étude



Cette étude s'est déroulée en plusieurs phases : une phase de communication initiale, une phase d'inclusion de la population sans intervention, une phase d'intervention auprès des médecins généralistes et enfin la semaine de prévention (phase d'inclusion de la population après intervention des médecins).

II.4.a) Phase de communication

Les acteurs principaux de l'étude étaient les médecins généralistes volontaires en Picardie. Les médecins ont été initialement joints de façon aléatoire par appel téléphonique ou mail, afin de leur expliquer le but et le déroulement de l'étude. Seuls les médecins acceptant de participer à l'étude ont été inclus. Au total, 34 médecins généralistes consultant dans 30 cabinets médicaux différents ont accepté de participer à cette étude.

Un courrier initial a été envoyé aux médecins généralistes participants contenant : une lettre expliquant le déroulement de l'étude, les questionnaires anonymes accompagnés des formulaires d'information et de consentement. Le courrier était élaboré en différentes parties, la première présentait le sujet de la thèse et son intérêt, la deuxième le déroulement de l'étude et le rôle du médecin généraliste dans cette étude. Enfin les premières explications étaient données sur le conseil minimal et le stade de Prochaska afin de comprendre le but de cette étude.

II.4.b) Inclusion de la population avant intervention

Cette phase s'est déroulée du 18 mai au 26 juin 2020. Elle consistait à donner les questionnaires anonymes à tous les jeunes de 16 à 25 ans venant consulter leur médecin traitant soit par le médecin directement soit par la secrétaire du cabinet. Il était demandé aux jeunes de ne pas changer leurs habitudes lors de la réponse à ce questionnaire. Les réponses au questionnaire se faisaient de manière bénévoles et déclaratives. Une enveloppe N°1 permettait le recueil de celle-ci.

Le questionnaire était élaboré en plusieurs parties :

- L'identité permettant de caractériser l'échantillon, il s'agit de deux questions catégorielles : l'âge et le sexe
- Le comportement évaluant la consommation de l'alcool, du tabac et du cannabis puis les critères de dépendance éventuelle.

Trois questions s'intéressaient à la consommation de substances psychoactives. Les deux questions suivantes se focalisaient sur les modalités de la consommation d'alcool, basées sur les nouvelles recommandations d'experts⁴⁵, recommandant aux hommes et aux femmes de limiter leur consommation d'alcool à dix verres par semaine et de ne pas consommer plus de 4

verres d'alcool en une seule occasion (si vous devez prendre le volant, l'abstinence est recommandée).

La présence d'un syndrome de dépendance à une ou plusieurs des substances est évaluée par les 2 questions suivantes. Ces questions ont été construites sur la définition du syndrome de dépendance selon la 10^e Révision de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes¹². Les patients étaient donc interrogés sur leurs dépendances physiques et psychiques. L'usage nocif était ensuite recherché, en l'absence de dépendance, par deux questions évaluant les éventuelles conséquences sociales ou familiales de leurs consommations.

- L'opinion permettait d'évaluer le comportement du patient consommateur de substances psychoactives, basée sur le stade de Prochaska et DiClemente.

La détermination du stade de PROCHASKA a été faite comme cela :

- *Je compte continuer : PRECONTEMPLATION.*
- *Je compte arrêter un jour : CONTEMPLATION.*
- *Je compte arrêter bientôt : PREPARATION.*
- *Je suis en train d'arrêter : ACTION.*
- *J'ai arrêté il y a plus de trois mois : MAINTENANCE.*
- *Je suis en rechute de : RECHUTE.*

Le choix d'un questionnaire court (12 questions) avec un ensemble de questions fermées permet un remplissage rapide et donc, une plus grande adhésion de la part des patients. Le questionnaire a été testé sur 3 jeunes consultant aux urgences du centre hospitalier d'Abbeville afin de déterminer la durée de réponse, celle-ci est en moyenne d'une minute trente. Aucun problème de compréhension des questions n'a été décrit.

Afin d'augmenter le recrutement initial, il a été décidé, au cours de l'étude, d'adresser un questionnaire anonyme en ligne aux médecins généralistes, à adresser à l'ensemble de leur patientèle 16-25 ans. Ceci ne biaisait pas le recrutement de l'étude car le questionnaire était adressé uniquement aux patientèles des médecins recrutés.

II.4.c) Phase d'intervention auprès des médecins généralistes

L'action de prévention était standardisée de manière à permettre une plus grande reproductibilité. Un courrier de rappel sur la semaine de prévention est envoyé avec les explications détaillées des méthodes de prévention par le conseil minimal et l'évaluation du stade de Prochaska. Ce courrier de rappel a été envoyé entre le 26 et 28 juin au médecin traitant. Il rappelait les dates de la semaine de prévention et expliquait de façon plus précise le conseil minimal à réaliser au cabinet et le stade de Prochaska utilisé dans cette étude.

II.4.d) La semaine de prévention

Cette phase s'est déroulée du 29 juin au 5 juillet 2020. Lors des consultations avec les jeunes de 16 à 25 ans au cours de cette semaine, il a été demandé aux médecins d'aborder brièvement de façon systématique le sujet de ces substances psychoactives puis de délivrer un conseil minimal bref d'aide au sevrage. La dispensation du conseil minimal pouvait amener le patient à interroger le médecin ou à engager une discussion portant sur leur consommation de substances psychoactives. Ce dernier était alors invité à personnaliser le conseil minimal afin qu'il soit suivi au mieux et adapté au patient. En fin de consultation, le médecin généraliste remettait aux jeunes le même questionnaire que lors de la phase non interventionnelle. Une enveloppe N°2 permettait le recueil de ceux-ci.

II.5) Saisie des données et analyse statistique

II.5.a) Saisie des données

Les données ont été saisies à l'aide du logiciel Microsoft Excel version 16.41.

Chaque patient s'est vu attribuer un numéro de dossier afin de respecter l'anonymat et la confidentialité des réponses.

Le tableur Excel comportait 14 items correspondant aux items des données du questionnaire.

II.5.b) Analyse statistique

La comparaison de notre échantillon a été réalisée par un test de comparaison de proportion. Toute valeur de Z comprise entre -1,96 et + 1,96 (loi centrée réduite) était considérée comme significative. Un test exact de Fisher était utilisé pour les effectifs de petite taille. Cette étude a été comparée à l'enquête nationale ESCAPAD de 2017 et le Baromètre santé de 2012, conduite addictive en Picardie.

L'analyse statistique des changements de stade a été réalisée par le directeur de thèse en utilisant un test de Cochran-Armitage avec le logiciel Rstudio version 1.1.463. Le test de

CochranArmitage⁴⁶ permettait de tester si des proportions, éventuellement calculées à partir d'un tableau de contingence, pouvaient être considérées comme variant linéairement en fonction d'une variable ordinale ou continue.

II.5.c) Aspects éthiques et légaux

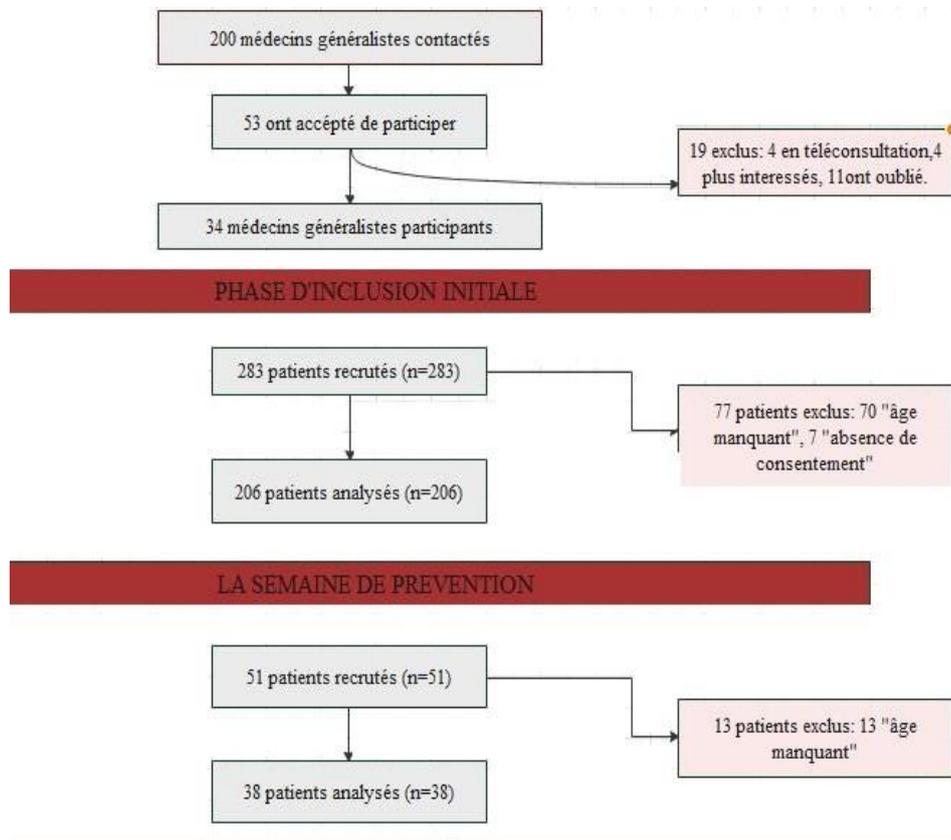
Cette thèse n'a reçu aucun financement.

Un dossier pour le Comité de protection des personnes a été réalisé mais ce dernier n'avait pas encore donné de réponse au jour de la mise sous presse de l'article. Afin de pouvoir réaliser cet essai, un formulaire d'information pour la participation à une recherche non-interventionnelle et un formulaire de consentement ont été réalisés.

III) RESULTATS

III.1) Schéma d'inclusion des patients

Figure n° 3 : Schéma d'inclusion des patients



La proportion de médecins contactés ayant accepté de participer à l'étude était de 17 %. En effet sur environ 200 médecins appelés, 53 ont répondu favorablement, puis seulement 34 ont renvoyé l'ensemble des questionnaires. 19 médecins s'étaient exclus de l'étude car ils étaient soit en télétravail en raison de la période Covid-19 (4), soit ils n'étaient plus intéressés par l'essai (4), soit ils ont oublié (11).

Tableau n°1 : Répartition de la population des médecins généralistes.

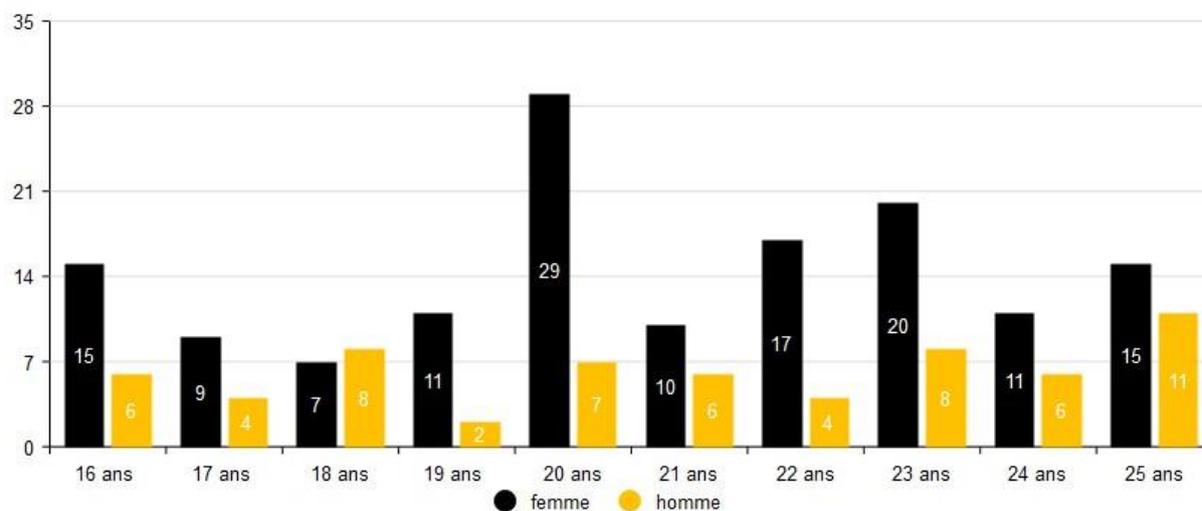
		Caractéristique de l'échantillon (n =34)	Caractéristique de la population française ⁴⁷
Composition par Sexe	Femme	16 (41,2 %)	41,5%
	Homme	23 (58,8 %)	58,5%
Composition par département	Somme	13 (32,4 %)	2502 (40%)
	Oise	11 (29,4%)	2235 (35,8 %)
	Aisne	15 (38,2 %)	1512 (24,2 %)

Nous avons obtenu 283 questionnaires dont 206 ont pu être inclus dans la première partie de l'étude, 77 ont été exclus car ils présentaient une absence de données concernant l'âge ou une absence de consentement à la participation de l'étude. Dans la seconde partie de l'étude 38 patients ont pu être inclus.

La majorité des questionnaires ont été remplis par Internet, 104 questionnaires soit 50,2% des réponses.

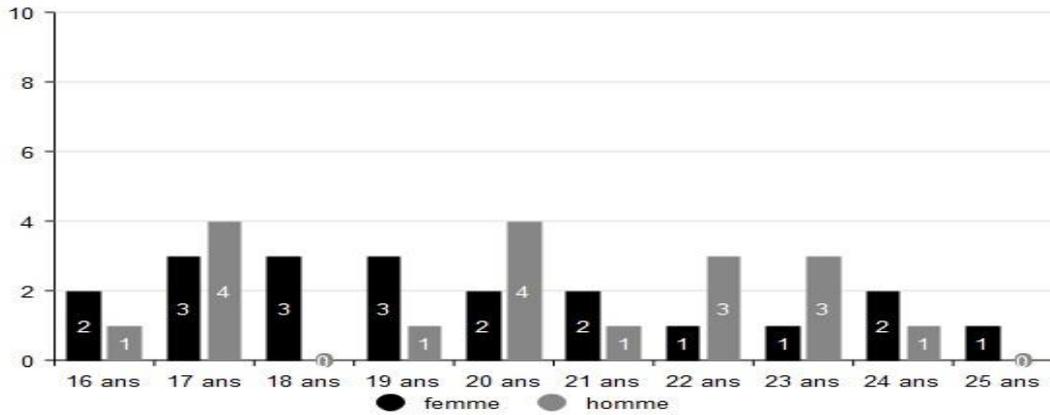
III.2) Description de la population étudiée

Graphique n°1 : Répartition de la population avant intervention en fonction de l'âge et du sexe



L'échantillon comprenait 69,9 % de filles et 30,1 % de garçons. L'âge moyen était de 20,8 ans. Toutes les catégories d'âge des adolescents étaient présentes. L'âge le plus représenté était 20 ans avec 17,5 % de l'échantillon. Les moins représentés étaient 17 et 19 ans avec 6,3 % des patients.

