



HAL
open science

Dépistage par les médecins généralistes du Languedoc Roussillon de l'usage de cannabis : état des lieux et analyse des freins : enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé

Renaud Vignet

► **To cite this version:**

Renaud Vignet. Dépistage par les médecins généralistes du Languedoc Roussillon de l'usage de cannabis : état des lieux et analyse des freins : enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-03246448

HAL Id: dumas-03246448

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03246448>

Submitted on 2 Jun 2021

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

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



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

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

VIGNET Renaud

Le 28 Juin 2018

TITRE :

**Dépistage par les médecins généralistes du Languedoc Roussillon
de l'usage de cannabis : Etat des lieux et analyse des freins**

Enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé

Directeur de thèse : Docteur Jean-Marc JACQUET

JURY

Président : Professeur Pascal PERNEY

Asseseurs : Professeur Philippe LAMBERT

Docteur David COSTA

Docteur Jean-Marc JACQUET

UNIVERSITE DE MONTPELLIER
FACULTE DE MEDECINE MONTPELLIER-NIMES

THESE

Pour obtenir le titre de

DOCTEUR EN MEDECINE

Présentée et soutenue publiquement

Par

VIGNET Renaud

Le 28 Juin 2018

TITRE :

**Dépistage par les médecins généralistes du Languedoc Roussillon
de l'usage de cannabis : Etat des lieux et analyse des freins**

Enquête épidémiologique descriptive par questionnaire informatisé

Directeur de thèse : Docteur Jean-Marc JACQUET

JURY

Président : Professeur Pascal PERNEY

Assesseurs : Professeur Philippe LAMBERT

Docteur David COSTA

Docteur Jean-Marc JACQUET

ANNEE UNIVERSITAIRE 2016 - 2017

PERSONNEL ENSEIGNANT

Professeurs Honoraires

ALLIEU Yves	ECHENNE Bernard	NAVARRO Maurice
ALRIC Robert	FABRE Serge	NAVRATIL Henri
AUSSILLOUX Charles	FREREBEAU Philippe	OTHONIEL Jacques
AVEROUS Michel	GALIFER René Benoît	PAGES Michel
AYRAL Guy	GODLEWSKI Guilhem	PEGURET Claude
BAILLAT Xavier	GRASSET Daniel	POUGET Régis
BALDY-MOULINIER Michel	GROLLEAU-RAOUX Robert	PUECH Paul
BALMES Jean-Louis	GUILHOU Jean-Jacques	PUJOL Henri
BALMES Michel	HERTAULT Jean	PUJOL Rémy
BALMES Pierre	HUMEAU Claude	RABISCHONG Pierre
BANSARD Nicole	JAFFIOL Claude	RAMUZ Michel
BAYLET René	JANBON Charles	RIEU Daniel
BILLIARD Michel	JANBON François	RIOUX Jean-Antoine
BLARD Jean-Marie	JARRY Daniel	ROCHFORT Henri
BLAYAC Jean Pierre	JOYEUX Henri	ROUANET DE VIGNE LAVIT
BONNEL François	LABAUGE Robert	Jean Pierre

BOUDET Charles	LAFFARGUE François	SAINT AUBERT Bernard
BOURGEOIS Jean-Marie	LALLEMANT Jean Gabriel	SANCHO-GARNIER Hélène
BRUEL Jean Michel	LAMARQUE Jean-Louis	SANY Jacques
BUREAU Jean-Paul	LAPEYRIE Henri	SENAC Jean-Paul
BRUNET Michel	LESBROS Daniel	SERRE Arlette
CALLIS Albert	LOPEZ François Michel	SIMON Lucien
CANAUD Bernard	LORIOT Jean	SOLASSOL Claude
CASTELNAU Didier	LOUBATIERES Marie Madeleine	SUQUET Pierre
CHAPTAL Paul-André	MAGNAN DE BORNIER Bernard	THEVENET André
CIURANA Albert-Jean	MARY Henri	VIDAL Jacques
CLOT Jacques	MATHIEU-DAUDE Pierre	VISIER Jean Pierre
D'ATHIS Françoise	MEYNADIER Jean-Charles	
DEMAILLE Jacques	MICHEL François-Bernard	
DESCOMPS Bernard	MICHEL Henri	
DIMEGLIO Alain	MIMRAN Albert	
DU CAILAR Jacques	MION Charles	
DUBOIS Jean Bernard	MION Henri	
DUMAS Robert	MIRO Luis	
DUMAZER Romain		