Graphique n°2 : Répartition de la population après intervention en fonction de l'âge et du sexe



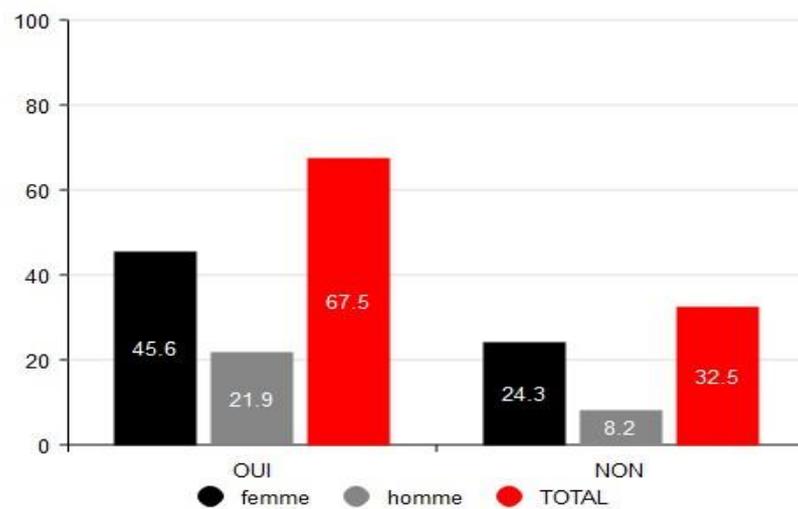
L'échantillon comprenait 52,6 % de filles et 47,4 % de garçons. Toutes les catégories d'âge des adolescents étaient présentes. Les âges les plus représentés étaient 17 et 20 ans. On ne retrouvait aucun homme de 18 et 25 ans.

III.3) Evaluation des consommations et degrés de dépendance des jeunes

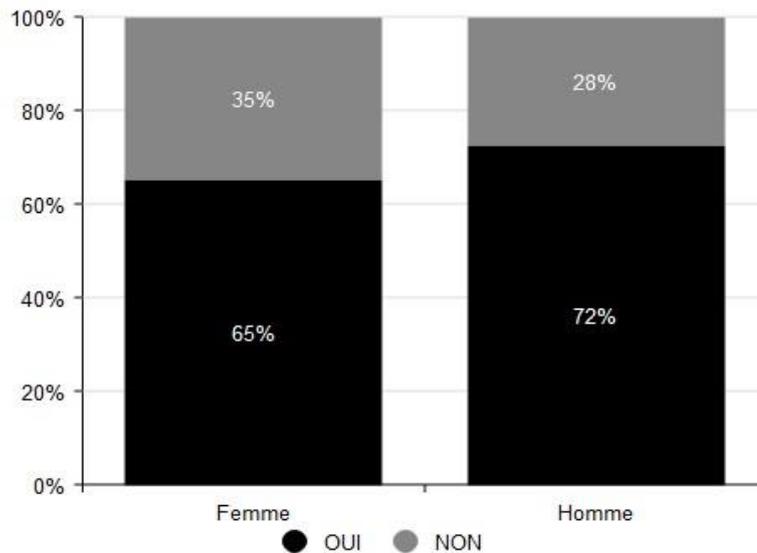
Seul 6,8 % des jeunes de 16 à 24 ans n'avaient jamais expérimenté l'une des substances psychoactives étudiées dans cet essai.

III.3.a) Consommation de tabac

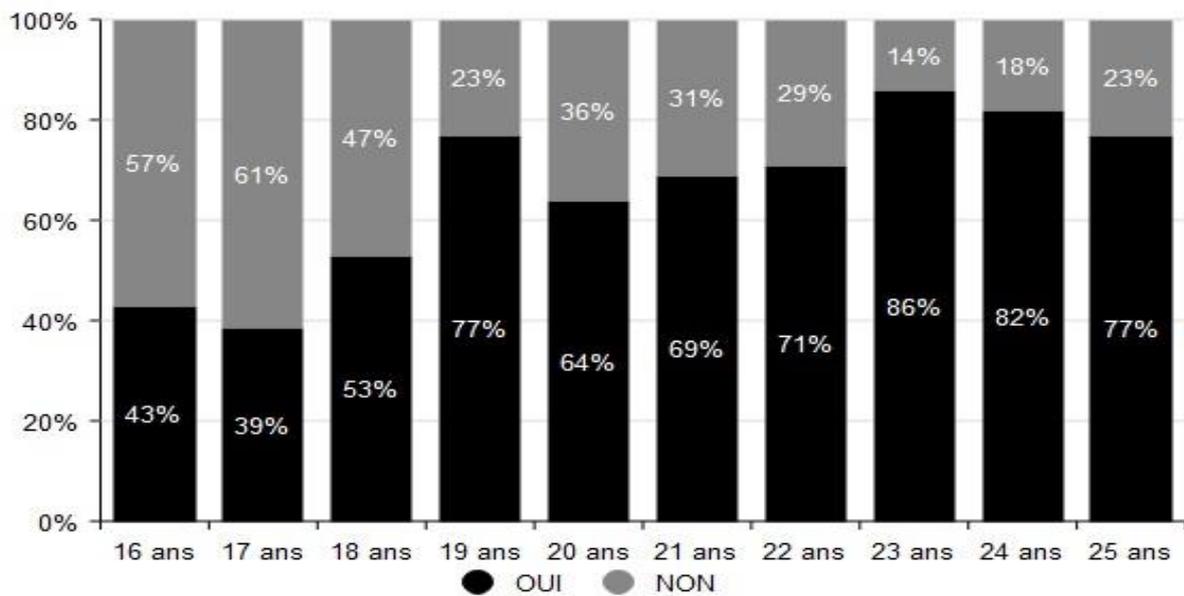
Graphique n°3 : Expérimentation du tabac chez les jeunes (en %)



Graphique n°4 : Répartition de l'expérimentation du tabac par sexe (en %)

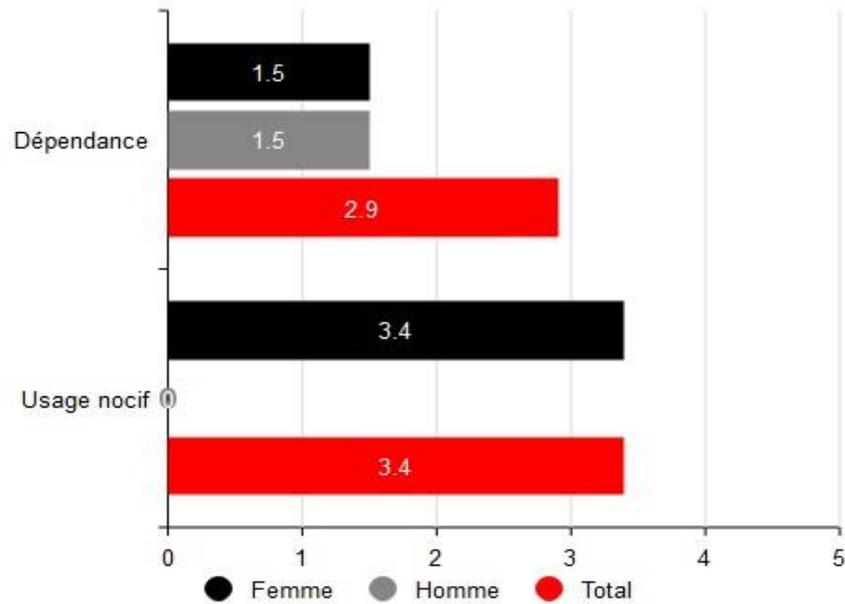


Graphique n°5 : Répartition de l'expérimentation du tabac par âge (en %)



L'étude montrait que 139 patients, soit 67,5 % des jeunes avaient déjà expérimenté le tabac. On notait une prédominance masculine avec 72,5 % d'expérimentation contre 65,3 % chez les femmes. L'âge moyen était de 21,4 ans. On constatait que l'expérimentation de tabac concernait l'ensemble des catégories d'âge, avec un minimum de 39 % chez les jeunes de 17 ans.

Graphique n°6 : Usage nocif et dépendance au tabac chez les jeunes (en %)

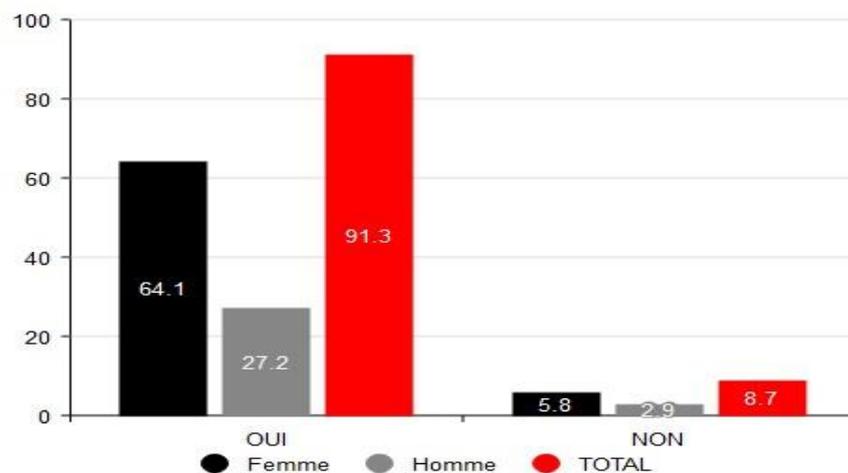


L'usage nocif concernait 7 patients, soit 3,4 % de notre population. Seules les femmes reconnaissaient un usage nocif, ce qui représentait 0,5 % de la population féminine de l'étude. L'âge moyen était de 21,3 ans.

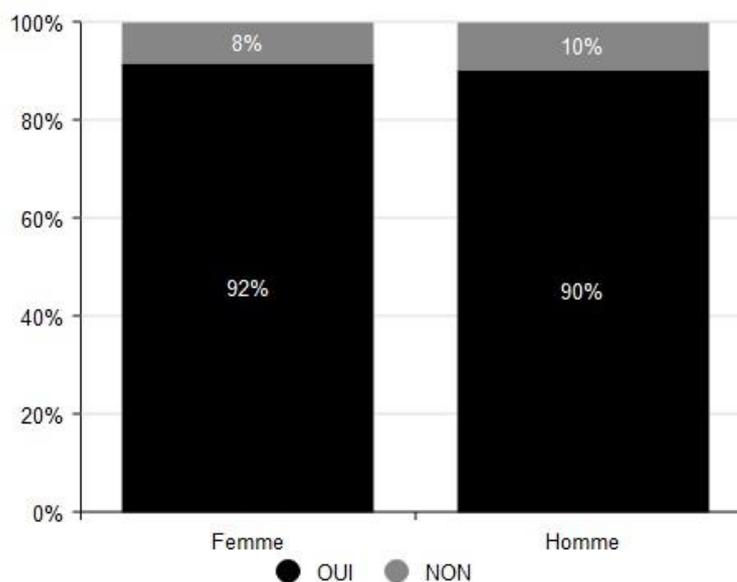
La dépendance concernait 6 patients, soit 2,9 % de la population. Elle était également répartie entre les hommes et les femmes, ce qui représentait 2,1 % des femmes et 4,8 % des hommes de notre population. L'âge moyen de dépendance était de 21,2 ans.

III.3.b) Consommation d'alcool

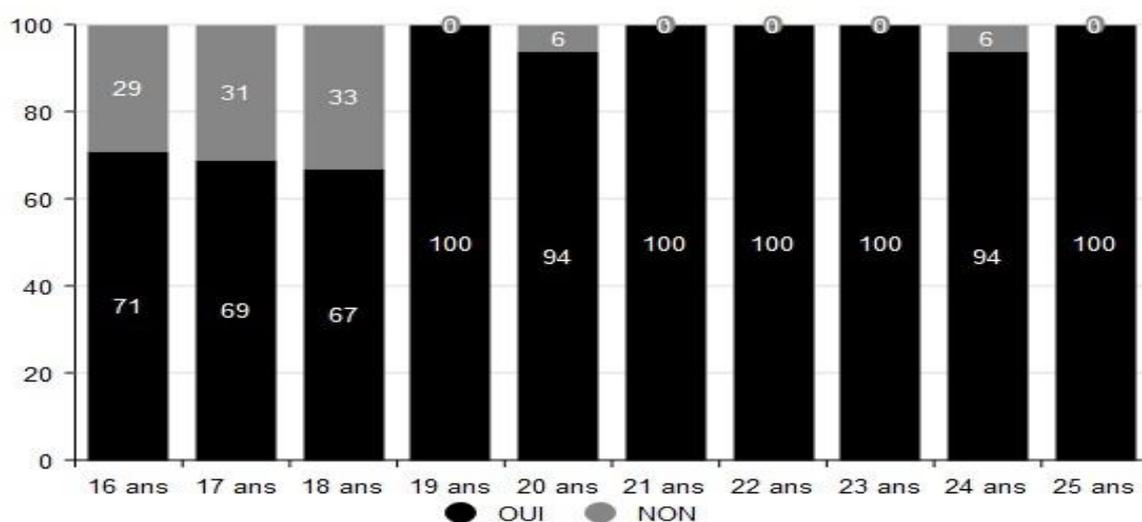
Graphique n°7 : Expérimentation de l'alcool chez les jeunes (en%)



Graphique n°8 : Répartition de l'expérimentation de l'alcool par sexe (en %)



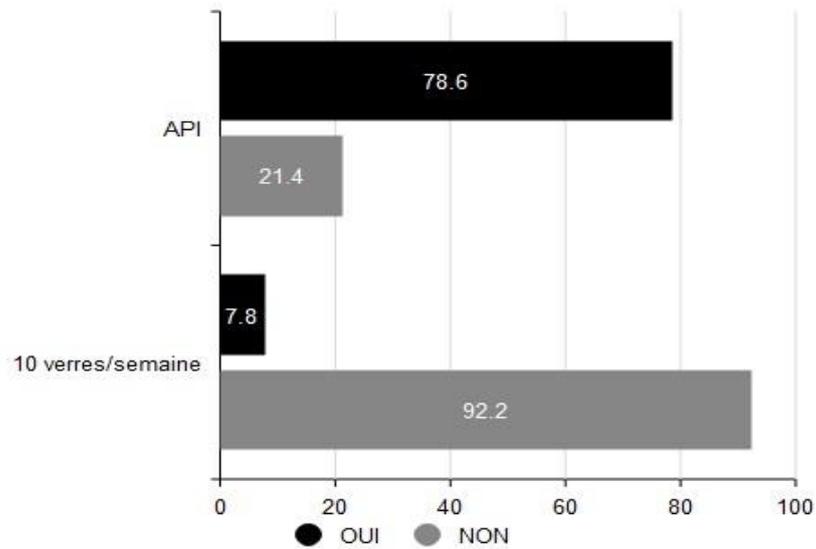
Graphique n°9 : Répartition de l'expérimentation de l'alcool par âge (en %)



L'étude montrait que 188 jeunes, soit 91,3 % de la population avaient déjà expérimenté l'alcool, soit 91,6 % des femmes et 90,3 % des hommes. La consommation apparaissait également répartie entre les sexes. L'âge moyen d'expérimentation était de 21,2 ans. Les âges les plus représentés étaient 20 ans avec 18,1 % d'expérimentation et 23 ans avec 14,9 % d'expérimentation dans cette population. A partir de 19 ans la quasi-totalité des jeunes avaient déjà expérimenté l'alcool.

Graphique n°10 : Seuil de consommation à risque d'alcool selon les

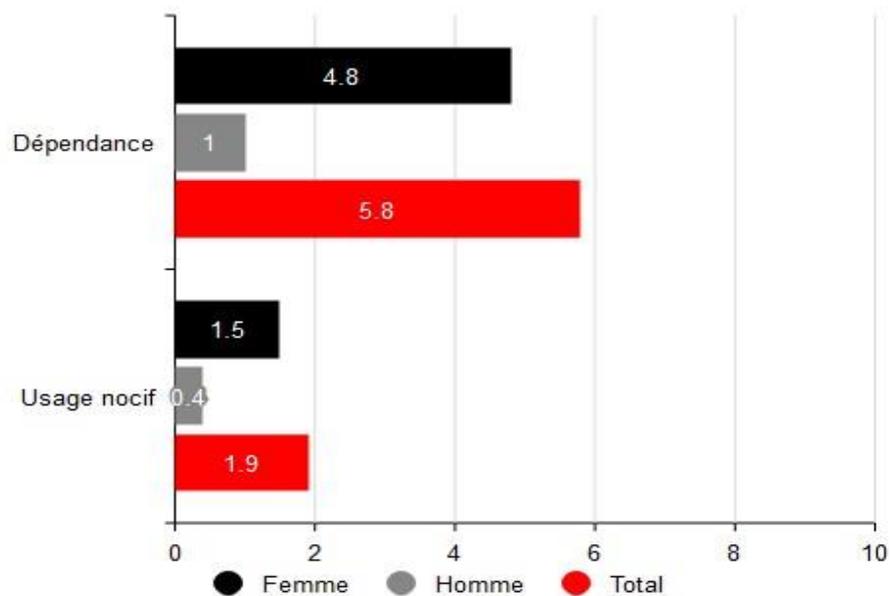
recommandations l'OMS (en%)



D'après l'OMS, une consommation d'alcool par semaine au-dessus de 10 verres était considérée à risque. Dans cette étude, 16 jeunes soit 7,8 % de la population déclaraient consommer au moins 10 verres d'alcool par semaine.

Concernant les alcoolisations ponctuelles importantes (API), 78,6 % des adolescents avaient déjà consommé plus de 4 verres lors d'une même occasion ce qui représente une consommation à risque selon l'OMS.

Graphique n°11 : Usage nocif et dépendance d'alcool chez les jeunes (en %)

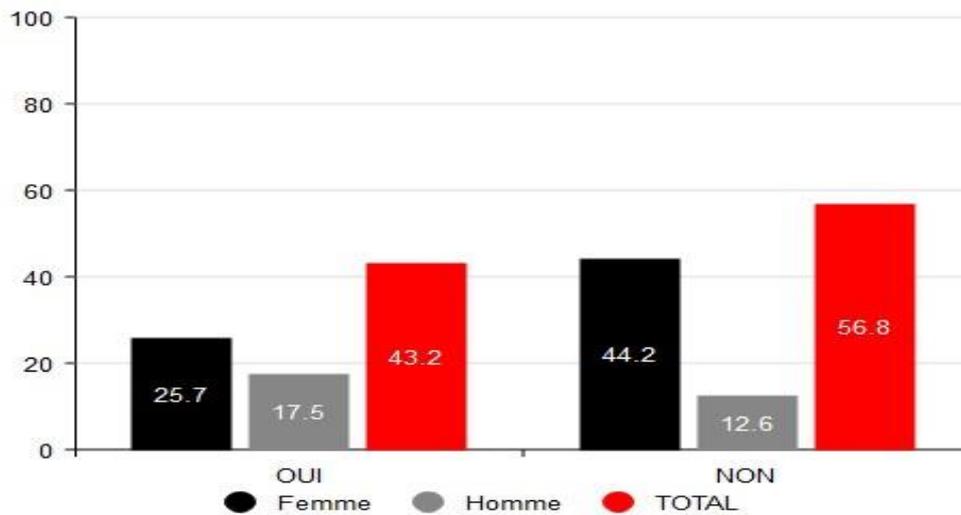


L'usage nocif d'alcool concernait 4 patients, soit 1,9 % de la population incluse. Une majorité de femmes avait reconnu un usage nocif soit 2,1 % d'entre elles (3 femmes) et 1,6 % des hommes. L'âge moyen était de 22,3 ans.

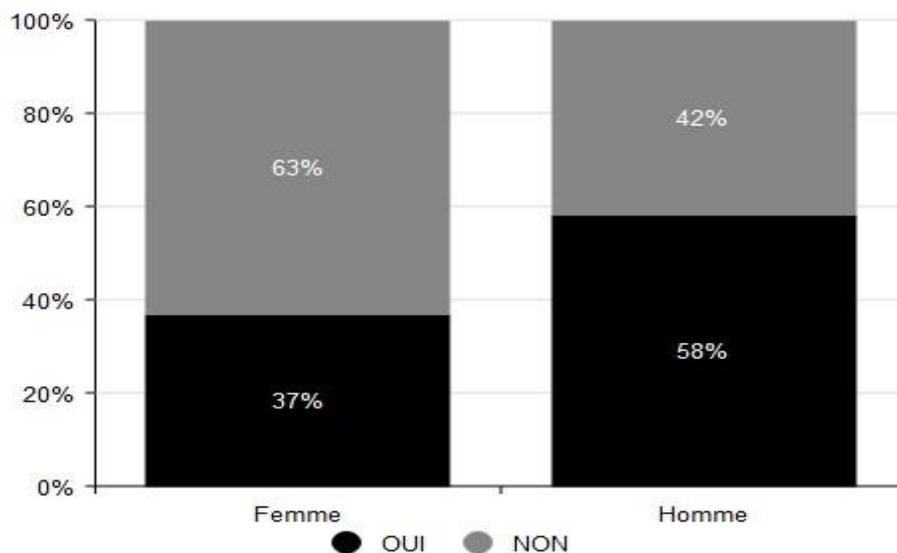
La dépendance à l'alcool concernait 12 patients, soit 5,8 % de la population, ce qui représentait 6,9 % des femmes et 3,3 % des hommes de notre population. L'âge moyen de dépendance était de 23,6 ans.

III.3.c) Consommation de cannabis

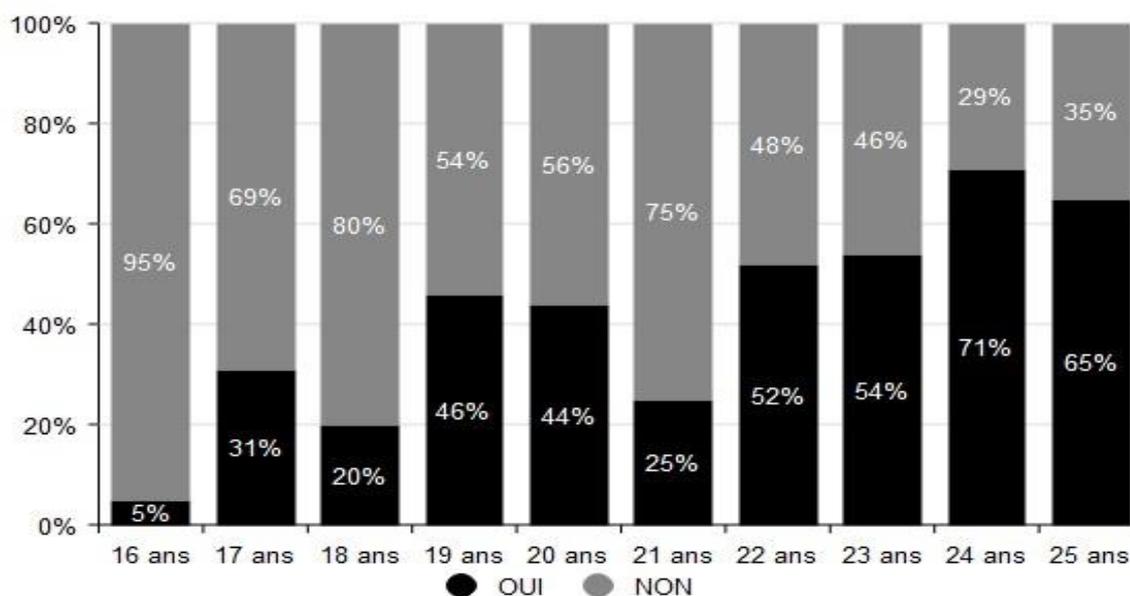
Graphique n°12 : Expérimentation du cannabis chez les jeunes (en %)



Graphique n°13 : Répartition de l'expérimentation du cannabis par sexe (en%)

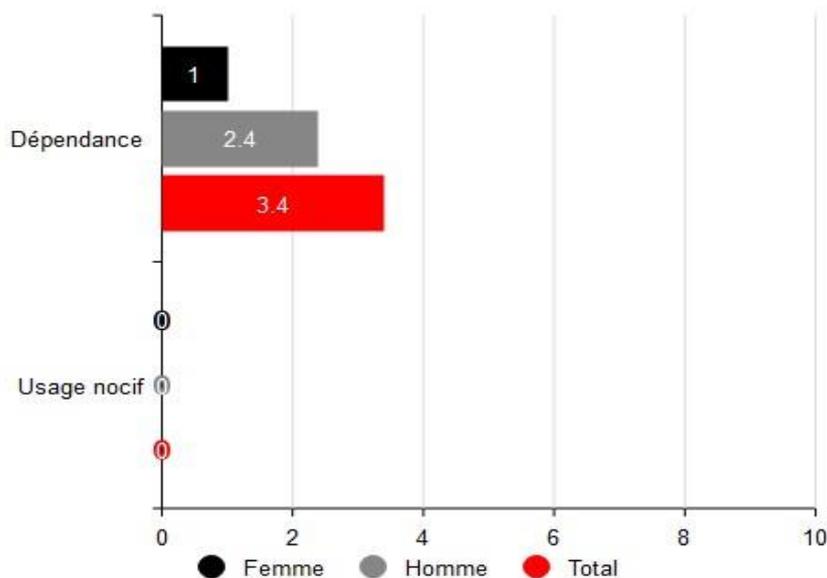


Graphique n°14 : Répartition de l'expérimentation du cannabis par âge (en%)



L'étude montrait que 89 jeunes, soit 43,2 % des jeunes avaient déjà expérimenté le cannabis. On notait une prédominance masculine avec 58,1 % de la population masculine de l'étude l'ayant déjà expérimenté contre 36,8 % des femmes. L'âge moyen d'expérimentation était de 21,1 ans. Cette expérimentation présentait une tendance à l'augmentation avec l'âge avec une expérimentation au-dessus de 50% dès 22 ans.

Graphique n° 15 : Usage nocif et dépendance au cannabis chez les jeunes (en %)



Aucun patient ne déclarait présenter un usage nocif du cannabis. La dépendance au cannabis concernait 7 patients, soit 3,4 % de la population. Elle était prédominante chez les hommes avec

5 patients, soit 8,1 % des hommes contre 2 femmes, soit 1,4 % des femmes. L'âge moyen de dépendance était de 20,9 ans.

III.3.d) Les polyaddictions.

Concernant les usages nocifs, 3 patients déclaraient un usage nocif simultanément au tabac et au cannabis, 2 hommes soit 3,2 % de la population masculine de l'étude et une femme soit 0,7 % des femmes de l'échantillon.

Trois jeunes déclaraient une poly-dépendance dans notre étude, soit 1,5 %, 1 homme dépendant à l'alcool, au tabac et au cannabis, 2 jeunes dépendants simultanément à l'alcool et au tabac.