Professeurs Emérites

ARTUS Jean-Claude

BLANC François

BOULENGER Jean-Philippe

BOURREL Gérard

CLAUSTRES Mireille

DEDET Jean-Pierre

DAURES Jean-Pierre

DAUZAT Michel

ELEDJAM Jean-Jacques

GUERRIER Bernard

MAURY Michèle

MILLAT Bertrand

MARES Pierre

MONNIER Louis

PREFAUT Christian

SULTAN Charles

TOUCHON Jacques

Professeurs des Universités - Praticiens Hospitaliers

PU-PH de classe exceptionnelle

ASENCIO Gérard - Chirurgie orthopédique et Traumatologique

BACCINO Eric - Médecine légale et droit de la santé

BONAFE Alain - Radiologie et imagerie médicale

BRINGER Jacques – Doyen - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

CAPDEVILA Xavier - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

COMBE Bernard - Rhumatologie

COSTA Pierre - Urologie

COTTALORDA Jérôme - Chirurgie infantile

CRAMPETTE Louis - Oto-rhino-laryngologie

CRISTOL Jean Paul - Biochimie et biologie moléculaire

DAVY Jean Marc - Cardiologie

DE LA COUSSAYE Jean Emmanuel - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

DELAPORTE Eric - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

DOMERGUE Jacques - Chirurgie générale

DUFFAU Hugues - Neurochirurgie

DUJOLS Pierre - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

ELIAOU Jean François - Immunologie

FABRE Jean Michel - Chirurgie générale

GUILLOT Bernard - Dermato-vénéréologie

HAMAMAH Samir - Biologie et Médecine du développement et de la reproduction ; gynécologie médicale

HEDON Bernard - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

HERISSON Christian - Médecine physique et de réadaptation

JABER Samir - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence (option anesthésiologie réanimation)

JEANDEL Claude Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

JONQUET Olivier - Réanimation ; médecine d'urgence

LANDAIS Paul - Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention

LARREY Dominique - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

MARTY-ANE Charles - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

MERCIER Jacques - Physiologie

MESSNER Patrick - Cardiologie

MOURAD Georges - Néphrologie

PELISSIER Jacques - Médecine physique et de réadaptation

RENARD Eric - Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie médicale

REYNES Jacques - Maladies infectieuses, maladies tropicales

RIBSTEIN Jean - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie

RIPART Jacques - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SCHVED Jean François - Hématologie; Transfusion
TAOUREL Patrice - Radiologie et imagerie médicale
UZIEL Alain - Oto-rhino-laryngologie
VANDE PERRE Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
VOISIN Michel - Pédiatrie

PU-PH de 1^{re} classe

ALBAT Bernard - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
ALRIC Pierre - Chirurgie vasculaire; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
AVIGNON Antoine - Nutrition
AZRIA David - Cancérologie ; radiothérapie
BAGHDADLI Amaria - Pédopsychiatrie ; addictologie
BASTIEN Patrick - Parasitologie et mycologie
BEREGI Jean-Paul - Radiologie et imagerie médicale
BLAIN Hubert - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
BLANC Pierre - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
BORIE Frédéric - Chirurgie digestive
BOULOT Pierre - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale
CANOVAS François - Anatomie
CARTRON Guillaume - Hématologie ; transfusion
CHAMMAS Michel - Chirurgie orthopédique et traumatologique
COLSON Pascal - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
COSTES Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
COUBES Philippe - Neurochirurgie
COURTET Philippe - Psychiatrie d'adultes ; addictologie
CYTEVAL Catherine - Radiologie et imagerie médicale
DAUVILLIERS Yves - Physiologie
DE TAYRAC Renaud - Gynécologie-obstétrique, gynécologie médicale (option gynécologie obstétrique)

DE WAZIERES Benoît - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement
médecine générale, addictologie