III.4) Résultats liés à l'objectif principal

Tableau n° 2 : Stade de Prochaska alcool

	Pré contemplation	Contemplation	Préparation	Action	Maintenance
Avant	100	13	1	4	9
Après	8	2	1	0	2

Les résultats n'étaient pas significatifs d'après le test de Cochran-Armitage avec un p à 0,4987.

Tableau n° 3 : Stade de Prochaska tabac

	Pré contemplation	Contemplation	Préparation	Action	Maintenance
Avant	19	44	10	3	33
Après	2	5	4	1	2

Les résultats n'étaient pas significatifs d'après le test de Cochran-Armitage avec un p à 0,1149.

Tableau n° 4 : Stade de Prochaska cannabis

	Pré contemplation	Contemplation	Préparation	Action	Maintenance
Avant	11	7	4	4	32
Après	0	1	3	0	3

Les résultats n'étaient pas significatifs d'après le test de Cochran-Armitage avec un p à 0,2097.

Tableau n°5 : Stade de Prochaska total

	Pré contemplation	Contemplation	Préparation	Action	Maintenance
Avant	130	64	15	11	74
Après	10	8	8	1	7

Les résultats apparaissent significatifs d'après le test de Cochran-Armitage avec un p à 0,0007026. On notait une tendance évoluant vers la droite.

Nous avons ensuite étudié plus en détail l'évolution à travers les stades. ***Un des résultats majeurs de notre étude était que 23,5 % des jeunes sont passés au stade de « préparation » après intervention contre 5 % avant intervention.*** D'autre part, 47 % contre 34 % ont quitté les stades de pré-contemplation et contemplation.

IV) DISCUSSION

Cette étude interventionnelle, prospective, multicentrique permettait de mesurer l'impact de la mise en place chez les médecins généralistes, d'une semaine dédiée à « La prévention des substances psychoactives chez les adolescents », sur le stade de dépendance selon les stades de Prochaska.

L'enjeu principal de cette étude était d'obtenir un changement d'attitude des professionnels de santé concernant un sujet « tabou », les substances psychoactives, en leur procurant des outils simples d'aide au repérage et au suivi chez les jeunes de 16 à 25 ans afin :

- De repérer les jeunes consommateurs et ceux à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux
- D'intervenir auprès de ces consommateurs, grâce au conseil minimal, pour qu'ils réduisent leurs risques de dommages
- De suivre leur démarche de sevrage au moyen du stade de Prochaska, permettant d'accompagner et de soutenir leurs efforts vers un changement de comportement durable.

Notre étude a mis en évidence qu'il existait un lien entre la dispensation d'un conseil minimal par le médecin généraliste et l'évolution du stade de Prochaska vers le sevrage d'une addiction.

IV.1) Analyse des résultats de l'étude

IV.1.a) Caractéristiques démographiques

Concernant l'épidémiologie de la population de médecins généralistes, au risque $\alpha = 5 \%$, la répartition par sexe apparaissait représentative de la population des médecins généralistes français recensés en France en 2019.⁴⁷ La démographie entre les départements était différente, probablement liée au caractère volontaire de la participation à cet essai.

Notre échantillon d'adolescents avant intervention était composé de 144 filles (69,9 %) et 62 garçons (30,1 %), chiffres non représentatifs de la population des jeunes français, au risque $\alpha = 5 \%$, IC 95 % [63,6-76,2] chez les filles. Il existait un biais de sélection en faveur des filles lié au recrutement mais cette différence était cohérente avec celle des études de plus grande ampleur, les filles consultant plus que les garçons. En effet une étude de 2004 réalisée par la Direction de la recherche des études de l'évaluation et des statistiques, a montré que 55 % des personnes consultantes en médecine générale sont des femmes.⁴⁸

Nous avons donc comparé les caractéristiques de notre échantillon à la population des consultants de médecine générale. Ceci est apparu difficile, car les études sont anciennes (étude CREDES 1991⁴⁹ et 1992, enquête INSERM réalisée en 1993.)⁵⁰ Une étude de 2002 sur les adolescents qui ont été pris en charge en médecine générale⁵¹ indiquait que la population adolescente française consultante était composée de 51,2 % de filles et de 48,8 % garçons. Au risque $\alpha = 5 \%$, notre échantillon n'apparaissait pas non plus représentatif des consultants français.⁵²

La répartition par classes d'âge de notre population apparaissait différente des français, au risque $\alpha = 5 \%$.

En post-interventionnel, le sexe de notre population adolescente était représentatif de la population française et picarde, au risque $\alpha = 5\%$. La répartition par âge était différente au risque $\alpha = 5 \%$ mais était comparable à la population française lorsque le risque α était élargi à 4%. Au vu du faible échantillon de patients lors de cette phase, la comparaison des consommations apparaissait différente de celles en France et en Picardie.

Les études montraient une discordance importante de consommation de substances psychoactives en fonction de la catégorie socioprofessionnelle du jeune, entraînant un biais d'échantillonnage. Dans l'enquête ESCAPAD de 2017¹⁵, la consommation quotidienne de tabac était deux fois plus élevée parmi les apprentis (47,3 %) ou chez ceux sortis du système scolaire (57 %) que parmi les lycéens (22 %) Les apprentis présentaient des usages réguliers d'alcool plus importants (18,4 %). Les adolescents sortis du système scolaire déclaraient pour leur part des niveaux d'usages réguliers de cannabis les plus élevés, 21,1 % contre 6 % chez les élèves et 14,3% chez les apprentis.

IV.1.b) La consommation de substances psychoactives chez les jeunes

A 17 ans, les jeunes étaient 11,7 % à n'avoir jamais expérimenté l'alcool, le tabac ou le cannabis.¹⁵ Dans notre étude, seul 14 patients, soit 6,8 % des jeunes n'avaient jamais expérimenté les substances psychoactives étudiées, chiffres différents de la population française au risque $\alpha = 5 \%$, IC 95 % [3,4-10,2].

En termes de consommation de tabac, notre étude rapportait que 67,5 %, IC 95 % [61,1-73,9], des jeunes déclaraient avoir déjà expérimenté le tabac, chiffres statistiquement représentatifs de la population des consommateurs français en comparaison à l'étude ESCAPAD¹⁵, au risque $\alpha = 5 \%$. Ces chiffres étaient également en accord avec la population de consommateurs picards⁵³ (73,3 % des jeunes de 15 à 34 ans déclaraient avoir fumé au moins une fois dans leur vie). La

répartition par sexe de notre étude apparaissait donc représentative. Aucune étude n'a permis de comparer la répartition par âge de notre population.

L'essai dénombrait 7 patients (3,4 %) avec un usage nocif du tabac, ceci n'était pas comparable aux données nationales, IC 95 % [0,61-5,19]. Une dépendance a été retrouvée chez 6 patients (2,9 %) de notre échantillon.

L'étude française ESCAPAD¹⁵ retrouvait 27 % de dépendance chez les jeunes et le Baromètre santé jeune de 2012⁵³ retrouvait 47,5 % de dépendance chez les 15-34 ans.

En résumé, notre population apparaissait statistiquement représentative de la population française en matière d'expérimentation du tabac, en particulier concernant la population féminine. La consommation de tabac ne semblait donc pas avoir ralenti depuis l'année 2017. Une différence a été retrouvée concernant l'usage nocif et la dépendance en raison d'échelles de mesure différentes entre notre étude et les études nationales et régionales. Le baromètre santé jeune de 2012 utilisait le mini-test de Fagerstrom qui été basé sur le nombre de cigarettes fumées quotidiennement et le délai entre le réveil et la première cigarette. L'enquête ESCAPAD évaluait le tabagisme en termes d'usage dans l'année, dans le mois ou régulier. Notre échelle plus subjective, a pu entraîner cette différence statistique.

À noter que nous n'avons pas questionné les jeunes sur l'usage éventuel de la cigarette électronique, et ce parce que nous avons considéré ce dispositif comme un moyen de sevrage.

En termes de consommation d'alcool, notre essai rapportait que 188 jeunes (soit 91,3 %) avaient déjà expérimenté l'alcool, chiffre statistiquement différent de la population française et picarde, au risque $\alpha = 5$ %, IC 95 % [87,5-95,2]. En effet, l'étude ESCAPAD¹⁵ de 2017 a montré que 85,7 % des jeunes avaient déjà expérimenté l'alcool. L'expérimentation apparaît prédominante chez les femmes avec 91,6 % d'expérimentation contre 90,3 % chez les hommes contrairement aux études nationales.

Ces chiffres pouvaient être expliqués par le fait que l'expérimentation d'alcool en Picardie était plus répandue. En effet, en Picardie,⁵³ 93,7 % chez les 15-34 ans avait déjà expérimenté l'alcool, chiffre statistiquement comparable au notre, au risque $\alpha = 5$ %.

Concernant les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante, l'étude ESCAPAD¹⁵ montrait que la moitié des jeunes de 17 ans avaient dit avoir connu un tel épisode dans le mois précédant l'enquête (44 %). Dans notre étude 78,6 % des jeunes ont déjà connu cet épisode au cours de leur vie. Ces chiffres étaient supérieurs, au risque $\alpha = 5$ %, IC 95% [7384,2], aux études

nationales. Ces résultats pouvant être expliqués par le fait que notre étude s'intéressait aux API au cours de la vie et l'enquête ESCAPAD à celle dans le mois précédent.

Seize jeunes, soit 7,7 % de notre population déclaraient consommer au moins 10 verres par semaine. En France, 23,6 % des personnes de 18-75 ans dépassaient les repères de consommation en 2017.⁵⁴ Cette différence de consommation, au risque $\alpha = 5 \%$, IC 95 % [4,111, 3] était peut-être liée au fait que les adolescents étaient reconnus pour avoir un mode de consommation d'alcool ponctuelle lors des événements festifs, donc plus rare.²⁸

Dans notre travail, 7,7 % jeunes ont présenté un usage nocif (1,9 %) ou une dépendance (5,8 %) à l'alcool. Ce chiffre apparaissait statistiquement significatif (au risque $\alpha = 5$, IC 95 % [4,111,3]) en comparaison aux études françaises¹⁵ et picardes.⁵³ En France, 8 % des 18-75 ans présentaient une consommation à risque ou de dépendance au sens du test de l'Audit-C. Ces chiffres étaient légèrement inférieurs, mais toujours comparables à ceux de notre étude en Picardie, avec 6,3 % des jeunes ayant une consommation à risque chronique ou de dépendance. *En résumé, notre population était apparue statistiquement représentative de la population picarde, en ce qui concernait les différents modes de consommation de l'alcool. Cette population ayant une expérimentation de l'alcool supérieure aux chiffres nationaux. Les comportements d'alcoolisation ponctuelle importante avaient une tendance à s'accroître par rapport aux études plus anciennes. Les chiffres de l'usage nocif et de la dépendance à l'alcool sont apparus toujours aussi alarmants, représentant 7,7 % des jeunes consommateurs, chiffres n'ayant pas régressé au cours des dernières années.*

En termes de consommation de cannabis, dans notre étude, 89 jeunes (43,2 %) ont dit avoir déjà expérimenté le cannabis. Ce chiffre apparaissait représentatif de la population française (au risque $\alpha = 5 \%$, IC 95 % [36,5-49,9]). En effet, l'enquête ESCAPAD¹⁵ indiquait que près de quatre adolescents de 17 ans sur dix avaient déjà fumé du cannabis au cours de leur vie (39,1 %). Ces chiffres étaient également en accord avec ceux de la population des jeunes picards⁵³ estimant 39,3 % d'expérimentation. Cette consommation était apparue majoritairement masculine avec 58,1 % des hommes et 36,8 % des femmes, tendance similaire aux études de grande ampleur.

Dans notre étude, 7 patients soit 3,4 % des jeunes présentaient une dépendance au cannabis, aucun ne déclarait avoir un usage nocif. L'enquête ESCAPAD¹⁵ retrouvait qu'un usager de 17 ans sur quatre présentait un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis soit 24,9 %.

En résumé, notre population était apparue statistiquement représentative de la population française en matière d'expérimentation du cannabis. Les chiffres de cette consommation étaient similaires à ceux des années précédentes, montrant une tendance au maintien de cette consommation. Une différence a été retrouvée concernant la dépendance en raison d'échelles de mesure différentes entre notre étude et les études nationales et régionales. L'enquête ESCAPAD utilisait l'échelle CAST afin d'évaluer la dépendance, se basant sur des critères objectifs de consommation contrairement à notre étude, ce qui pourrait expliquer cette différence.

Concernant la polyconsommation, 3 jeunes déclaraient une polydépendance dans notre étude (1,46 %). Trois autres déclaraient un usage nocif simultané du tabac et du cannabis (1,46 %). Ces chiffres apparaissaient en dessous des chiffres nationaux avec 5,3% de poly consommateurs réguliers en France et 4 % en Picardie.⁴⁵

Au total, les substances psychoactives étaient largement répandues chez les jeunes picards, avec une tendance à se maintenir depuis plusieurs années. Ainsi la création de la semaine de prévention prenait tout son sens car elle permettait de repérer ces jeunes consommateurs, particulièrement ceux à risque d'usage nocif ou de dépendance afin de permettre un réel suivi.

IV.1.c) Intérêt du conseil minimal

Le choix du conseil minimal comme méthode de prévention nous est apparu pertinent en raison de sa méthode simple et rapide. Notre étude a montré une évolution positive vers le sevrage après intervention brève du médecin généraliste. Ce résultat était très encourageant car il montre que le conseil minimal peut avoir une influence sur le comportement du patient.

L'utilisation du conseil minimal dans notre étude apparaissait en accord avec les nouvelles recommandations de l'HAS d'octobre 2014.⁵⁵ Le conseil d'arrêt consistait pour un professionnel de santé à indiquer à un consommateur qu'il était bénéfique pour sa santé d'arrêter. Celui-ci s'adressait à l'ensemble des consommateurs, prêts ou non à arrêter leur consommation. Le conseil devait être clair et personnalisé et l'assistance pour arrêter devait être proposée à la fin de l'entretien. Dans notre étude l'ensemble des consommateurs s'étaient vu proposer un conseil d'arrêt de façon systématique avec un discours adapté en fonction des patients.

L'efficacité du conseil minimal a été prouvée, de très nombreuses études retrouvaient un taux de sevrage généralement augmenté (de 1 à 3 %) à la suite d'intervention alliant conseil minimal et outils adaptés au patient.⁵⁶

Une revue de littérature⁵⁷ incluant 41 études, réalisées de 1972 à 2007 comprenant 31000 fumeurs, a été publiée en 2008. 17 de ces 41 études ont mis en évidence un effet bénéfique du conseil minimal sur le taux d'arrêt du tabagisme (RR= 1,66, IC 95 % [1,42-1,94]) permettant d'augmenter le taux d'arrêt du tabac de 1 à 3 % ce qui peut paraître peu mais significativement supérieur à l'inaction.

Il était intéressant d'évaluer l'efficacité du conseil minimal après plusieurs séances car son efficacité apparaît augmentée par la répétition des interventions. L'étude de Stein et collab., 2010⁵⁸ montrait les effets positifs d'une intervention brève à deux séances destinées à des jeunes femmes de 18 à 24 ans qui n'était pas en traitement. Cette intervention a aidé à réduire l'usage de cannabis et semblait plus efficace et durable pour les femmes qui souhaitaient arrêter de consommer. Une autre étude Winters et collab, 2011⁵⁹ faisant état d'une intervention brève (deux sessions) destinée à des adolescents identifiés comme des consommateurs abusifs d'alcool et de drogues, montrait des effets positifs, particulièrement lorsqu'une session supplémentaire était réalisée.

Ainsi administré dans la pratique courante, de manière systématique, à tous les patients, en tant qu'intervention de base et de suivi, le conseil minimal devenait un outil thérapeutique puissant. L'effort de sa réalisation étant minime pour un résultat maximal.

IV.1.d) Intérêt du stade de Prochaska

Nous avons pu tirer de notre étude que pour les jeunes de 16 à 25 ans, consommateurs de substances psychoactives et consultant en médecine générale, il y avait une différence statistiquement significative du stade de Prochaska lors de l'utilisation du conseil minimal par le médecin généraliste. Le test de Cochran-Armitage retrouvait des résultats statistiquement significatifs ($p = 0,0007026$), avec une augmentation du score de motivation global post intervention par rapport au groupe initial. Un des résultats majeurs de notre étude était que 23,5 % des jeunes sont passés au stade de « préparation » après intervention contre 5 % avant intervention. De plus, 43 % contre 34 % ont quitté les stades de réflexion (contemplation et précontemplation) et ont donc pris une réelle décision de changement. Au vu de ces résultats

positifs, notre intervention a donc permis une réelle prise de conscience chez les adolescents permettant une évolution vers la décision de sevrage.

Le critère de jugement principal de notre travail était le changement de motivation chez les adolescents ayant reçu le conseil minimal. Pour mesurer ce paramètre, le score de Prochaska a été utilisé, car il était reconnu comme relativement reproductible, d'autant plus que notre échelle de mesure était standardisée. La pertinence clinique de ce critère de jugement pouvait être cependant discutée, le résultat d'une intervention en pratique s'appréciant sur l'impact en terme d'abstinence prolongée. Le but de l'étude était d'apporter un outil en médecine générale pour les patients consommateurs. Le critère de la motivation pouvait alors se justifier comme étant le meilleur moyen pour évaluer cette notion.

Plusieurs auteurs⁶⁰ soulignaient que la mesure de la progression d'une personne à travers les stades dans le cadre d'une intervention pouvait aider à établir l'efficacité de cette dernière. Le fait de s'en tenir uniquement à la cessation après 6 mois comme indicateur de réussite impliquait de ne pas tenir compte des changements subtils qui survenaient chez la personne dans son processus de cessation du tabagisme. Pierce et al. (1998) avançaient qu'une intervention devait être considérée comme efficace si elle permettait d'accélérer la progression des personnes à travers les stades de cessation.⁶⁰ Ainsi notre intervention était apparue efficace car ayant permis une progression favorable à travers les stades de changement.

Peu d'études ont été retrouvées concernant les transitions interstades après délivrance d'un conseil minimal, concernant les substances psychoactives. Aucune n'a été retrouvée chez les adolescents.

Tout d'abord, il paraissait intéressant d'évaluer les transitions interstades spontanées, en l'absence de toute intervention. L'étude retrouvée est celle de Carbonari et al.⁶¹ réalisée en 1999 s'intéressant aux probabilités de transition d'un stade à l'autre du modèle transthéorique par intervalle de 6 mois pendant deux ans et demi, en l'absence d'intervention, chez les fumeurs. Celle-ci comptait 308 sujets recrutés par voie de presse au Texas. Un des constats majeurs était qu'une fois parvenue au stade de décision, la probabilité de revenir en arrière (33,1 %) était supérieure à celle de passer à l'arrêt (13,4 %). Une stabilité était retrouvée dans 53,5 % des cas. La transition interstade dans cette étude a donné les résultats suivants :

Tableau n° 6 : Transition interstades spontanées dans l'étude de Carbonari

T + 6 mois T	non motivation	espérance	préparation	action	maintien
non-motivation	61,1%	27,3%	5,2%	6,4%	0,0%
espérance	14,0%	60,9%	16,1%	8,4%	0,6%
préparation	5,4%	27,8%	53,5%	11,5%	1,9%
action	2,5%	7,6%	18,2%	25,2%	46,5%
maintien	1,7%	0,3%	5,5%	6,9%	85,6%

En l'absence d'intervention (étude Carbonari), la majorité des fumeurs « pré contemplatifs » (61,1 %) restaient au stade « pré contemplatif », 16,1 % des fumeurs au stade « espérance » sont passés au stade de « préparation » et 5,2 % au stade « pré contemplatif » sont passés au stade de « préparation ».

Ainsi dans notre essai, on a observé que davantage de patients avaient une motivation ayant progressé vers la préparation, confirmant l'effet bénéfique du conseil minimal.

La comparaison avec notre travail était en réalité statistiquement non réalisable en raison de la différence de population (l'échantillon de cette étude était composé de deux tiers de femmes, dont l'âge moyen était de 40 ans), de l'ancienneté de l'étude et de la différence des temps de comparaison mais c'était la seule évaluant les probabilités de changement de stade spontané.

Une étude interventionnelle réalisée dans le cadre d'une thèse d'exercice, de décembre 2013 à mars 2014, dans la région Pays de la Loire par Anne BRAUD,⁶² consistait à évaluer la dispensation d'un conseil minimal à l'arrêt du tabac à l'aide du modèle transthéorique. Sur 104 fumeurs inclus, aucun des patients n'a régressé, tous ont évolué ou stagné dans le modèle transthéorique, 33,6 % des patients ont évolué favorablement et 7,7 % des patients sont arrivés au stade d'action/arrêter de fumer à 8 semaines. Les tendances de cette étude apparaissaient identiques aux résultats de notre essai. L'intervention dans cette étude n'était pas la même que la nôtre, celle-ci se faisait par appel téléphonique, chez une population de 15 à 75 ans. Les patients ont été évalués sur leur étape motivationnelle au moment des rappels et non le jour ou le conseil a été donné. Il était possible que ceci ait entraîné un effacement d'efficacité de l'intervention expliquant qu'il n'y ait pas de régression dans le modèle transthéorique de Prochaska.

Tout l'intérêt du stade de Prochaska était dans sa reproductibilité au cours des différentes consultations. Il apparaissait important d'évaluer la motivation du patient afin d'adapter son

discours et ceci permettait un réel suivi de l'évolution vers le sevrage des jeunes. Ainsi accompagnés du conseil minimal, ces outils de prévention sont apparus pertinents dans la prise en charge des jeunes consommateurs.

IV.2) Forces de l'étude

Une des forces principales de ce travail était son échantillon de consommateurs comparable aux données de la littérature, permettant d'extrapoler les résultats à la population des consultants picards et français dans son ensemble. Ceci conférait à notre étude une plus grande validité externe. De plus le choix d'une étude multicentrique, avec des médecins généralistes repartis sur l'ensemble du territoire picard, augmentait la transposition de nos résultats à la population des jeunes consultants picards et donc la validé interne de cette étude.

L'utilisation d'outils validés et reproductibles était également un atout dans cette étude. Le stade de Prochaska a largement intégré les recommandations de l'HAS sur le sevrage des substances psychoactives ou encore d'autres domaines et faisait partie des interventions à proposer selon le stade motivationnel.⁴¹ Selon l'HAS, le conseil minimal avait également fait la preuve de sa pertinence par sa faisabilité et son efficacité.⁶³

Un des points forts de cette étude résidait dans sa méthodologie et l'utilisation de tests statistiques poussés, le choix d'une étude interventionnelle prospective multicentrique permettait un meilleur niveau de preuve.

Cette étude a été attractive avec un bon taux de réponse, lié en parti au format internet, 50,2 % des questionnaires ont été rédigés sur le lien en ligne. Cela étant probablement liée à son accès facile, dans l'air du temps, sa rapidité de réponse, et une diffusion importante.

L'effet pragmatique retrouvé dans ce travail, prenant en compte la pratique habituelle des médecins généralistes, apparait pertinent car immédiatement extrapolable et applicable dans le cabinet des médecins.

Cette étude était originale car la création d'une semaine de prévention dédiée aux substances psychoactives et sa mise en application au sein de plusieurs cabinets de médecins généralistes est novatrice. Peu d'étude ont mis en application en conditions réelles ces méthodes de prévention, en particulier chez l'adolescent. Cette stratégie est apparue reproductible en pratique courante. Nous avons interrogé certains médecins généralistes afin de savoir si ces méthodes étaient applicables. Le conseil minimal est apparu être un outil simple et réalisable car peu chronophage. Concernant le stade de Prochaska, celui-ci est apparu facile d'utilisation et très intéressant pour le suivi des consommateurs, chez les médecins ne le connaissant pas. Différents freins ont cependant été abordés : le manque de temps et la présence d'un tiers

pendant la consultation, freins retrouvés dans la littérature.³⁸ L'intérêt à terme de cet essai serait de codifier le score de Prochaska sur l'ensemble des dossiers médicaux, à chaque consultation, pour un réel suivi de la démarche de sevrage.

IV.3) Discussion autour de la méthodologie

Nous avons décidé de comparer deux populations différentes en pré et post-interventionnelle. En effet la population adolescente consultait peu, il apparaît alors difficile de les convoquer pour la phase interventionnelle. L'idéal aurait été de réaliser l'intervention sur les mêmes patients mais ceci n'a entraîné aucun biais, celui-ci étant séquentiel.

La durée de l'essai est assez courte, seulement huit semaines. Un temps plus long d'intervention aurait peut-être permis d'augmenter le nombre de patients passant au stade d'action ou de maintien. Il serait donc intéressant d'évaluer l'évolution à long terme de cette étude.

IV.4) Limites de l'étude

La validité interne de l'étude était limitée par le faible échantillon de résultats exploitables. 207 réponses ont été incluses en première partie et 39 en seconde partie. Il était légitime de se demander si la présence de résultats non significatifs dans les analyses spécifiques à chaque addiction était une conséquence d'un éventuel manque de puissance de l'étude.

Un des biais majeurs de cette étude était un biais de confusion. En effet, la pratique du conseil minimal par les médecins pratiquant l'intervention de prévention était différente. Ainsi les médecins pratiquant déjà le conseil minimal lors de leurs consultations habituelles pouvaient entraîner un biais de confusion (médecin témoin pratiquant déjà comme le groupe intervention). Pour tenter de contrôler ce biais de confusion nous avons essayé de savoir à posteriori si le biais était harmonieusement reparti entre les groupes ce qui aurait annulé son effet. Au vu du faible taux de réponse des médecins généralistes, ce biais n'a pu être contrôlé.

Les médecins étaient contactés par appel téléphonique et inclus dans l'étude après leurs accords. On pouvait donc noter un biais de volontariat en fonction de leur intérêt pour l'étude et en fonction des caractéristiques personnelles des médecins. En effet ils pouvaient avoir chacun un degré d'implication différent et une motivation particulière. Leur statut personnel face aux substances psychoactives ou aux adolescents pouvait jouer un rôle.

Plusieurs biais de déclaration sont retrouvés :

- Dans ce type d'étude, on pouvait se poser la question de la modification des résultats d'un patient liée au fait qu'il participait à une étude, appelé effet Hawthorne. Ce biais de déclaration peut être particulièrement accentué car il touchait des sujets de société

tabous. Ce biais était non différentiel, concernant l'objectif principal, car il affectait indifféremment les groupes soumis à comparaison, c'est-à-dire n'avait eu aucun impact sur les différences retrouvées avant et après intervention.

- L'utilisation d'une échelle de dépendance subjective a pu entraîner un biais, il aurait été intéressant d'utiliser des échelles standardisées, tel que le test de Fagerstrom ou le test Audit-C, comme dans de nombreuses études^{15,53}. Nous avons privilégié la réalisation d'un questionnaire court afin d'en augmenter l'attractivité.
- La dernière partie de notre questionnaire reposait sur une auto-évaluation (le stade de Prochaska) qui n'était pas toujours facile et pouvait entraîner un biais d'évaluation. Dans cette étude cependant, la sur- ou sous-estimation nous importait finalement peu car ce biais était identique avant et après intervention.

IV.5) Questions et perspectives

À la suite de ce travail, il se pose la question d'accentuer le rôle de prévention des médecins généralistes en améliorant leur formation continue. Le patient ayant plus de chances de succès lorsque le thérapeute est formé, à l'aide à l'arrêt du tabagisme par exemple, quelque soient les outils qu'il utilisait.⁶⁴ Il serait intéressant d'envoyer, par exemple, un mail ou un courrier de prévention annuel aux médecins généralistes afin que cette pratique soit plus répandue.

Il apparaît intéressant de commencer la prévention aux substances psychoactives dès le plus jeune âge, l'HAS recommandant de dépister les jeunes dès 12 ans.⁶⁴ Les chiffres de consommation de substances psychoactives chez les préadolescents allaient en ce sens. Concernant le cannabis, 28 % des adolescents de 15 ans l'avaient déjà expérimenté. Selon l'Observatoire français des drogues et toxicomanies⁶⁵, à l'âge de 11 ans, un jeune sur deux (49,8 %) a déjà goûté une boisson alcoolisée et ils étaient huit sur dix à l'âge de 15 ans. C'est une phase d'initiation importante. La prévention chez les plus jeunes apparaît donc importante mais difficile en pratique clinique car ce sont des sujets compliqués à aborder et les consultations sont souvent accompagnées. Un rappel simple de « ne pas boire, ne pas fumer » à cet âge, permettrait de débiter ce rôle préventif.

La prévention chez les adolescents est insuffisante, d'autres sujets seraient à aborder en consultation tels que la sexualité, le sommeil et l'alimentation car ils sont à l'origine de troubles importants chez les jeunes. Les chiffres nationaux vont en ce sens, selon l'HBSC (Health Behaviour in School-aged Children)⁶⁶, 30 % des jeunes font un régime ou estiment avoir besoin de maigrir. Concernant le sommeil, 21 % des élèves de troisième sont en manque de sommeil.

Concernant la sexualité, les données issues du Baromètre santé jeunes 2010⁶⁷ retrouvent que 5 % des femmes âgées de 15 à 19 ans en couple ou déclarant une relation amoureuse stable, déclarent n'utiliser aucun moyen de contraception. La contraception d'urgence est utilisée chez 11 % des jeunes femmes de 15 à 29 ans sexuellement actives au cours des 12 mois précédant l'enquête. Chez les 15-19 ans, 7.7 % déclarent avoir eu une grossesse non prévue au cours des 5 dernières années. Ainsi la mise en place d'action de prévention et d'un suivi est importante afin d'avoir une prise en charge optimale des jeunes consultants. Consulter le médecin traitant est donc bénéfique pour les jeunes, le médecin ayant besoin de connaître ses patients.

L'objectif à terme de cet essai serait l'utilisation systématique du conseil minimal chez les patients consommateurs et l'évaluation du score de Prochaska sur l'ensemble des dossiers médicaux, à chaque consultation, pour un réel suivi de la démarche de sevrage des jeunes. Il serait alors intéressant d'étudier cette pratique à une plus grande échelle et sur une durée plus longue afin de voir l'impact au long terme de cette intervention.

V) CONCLUSION

Les constatations alarmantes concernant les consommations de substances psychoactives chez les jeunes montrent la nécessité de s'impliquer dans la lutte contre celle-ci. Le médecin généraliste est un maillon indispensable de la sensibilisation et de leur suivi. Afin d'accentuer son rôle de prévention, il nous a semblé important de lui offrir des outils simples, peu chronophages, et standardisés pouvant être compatible avec sa pratique quotidienne. Cette étude pragmatique a montré que le conseil minimal a un impact positif sur le changement de motivation du stade de Prochaska des jeunes consommateurs de tabac, alcool ou cannabis. Les médecins généralistes peuvent donc grâce à leur intervention avoir un véritable impact en matière de prévention individuelle. Il est donc de la responsabilité de chacun de généraliser l'utilisation du conseil minimal afin de systématiser les discussions autour de ces sujets, d'adapter son discours à chaque patient pour une plus grande efficacité et enfin de débiter un réel suivi par l'évaluation des de Prochaska.

Au vu des résultats probants mais du manque de recul de notre étude, il serait intéressant d'évaluer l'efficacité du conseil minimal et le suivi de l'évolution du stade de Prochaska à une plus grande échelle et sur une plus longue période, avec par exemple, la répétition de celui-ci au cours des consultations successives.

VI) BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents. [En ligne] 27 juillet 2016, [Internet] Disponible sur : https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/. [Consulté le 12/12/2019]
2. Pierre G. Coslin. Psychologie de l'adolescent. 5e éd. 13 mai 2019.
3. Claes M. et Lannegrand-Willems L. La psychologie de l'adolescence. Broché; 21 août 2014.
4. Piaget J., Inhelder B. La psychologie de l'enfant. Presses universitaires de France. Le 19/10/1993.
5. Cabinet Psy-enfant, « L'adolescence » [Internet] Disponible sur : <http://psy-enfant.fr/adolescents>. [Dernière mise à jour] 13.03.16. [Consulté le 12/12/2019].
6. Furman, W., Wehner, E. A. Adolescent romantic relationships: A developmental perspective. Année 1997, 21-33.
7. Buhrmester, D. Need fulfillment, interpersonal competence, and the developmental contexts of early adolescent friendship. Année 1996, 158–185.
8. Marty F. La psychothérapie psychanalytique d'adolescent existe-t-elle ? Le Carnet PSY 04/2009 (n° 135), pages 22 à 29.
9. Organisation Mondiale de la Santé. Abus de substances psychoactives [Internet] Disponible sur : https://www.who.int/substance_abuse/terminology/psychoactive_substances/fr/ [En ligne] 2010 [Consulté le] 12/12/2019.
10. Obradovic I. Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence. *Tendances n° 122, OFDT, 8 p.* déc 2017;(122):8
11. Haute autorité de santé. Annexe à la recommandation de bonne pratique, « Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence. » Critères d'abus et de dépendance selon le Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux de l'Association américaine de psychiatrie (DSMIV). Octobre 2014.
12. Atih. La 10e Révision de la Classification statistique internationale (CIM-10) des maladies et des problèmes de santé connexes. Volume 1. Edition 2015.
13. Guérin S., Laplanche A., Dunant A. et Hill C., « Alcohol-attributable mortality in France. » *European Journal of Public Health, vol.23, n°4, 2013, pp. 588-593*
14. Inserm- Alcool et santé [Internet] Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiersinformation/alcool-sante> [Dernière mise à jour] 13.03.16. [Consulté le 06/01/2020].
15. Spilka S., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S. Les drogues à 17 ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2017. Février 2018. *Tendance n°123, OFDT, 8p.*

16. Spilka S., Odeau E., Le Nézet O., Janssen E., Philippon A., Roversi A., Ehlinger V. Consommations d'alcool, de tabac et de cannabis chez les élèves de 11, 13 et 15 ans - HBSC et EnCLASS France 2018, note, 2020, OFDT, Paris
17. Beck F., Richard J.-B., Guignard R., Le Nézet O. et Spilka S., « Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014 », exploitation des données du Baromètre santé 2014 *Tendances*, n°99, 2015, 8 p.
18. Simons JS, Maisto SA, Wray TB. Sexual risk taking among young adult dual alcohol and marijuana users. *Addictive Behaviors*. 1 mai 2010 ;35(5):533-6
19. Scott-Sheldon LA, Carey MP, Carey KB. Alcohol and risky sexual behavior among heavy drinking college students. *AIDS and Behavior*. 2010 ;14(4):845-53
20. Baskin-Sommers A, Sommers I. The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*. 1 mai 2006 ;38(5) :609-11.
21. Observatoire national interministériel de la sécurité routière. « La sécurité routière en France - Bilan de l'accidentalité de l'année 2016 » [Internet]. Disponible sur : <https://www.securite-routiere.gouv.fr/actualites/bilan-definitif-de-laccidentalite-routiere-2016> 2017. [Dernière mise à jour] 27 juin 2017. [Consulté le 06/01/2020].
22. Brisacier A-C, Lermenier-Jeannet A., Palle C., « Morbidité et mortalité liées aux drogues. » Edition 2019.
23. « Le tabac, premier facteur de risque évitable de cancers », Institut National du Cancer. [Internet]. Disponible sur : <https://www.e-cancer.fr/Comprendre-prevenir-depister/Reduire-les-risques-decancer/Tabac/Le-premier-facteur-de-risque-evitable-de-cancers>. [Date de dernière mise à jour] : 08/12/2019. [Consulté le 06/01/2020].
24. Sasco A., « Cannabis et risques somatiques » dans Cannabis données essentielles Saint-Denis, OFDT, 2006, pp.90-96
25. CEIP-A de Grenoble, « Décès en relation avec l'abus de médicaments et de substances » (DRAMES), principaux résultats enquête DRAMES 2016, Saint-Denis, ANSM, 2017
26. Brisacier A.C., « Morbidité et mortalité liées aux drogues illicites », dans Drogues et addictions, données essentielles. Saint-Denis, OFDT, 2013, pp. 105-112.
27. OFDT. Les chiffres clés du cannabis. [Internet]. Disponible sur : <http://www.drogues-info-service.fr/> [Dernière mise à jour : août 2020]. [Consulté le 06/01/2020].
28. Consommation de substances psychoactives chez les jeunes en France et dans certains pays à revenus élevés. État des lieux des modes et niveaux de consommation, et facteurs associés. Santé publique France. [Internet]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/RapportConsoSPA190925.pdf>. [En ligne] Septembre 2019. [Consulté le 12/12/2019].
29. Kopp P. Le coût social des drogues en France. Note 2015-04 Saint-Denis, le 10 septembre 2015
30. Organisation Mondiale de la Santé. Guide pour la mise en place de l'action antitabac. Bibliothèque de l'OMS. Genève. Septembre 2006

31. Rapport Flajolet. LA PREVENTION : définition, notions générales sur l'approche française et comparaisons internationale. <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf> [En ligne] 5 mai 2001. [Consulté le 12/12/2019].
32. OMS. MPOWER : un programme de politiques pour inverser le cours de l'épidémie de tabagisme. 2008.
33. Gautier A., Fournier C., Beck F. Pratiques et opinions des médecins généralistes en matière de prévention. 2011
34. Laporte C., Hamma S., Dupouy J., Kinouani S., Pautrat M., Authier N., Llorca P-M, Brousse G., Vorilhon P. Médecins généralistes et cannabis en France : interroger les jeunes sur leur consommation ? [These d'exercice] 23 septembre 2016.
35. Beck F., Richard J-B. dir. Les comportements de santé des jeunes : analyses du Baromètre santé 2010. Saint-Denis : Inpes, coll. Baromètres santé, 2013 : 344 p.
36. Gueniot C. Suicide de l'adolescent : le rôle stratégique du généraliste. Panorama Med 2002 ; 4834 :36-9.
37. Papagiorgiou M. Attente et vécu des adolescents au décours d'une consultation de médecine générale. [Thèse d'exercice] 2016.
38. Bernijol M. L'adolescent face à son médecin traitant : décryptage de la relation médecin adolescent à travers un questionnaire adressé aux lycéens marseillais. [Thèse d'exercice] 2012
39. Deschamps J.P., Sturel-Lartigue A, Ducas J., Deifts C., Aubrege A, Mazet-Berkrouber H., Kiffer R. La médecine des adolescents dans l'activité des généralistes et des pédiatres de ville. Arch Fr Pediatr 1982 ; 39: 399-403.
40. Afssaps. La prise en charge du patient fumeur en pratique quotidienne. 2003.
41. Haute autorité de santé. Recommandation de bonne pratique. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours. [En ligne] 17 nov. 2014 [Consulté le] 15/02/2019.
42. ANAES - Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. L'arrêt de la consommation de tabac. Conférence de consensus 1998.
43. Prochaska et coll. The transtheoretical model of health behavior change American journal of health promotion 12 (1), 38-48. 1997.
44. Apprendre les TCC. Découvrir les Thérapies Comportementales, Cognitives et Emotionnelles. [Internet] Disponible sur : <https://tcc.apprendre-la-psychologie.fr/l-entretien-motivationnel.html>. [Dernière mise à jour] 28 août 2020 [Consulté le] 15/02/2020
45. Santé publique France. Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? [Internet] Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-ensont-les-francais>. [Dernière mise à jour] 14/01/2020. [Consulté le] 15/02/2020
46. Test de tendance Cochran Armitage. [Internet] Disponible sur : <https://www.xlstat.com/fr/solutions/fonctionnalites/test-de-tendance-decochran-armitage>. [Dernière mise à jour] 2020 [Consulté le] 61/09/2020.

47. Conseil national de l'Ordre des Médecins. Cartographie interactive de la démographie médicale. [Internet]. Disponible sur : <https://demographie.medecin.fr/mobile.php#d3Map> [Dernière mise à jour] 07/2020. [Consulté le] 15/08/2020.
48. Bessière S. La féminisation des professions de santé en France : données de cadrage. Dans Revue française des affaires sociales. Janvier 2005
49. CREDES 1991 et 1992. Alvin P., Choquet M., Courtecuisse V, Gasquet I, Gransboulan V, Herve MJ. Des soins spécifiques à l'adolescence ? Actes du colloque. Paris : Fondation santé des étudiants de France 1998 ; 3-94.
50. Choquet M. et Ledoux S. Attentes et comportements des adolescents. Formation santé, Editions INSERM. 1994
51. Rousseau C., Clerc P., Stheneur C., Chevallier B. Les adolescents pris en charge en médecine générale : étude descriptive à partir de la base de données de l'Observatoire de la médecine générale. 2002
52. Insee -Population par âge- Tableaux de l'économie française. [Internet]. Disponible sur : <https://www.insee.fr> [Dernière mise à jour] 27/02/2020. [Consulté le] 25/06/2020.
53. Thienpont C., Thomas N., Trugeon A. Baromètre santé de 2012- Conduite addictive en Picardie. Réalisé en octobre 2015 par l'OR2S
54. Santé publique France 2017- Consommation d'alcool en France : où en sont les Français ? [Internet]. Disponible sur : <https://www.santepubliquefrance.fr/les-actualites/2020/consommation-d-alcool-en-france-ou-en-sont-les-francais>. [Mis à jour le] 14 janvier 2020 [Consulté le] 25/06/2020.
55. Haute autorité de santé. Arrêt de la consommation de tabac : du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. ? [Internet]. Disponible sur : https://www.hassante.fr/jcms/c_1718021/fr/arret-de-la-consommation-de-tabac-du-depistage-individuel-au-maintien-del-abstinence-en-premier-recours [Mise à jour :] Octobre 2014 . [Consulté le] 15/07/2020
56. Arvers P-H. Place du médecin généraliste dans la prévention aux addictions- [Internet]. Disponible sur : <http://www.remede.org/communaute/photos/877ab25f9cdd12bb55bf46bb7a827f64/CMJ2011ArversPh.pdf> . 2010 [En ligne] 2010. [Consulté le] 15/07/2020
57. F Stead L., Gillian Bergson G., et Tim Lancaster T. Physician advice for smoking cessation. (s.d.). Mai 2013.
58. Stein, M. D., Hagerty, C. E. et al. A brief marijuana intervention for non-treatmentseeking young adult women. Journal of Substance Abuse Treatment, 40, 189-198. 2010
59. Winters et collab, Advances in adolescent substance abuse treatment. Curr Psychiatry Rep 2011 ; 13(5) :416-21
60. Chouinard M-C. Application du modèle transthéorique dans un programme d'intervention infirmière en cessation du tabagisme auprès de personne hospitalisées pour une maladie cardiovasculaire. [Thèse d'exercice] 2004

61. Carbonari JP, DiClemente CC, Sewell KB. Stage transitions and the transtheoretical « stages of change » model of smoking cessation. *Swiss J Psychol Schweiz Z Für Psychol Rev Suisse Psychol.* 1999 ;58(2):13444.
62. Braud Flévaud A, Lavier E. Sevrage tabagique : impact de la délivrance du conseil minimal associé à la brochure d'information " J'arrête de fumer " sur la consommation du patient, en consultation de médecine générale. [Thèse d'exercice] France ; 2014.
63. HAS Recommandations de bonne pratique : arrêt de la consommation de tabac, du dépistage individuel au maintien de l'abstinence en premier recours. Octobre 2003
64. HAS. Arrêt de la consommation de tabac : repérage au maintien de l'abstinence en premier recours. [Internet]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_1718021/fr/arrêt-de-la-consommation-detabac-du-depistage-individuel-au-maintien-de-l-abstinence-en-premier-recours [En ligne] 17 nov. 2014 [Consulté le] 15/07/2020
65. F. Beck. Jeunes et addiction. Décembre 2016
66. L'HBSC. Mesure l'évolution de la santé des adolescents de plus de 40 nations. L'Inpes . 4 septembre 2012.
67. Vincelet C. Sexualité, contraception et prévention en ile de frace : résultats de l'enquete INPES-Baromètre santé jeunes 2010. 2013

VII) ANNEXES

Annexe n°1 : Questionnaire thèse

Bonjour, quel âge avez-vous ?

Si vous avez entre 16 et 25 ans, ce questionnaire s'adresse donc à vous ...

Je suis actuellement étudiante en médecine et je réalise une étude au cours de laquelle j'ai besoin de vous poser quelques questions. Cette étude s'intéresse à la consommation de tabac, alcool et drogue, substances de plus en plus répandues chez les jeunes. Ceci a pour but d'améliorer la prise en charge et la discussion avec les médecins sur ce sujet souvent assez difficile à aborder.

Donc êtes-vous?

- Une femme
- Un homme

Consommez-vous ou avez-vous déjà consommé:

– de l'alcool ? OUI/NON

– du cannabis? OUI / NON

– du tabac? OUI / NON

Concernant l'alcool:

– Avez-vous déjà consommé plus de 4 verres d'alcool, lors de la même occasion? OUI /NON

– Consommez-vous plus de 10 verres d'alcool par semaine ? OUI/ NON

Votre consommation a-t-elle déjà nui à votre santé physique (douleurs, tremblements...) au cours des 12 derniers mois? OUI/NON

Si oui de quelle substance?

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous eu des difficultés psychologiques à cause de votre consommation? OUI/NON

Si oui de quelle substance?

Avez-vous déjà eu des problèmes scolaires, au travail, des conflits liés à la consommation de substances? OUI/NON

Si oui de quelle substance?

Un membre de votre famille, un ami, ou un professionnel de santé s'est-il déjà inquiété de votre consommation d'une de ces substances? OUI/NON

Si oui de quelle substance?

Si vous avez déjà consommé l'une de ces substances, pourriez-vous indiquer et situer votre ou vos consommations sur l'une des propositions suivantes ?

(Par exemple.)

– Je compte continuer:

Je compte continuer: TABAC

– Je compte arrêter un jour:

Je compte arrêter un jour:

– Je compte arrêter bientôt:

Je compte arrêter bientôt: ALCOOL

– Je suis en train d'arrêter:

Je suis en train d'arrêter

– J'ai arrêté il y a plus de 3 mois:

Je suis en train d'arrêter: CANNABIS

– Je suis en rechute de:

Je suis en rechute de:

Merci de votre participation.

Un formulaire d'information pour la participation à cette étude, vous est joint page 3.

Annexe n°2 : Formulaire d'information

**FORMULAIRE D'INFORMATION POUR LA PARTICIPATION A UNE
RECHERCHE INTERVENTIONNELLE**

(Ce document vous appartient)

Titre de l'étude :	Prévention, chez les jeunes de 16 à 25 ans, aux substances psychoactives les plus répandues ... tabac, alcool, cannabis.
Directeur : Dr Matthieu Ariza Chef de clinique des universités de médecine générale. Docteur en médecine générale. 43 av Anatole France, 60160 Montataire.	Investigateur coordonnateur : Caron Hestia Interne de médecine générale.
INVESTIGATEUR en charge du patient :	

Madame, Monsieur,

Vous avez été pris en charge au cabinet de votre médecin généraliste pour une consultation.

Le docteur, vous propose de participer à une recherche non interventionnelle.

Avant de prendre une décision, il est important que vous lisiez attentivement ces pages qui vous apporteront les informations nécessaires concernant les différents aspects de cette recherche. N'hésitez pas lui à poser toutes les questions que vous jugerez utiles.

Votre décision de participer à l'étude est entièrement volontaire. Votre refus de participation n'influencera pas la qualité des soins qui vous seront prodigués dans le cadre de votre prise en charge.

1. Pourquoi cette recherche ?

La **morbimortalité** liée aux substances psychoactives est sérieuse:

Le tabac est la première cause de mortalité prématurée, avec plus de 70 000 décès par an.

L'alcool: La consommation d'alcool est responsable de 49 000 décès chez les jeunes en 2016 (selon INPES). De plus, on note des risques d'implication dans des violences interpersonnelles, comme victime et/ou comme auteur, des rapports sexuels non désirés, des accidents de la route (selon INSERM)

Le **cannabis** peut précipiter la survenue de troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles dépressifs, symptômes psychotiques et schizophrénie).

On note toujours une importante expérimentation et consommation de ces substances chez les jeunes (selon l'OEDT).

Le sujet de l'addiction à ces substances est souvent perçu comme tabou entre le médecin généraliste et son patient,

2. Quel est l'objectif de cette recherche ?

Proposer une action de dépistage des addictions par les médecins généralistes chez les adolescents de 16 à 25 ans et évaluer l'impact de son expérimentation selon le stade de Prochaska chez les patients qui en bénéficient.

3. Comment va se dérouler cette recherche ?

Cette recherche a est une étude non-interventionnelle. Cela signifie qu'elle ne modifie pas les soins que vous deviez recevoir.

– 1^{ère} partie sur un mois : Elle consiste à laisser les questionnaires anonymes en salle d'attente auxquels les jeunes de 16 à 25 ans sont libres de répondre.

– 2^{ème} partie sur 1 semaine : Les médecins généralistes abordent, lors de leur consultation le sujet de ces substances, réalisent leur rôle de prévention. En fin de consultation les jeunes répondent à un questionnaire.

4. Que vous demandera-t-on ?

Ce type d'étude est encadré par des textes de loi qui précisent que seule votre non-opposition est recherchée. Sans réponse négative de votre part, vos données seront codifiées et utilisées pour les besoins de la recherche.

5. Quels sont vos droits ?

Dans le cadre de la recherche à laquelle le nous vous proposons de participer, un traitement informatique de vos données personnelles sera mis en œuvre pour permettre d'analyser les résultats de la recherche. A cette fin, les données médicales vous concernant seront transmises au promoteur de la recherche. Ces données seront traitées de manière confidentielle et codifiées par un identifiant numérique et vos initiales. Ces données pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé françaises.

Conformément aux dispositions de la loi relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous disposez à tout moment d'un droit d'accès et de rectification des données informatisées vous concernant (loi n° 2004-801 du 6 août 2004 modifiant la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés). Vous disposez également d'un droit d'opposition à la transmission des données couvertes par le secret professionnel susceptibles d'être utilisées dans le cadre de cette recherche et d'être traitées. Vous pouvez également accéder directement ou par l'intermédiaire du médecin de votre choix à l'ensemble de vos données médicales en application des dispositions de l'article L1111-7 du code de la santé publique. Ces droits s'exercent auprès du médecin qui vous suit dans le cadre de la recherche et qui connaît votre identité.

A l'issue de la recherche, si vous le souhaitez, vous pourrez être informé des résultats globaux de cette recherche.

Ce document vous appartient. Après avoir lu cette note d'information, n'hésitez pas à poser à votre médecin toutes les questions que vous désirez. Il vous sera possible de poser ces questions à tout moment, avant et en cours d'étude.

Lettre d'information remise : le/...../20..... à

Par le Dr/Pr :

Investigateur coordonnateur : CARON Hestia

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

(Concernant tous les participants)

Je, soussigné déclare accepter, librement, et de façon éclairer, de participer comme sujet à l'étude intitulée: La prévention, par le médecin généraliste, aux substances psychoactives chez les jeunes de 16 à 25 ans. Sous la direction Du Dr ARIZA, investigateur principal : CARON Hestia, interne en médecine générale.

Engagement de l'investigateur principal : en tant qu'investigateur principal, il s'engage à mener cette recherche selon les dispositions éthiques et déontologiques, à protéger l'intégrité physique, psychologique et sociale des personnes tout au long de la recherche et à assurer la confidentialité des informations recueillies. Il s'engage également à fournir aux participants tout le soutien permettant d'atténuer les effets négatifs pouvant découler de la participation à cette recherche.

Liberté du participant : le consentement pour poursuivre la recherche peut être retiré à tout moment sans donner de raison et sans encourir aucune responsabilité ni conséquence. Les réponses aux questions ont un caractère facultatif et le défaut de réponse n'aura aucune conséquence pour le sujet.

Information du participant : le participant a la possibilité d'obtenir des informations supplémentaires concernant cette étude auprès de l'investigateur principal, et ce dans les limites des contraintes du plan de recherche.

Confidentialité des informations : toutes les informations concernant les participants seront conservées de façon anonyme et confidentielle. Le traitement informatique n'est pas nominatif, il n'entre pas de ce fait dans la loi Informatique et Liberté (le droit d'accès et de rectification n'est pas recevable). Cette recherche n'ayant qu'un caractère psychologique, elle n'entre pas de ce fait dans la loi Huriet-Sérusclat concernant la protection des personnes dans la recherche bio-médicale. La transmission des informations concernant le participant pour l'expertise ou pour la publication scientifique sera elle aussi anonyme.

Déontologie et éthique : le promoteur et l'investigateur principal s'engagent à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes les informations concernant le participant (titre I, articles 1, 3, 5 et 6 et titre II, articles 3, 9 et 20 du code de déontologie des psychologues, France).

Fait à le

Signatures : Le participant

L'investigateur principal

SEMAINE DE PREVENTION

Les jeunes et les substances psychoactives: tabac, alcool, cannabis

Bonjour, je suis actuellement étudiante en médecine générale et je réalise une thèse sous la direction du Dr ARIZA. Suite à notre contact téléphonique, je vous adresse ce document de présentation de l'intérêt de la stadification Prochaska et du conseil minimal, évalués dans les questionnaires adressés aux jeunes.

Contexte : La morbidité liée aux substances psychoactives est sérieuse: Le tabac est la première cause de mortalité prématurée, avec plus de 70 000 décès par an. La consommation d'alcool est responsable de 49 000 décès chez les jeunes en 2016 (selon INPES). Enfin le cannabis peut précipiter la survenue de troubles psychiatriques (troubles anxieux, troubles dépressifs, symptômes psychotiques et schizophrénie).

Afin d'accentuer le rôle préventif du médecin et systématiser la discussion sur le sujet des addictions, la mise en place d'une semaine de prévention dédiée aux substances psycho actives chez les adolescents paraissait intéressante.

Déroulement de l'étude, votre rôle.

– **1ère partie sur un mois (1 mars au 31 mars 2020): consistant à laisser les questionnaires anonymes en salle d'attente** auxquels les jeunes de 16 à 25 ans sont libres de répondre. Une affiche de prévention accompagnera ces questionnaires afin de les solliciter. Une enveloppe (N°1) permettra le recueil de ces questionnaires.

– **2ème partie sur 1 semaine (1 au 8 avril 2020): lors de vos consultations avec les jeunes de 16 à 25 ans au cours de cette semaine la, aborder brièvement de façon systématique le sujet de ces substances et s'ils en consomment: délivrer un conseil minimal bref d'aide au sevrage. En fin de consultation les jeunes répondent à un questionnaire.** Une enveloppe (N°2) permettra le recueil de ceci.

A noter: les jeunes participant à la 1ere partie ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux de la seconde partie.

Le questionnaire est le même lors de la première et seconde parties.

Le conseil minimal

Le conseil minimal est une démarche « rapide » d'entretien avec vos patients qui consiste à encourager les tentatives d'arrêt et soutenir le patient dans sa démarche. Je vous présente si dessous quelques exemples d'arguments forts sur l'intérêt de l'arrêt des substances psychoactives et des conseils minimaux pouvant être utilisés en consultation.

Concernant le tabac et le cannabis :

Intérêt du sevrage tabagique: Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. En effet, les risques liés au tabagisme sont partiellement réversibles quand on s'arrête de fumer, quelles qu'aient été la durée et l'intensité de la consommation.

Intérêt du sevrage en cannabis: On note un nouvel équilibre nutritionnel, du sommeil, de la qualité de vie au sevrage du cannabis. Diminution également des troubles anxio-dépressif. (*Selon sevrage cannabis en pratique – iraat*)

Conseil minimal proposé: « est-ce que vous fumez ? » puis « voulez-vous arrêter ? ». Si la réponse est OUI, proposer de vous en parler, une brochure ou un numéro de soutien au sevrage tabagique par exemple. Si la réponse est NON : «on en reparlera plus tard»

Soutien au sevrage: Tabac Info Service : 0 825 309 310; www.tabac-info.net; www.inpes.sante.fr. Drogues Info

Service: 0 800 23 13 13; www.drogues-info-service.fr ; www.drogues.gouv.fr ; Fil santé jeunes 0 800 235 236 ou 01 44 93 30 74 ou www.filssantejeunes.com **Concernant l'alcool:**

Quand considérer un mésusage de l'alcool? Plus de 10 verres par semaine quel que soit le sexe. ATTENTION aux Le Binge drinking : Boire un maximum d'alcool dans un minimum, en moyenne consommation supérieure à 4 verres chez les filles, 5 chez les hommes, lors d'une seule occasion.

Intérêt du sevrage: une consommation abusive entraîne des complications hépatiques, neurologiques, des cancers. De plus, l'alcool reste la deuxième cause de mortalité prématurée (directe et indirecte) en France.

Conseil minimal proposé: «consommez-vous de l'alcool?» puis «quelle est la quantité moyenne d'alcool par jour (ou par semaine)?» «Vous arrive-t-il de consommer plus de 5 verres d'alcool lors d'une même occasion?» Si la consommation apparaît au-delà du seuil de mésusage: Proposer de réduire la quantité totale d'alcool bue par semaine. Si la réponse est NON: «on en reparlera plus tard».

Soutien au sevrage: Alcool info service au 0 980 980 930

Le score de PROCHASKA

Sur les questionnaires, une échelle évalue la situation des jeunes vis-à-vis des substances psychoactives: Le score de PROCHASKA.

Il présente différents stades:

La pré contemplation = non implication, la personne ne remarque pas qu'elle a un problème donc n'a pas l'idée de changer.

- *la contemplation = adhésion à l'information*
- *la préparation = décision d'un changement*
- *l'action = initiation du changement*
- *la maintenance = maintien du changement*
- *La rechute : stade qui peut survenir à n'importe quel moment mais ne veut pas dire qu'on rechute tout en bas. La rechute signifie qu'on revient à un comportement d'un niveau précédent..*

La progression n'est pas forcément linéaire. L'intérêt de ce score est de pouvoir évaluer une éventuelle progression vers le sevrage, au fil des consultations.

La stadification systématique du score de PROCHASKA, est déjà en soi un conseil minimal et participe significativement à la démarche de sevrage.

A RETENIR :

INTERROGER LES PATIENTS SUR LEURS CONSOMMATION DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

ROLE PREVENTIF DU MEDECIN GENERALISTE, INTERET DU CONSEIL MINIMAL

INTERET A TERME DE L'ESSAI : DE STADIFIER LE SCORE DE PROCHASKA SUR L'ENSEMBLE DES DOSSIERS MEDICAUX, A CHAQUE CONSULTATION, POUR UN REEL SUIVI DE LA DEMARCHE VERS LE SEVRAGE.

Pour plus d'information ou en cas de manque de questionnaire me contacter par mail : ou par téléphone :

Merci.

Annexe n° 5 : Courrier formalisant l'action de prévention, adressé aux médecins généralistes

LES JEUNES ET LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

Bonjour, je reviens vers vous afin de vous annoncer que **la semaine de prévention se déroulera en réalité du 29 juin au 5 juillet 2020.**

Une enveloppe pré timbrée N°1 a été mise à votre disposition dans le courrier initial afin de me les renvoyer. L'enveloppe N°2 sera utilisée pour cette 2^{ème} phase.

Au cours de cette semaine votre rôle est essentiel, il s'agit de réaliser de la prévention aux substances psychoactives chez tous les jeunes de 16 à 25 ans venant consulter au cabinet. Ceci par des outils de prévention simple: Le conseil minimal et le stade de Prochaska.

A la suite de cet entretien, un questionnaire, similaire à celui utilisé jusqu' à présent est à faire remplir par chaque jeune.

Le conseil minimal

Le conseil minimal, est une démarche « rapide » d'entretien avec les patients consistant à encourager les tentatives d'arrêt de substances psychoactives et soutenir le patient dans sa démarche. Cette démarche est systématisée. Le principe est simple et est construit sur deux questions :

- 1) « **Consommez-vous une substance psychoactives** », (exemple « Fumez-vous » ?)
- 2) « **Envisagez-vous de l'arrêter ?** » (« Envisagez-vous d'arrêter de fumer » ?)

En cas de réponse négative : Le médecin donne un conseil clair, ferme, sans jugement de valeur, il faut saisir chaque occasion pour en reparler au patient, la décision d'essayer d'arrêter de fumer viendra peut-être plus tard. Le médecin lui fait savoir qu'il peut l'aider s'il le souhaite. Le médecin invite le patient à la réflexion, proposer au patient un document validé sur les méthodes de sevrage (INPES ou autre), les risques, les bénéfices à l'arrêt.

En cas de réponse affirmative : Proposer au patient un document validé sur les méthodes de sevrage (INPES ou autre), les risques, les bénéfices à l'arrêt. Le médecin propose alors une aide plus approfondie, qui sort du cadre proprement dit du conseil minimal. Le médecin planifie avec le patient une consultation spécifique ultérieure où sera fait l'évaluation de la motivation et dont découleront des propositions thérapeutiques et un suivi en fonction du degré de motivation

Si le patient ne consomme pas de SPA, le médecin l'encourage à poursuivre dans cette voie.

Concernant le tabac et le cannabis :

Intérêt du sevrage tabagique: Il n'est jamais trop tard pour arrêter de fumer. En effet, les risques liés au tabagisme sont partiellement réversibles quand on s'arrête de fumer, quelles qu'aient été la durée et l'intensité de la consommation.

Intérêt du sevrage en cannabis: On note un nouvel équilibre nutritionnel, du sommeil, de la qualité de vie au sevrage du cannabis. Diminution également des troubles anxio-dépressif. (Selon sevrage cannabis en pratique – iraat)

Soutient au sevrage: Tabac Info Service : 0 825 309 310; www.tabac-info.net; www.inpes.sante.fr. Drogues Info Service: 0 800 23 13 13; www.drogues-info-service.fr ; www.drogues.gouv.fr ; Fil santé jeunes 0 800 235 236 ou 01 44 93 30 74 ou www.filssantejeunes.com

Concernant l'alcool:

Intérêt du sevrage: une consommation abusive entraîne des complications hépatiques, neurologiques, des cancers.

De plus, l'alcool reste la deuxième cause de mortalité prématurée (directe et indirecte) en France.

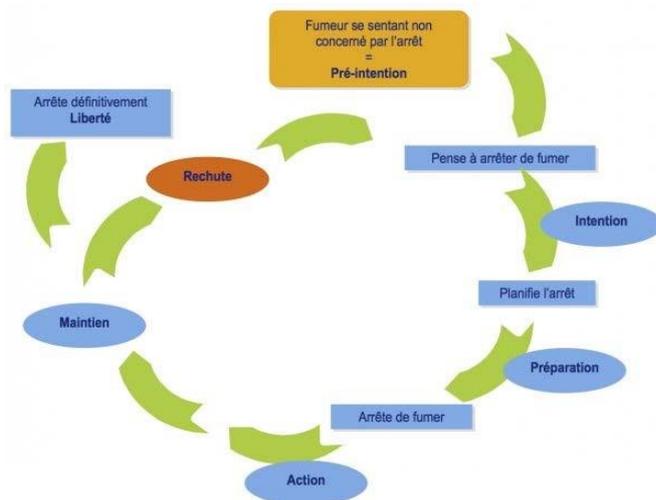
Soutient au sevrage: Alcool info service au 0 980 980 930

Le stade de Prochaska

L'intérêt ici est d'évaluer le comportement du jeune consommateur face aux substances psychoactives afin de l'aider à évoluer vers le sevrage. Cela permet d'adapter le discours et éventuellement fixer de nouveaux objectifs adaptés au patient. Plusieurs stades sont décrits.

- **1er stade** : la précontemplation (non-implication) : La personne ne remarque pas qu'elle a un problème donc n'a pas l'idée de changer. Elle ne va donc pas prendre d'elle-même rendez-vous. Le changement est possible à ce stade, mais est rare et n'est pas durable dans le temps parce que dès que la pression de l'entourage diminue, le patient rebascule dans son état originel.
- **2ème stade** : la contemplation (adhésion à l'information). Le patient reconnaît qu'il a un problème, pèse le pour et le contre du changement, mais n'est pas encore prêt à changer.
- **3ème stade** : la préparation (décision d'un changement). Le patient se prépare à changer, il est moins ambivalent. Il prend la décision effective de changer.
- **4ème stade** : l'action (initiation du changement). Le changement devient réel et on peut l'observer. La personne commence à appliquer les techniques pour changer.
- **5ème stade** : la maintenance (maintien du changement). Quand le patient a changé de comportement, il doit réussir à maintenir son comportement, donc doit résister aux rechutes. C'est le stade de la consolidation de l'abstinence (pour l'addiction) ou du bon comportement (pour les autres pathologies).
- **La rechute** signifie qu'on revient à un comportement d'un niveau précédent. Ce n'est pas par manque de volonté que le patient rechute, mais parce qu'il est tombé dans une « situation piège » ou quand le patient n'était pas assez préparé. Le patient qui rechute reprend au stade de la contemplation.
- **Le dégagement**, on parle de « dégagement » lorsque le comportement sain devient une habitude.

Exemple chez le fumeur :



Pour plus d'information, je suis joignable au (effacés)

Merci de votre participation, Hestia Caron.

RESUME

Introduction : La consommation de substances psychoactives chez les jeunes de 16 à 25 ans est une pratique courante, aux conséquences délétères sur le développement et la santé. La mise en place d'une semaine de prévention dédiée aux adolescents pouvait permettre d'accentuer le rôle préventif du médecin généraliste et de systématiser la discussion sur ce sujet, chez cette population difficile d'accès.

Objectif : Proposer une action de dépistage des addictions par les médecins généralistes chez les adolescents de 16 à 25 ans et évaluer l'impact de son expérimentation selon le stade de Prochaska chez les patients qui en bénéficient.

Méthode : Il s'agit d'une étude interventionnelle prospective multicentrique, réalisée par 34 médecins généralistes de Picardie. Cette étude a comparé la répartition des stades de Prochaska chez des jeunes patients se présentant dans les cabinets recrutés, avec celui d'autres jeunes patients recevant un conseil minimal en consultation par les médecins recrutés. Les médecins étaient formés à ces techniques de prévention par courriers standardisés.

Résultats : 206 jeunes de 16 à 25 ans ont été inclus lors de la phase initiale et 38 jeunes lors de la semaine de prévention. Notre étude retrouvait une tendance au maintien des consommations de substances psychoactives avec 67,5 % des jeunes ayant déjà expérimenté le tabac, 91,3 % l'alcool et 43,2 % le cannabis. Plus alarmant 7,7 % de notre échantillon présentait un usage nocif ou dépendance à l'alcool. Ces chiffres étaient représentatifs de la population française, au risque $\alpha = 5\%$.

Il existait un lien statistiquement significatif entre la dispensation du conseil minimal par le médecin généraliste et l'évolution du stade de Prochaska vers le sevrage ($p < 0,001$) : 23 % des jeunes sont passés au stade de « préparation » après intervention contre 5 % avant intervention.

Conclusion : Cette essai, pragmatique, a montré des résultats probants du conseil minimal délivré en médecine générale sur la motivation des 16-25 ans à arrêter une substance psycho- active. Au vu du manque de recul de notre étude, il serait intéressant d'évaluer l'efficacité du conseil minimal et le suivi de l'évolution du stade de Prochaska à une plus grande échelle et sur une plus longue période.

Mots clé : *Troubles liés à une substance, motivation, essai clinique pragmatique, prévention primaire, médecine générale.*

ABSTRACT

Introduction : Consumption of psychoactive substances among young people aged 16 to 25 is a common practice, with deleterious consequences on the development and health. The establishment of a prevention week dedicated to adolescents could make it possible to accentuate the preventive role of the general practitioner and to systematize the discussion on this subject, in this difficult to access population.

Objectives: Propose a screening action for addictions by general practitioners in adolescents aged 16 to 25 and assess the impact of its experiment according to the Prochaska stages in patients who benefit from it.

Method : This was a multicenter prospective interventional study carried out by 34 general practitioners in Picardy. This study compared the distribution of Prochaska stages among young patients presenting to a physician's office, along with that of other young patients receiving minimal advice in consultation by recruited physicians. Doctors were trained in these prevention techniques through standardized letters.

Results: 206 young people aged 16 to 25 were included during the initial phase and 38 young people during the prevention week. Our study found a tendency to maintain the consumption of psychoactive substances with 67.5 % of young people having already experimented with tobacco, 91.3 % the alcohol and 43.2 % with cannabis. More alarmingly, 7.7 % of our sample show harmful use or dependence on alcohol. It was representative figures of the French population, at risk $\alpha = 5\%$. There was a statistically significant link between the dispensing of minimal advice by the general practitioner and the progression of the Prochaska stages to weaning ($p < 0.001$). One of the major results of our study was that 23 % of young people went to the "preparation" stage after intervention compared to 5 % before intervention.

Conclusion : This pragmatic study showed convincing results from the minimal advice given in general medicine on the motivation of 16-25 years old to stop a psychoactive substance. In view of the lack of perspective of our study, it would be interesting to evaluate the effectiveness of minimal counseling and the monitoring of the evolution of the Prochaska stages on a larger scale and over a longer period.

Keywords : *substance-related disorders, motivation, pragmatic clinical trial, primary prevention, general practice.*