DEMARIA Roland - Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire

DEMOLY Pascal - Pneumologie ; addictologie

DEREURE Olivier - Dermatologie - vénéréologie

DROUPY Stéphane - Urologie

FRAPIER Jean-Marc - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

HAMEL Christian - Ophtalmologie

JORGENSEN Christian - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

KLOUCHE Kada - Réanimation ; médecine d'urgence

KOENIG Michel - Génétique moléculaire

KOTZKI Pierre Olivier - Biophysique et médecine nucléaire

LABAUGE Pierre - Neurologie

LAFFONT Isabelle - Médecine physique et de réadaptation

LAVABRE-BERTRAND Thierry - Cytologie et histologie

LE QUELLEC Alain - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine
générale, addictologie

LECLERCQ Florence - Cardiologie

LEFRANT Jean-Yves - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

LEHMANN Sylvain - Biochimie et biologie moléculaire

LEROUX Jean Louis - Rhumatologie

LUMBROSO Serge - Biochimie et Biologie moléculaire

MARIANO-GOULART Denis - Biophysique et médecine nucléaire

MATECKI Stéfan - Physiologie

MAUDELONDE Thierry - Biologie cellulaire

MEUNIER Laurent - Dermato-vénéréologie

MONDAIN Michel - Oto-rhino-laryngologie

MORIN Denis - Pédiatrie

NAVARRO Francis - Chirurgie générale

PAGEAUX Georges-Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PETIT Pierre - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie

PUJOL Jean Louis - Pneumologie ; addictologie

PUJOL Pascal - Biologie cellulaire

QUERE Isabelle - Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option médecine vasculaire)

ROUANET Philippe - Cancérologie ; radiothérapie

SARDA Pierre - Génétique

SOTTO Albert - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

TOUITOU Isabelle - Génétique

TRAN Tu-Anh - Pédiatrie

VERNHET Hélène - Radiologie et imagerie médicale

YCHOU Marc - Cancérologie ; radiothérapie

ZANCA Michel - Biophysique et médecine nucléaire

PU-PH de 2ème classe

AGUILAR MARTINEZ Patricia - Hématologie ; transfusion

ASSENAT Éric - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

BERTHET Jean-Philippe - Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

BOURDIN Arnaud - Pneumologie ; addictologie

CAMBONIE Gilles - Pédiatrie

CAMU William - Neurologie

CANAUD Ludovic - Chirurgie vasculaire ; Médecine Vasculaire

CAPTIER Guillaume - Anatomie

CAYLA Guillaume - Cardiologie

CHANQUES Gérald - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

COLOMBO Pierre-Emmanuel - Cancérologie ; radiothérapie

CORBEAU Pierre - Immunologie

COSTALAT Vincent - Radiologie et imagerie médicale

COULET Bertrand - Chirurgie orthopédique et traumatologique

CUVILLON Philippe - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

DADURE Christophe - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

DE VOS John - Cytologie et histologie

DORANDEU Anne - Médecine légale -

DUCROS Anne - Neurologie -

DUPEYRON Arnaud - Médecine physique et de réadaptation

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

GARREL Renaud - Oto-rhino-laryngologie

GAUJOUX Viala Cécile - Rhumatologie

GENEVIEVE David - Génétique

GODREUIL Sylvain - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

GUILLAUME Sébastien - Urgences et Post urgences psychiatriques -

GUIU Boris - Radiologie et imagerie médicale

HAYOT Maurice - Physiologie

HOUEDE Nadine - Cancérologie ; radiothérapie

KALFA Nicolas - Chirurgie infantile

KOUYOUMDJIAN Pascal - Chirurgie orthopédique et traumatologique

LALLEMANT Benjamin - Oto-rhino-laryngologie

LAVIGNE Jean-Philippe - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

LE MOING Vincent - Maladies infectieuses ; maladies tropicales

LETOUZEY Vincent - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

LUKAS Cédric - Rhumatologie

MAURY Philippe - Chirurgie orthopédique et traumatologique

MORANNE Olivier - Néphrologie

MOREL Jacques - Rhumatologie

NAGOT Nicolas - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication

NOCCA David - Chirurgie digestive

PANARO Fabrizio - Chirurgie générale

PASQUIE Jean-Luc - Cardiologie

PEREZ MARTIN Antonia - Physiologie

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

POUDEROUX Philippe - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

PRUDHOMME Michel - Anatomie

PURPER-OUAKIL Diane - Pédiopsychiatrie ; addictologie
RIGAU Valérie - Anatomie et cytologie pathologiques
RIVIER François Pédiatrie
ROGER Pascal - Anatomie et cytologie pathologiques
ROSSI Jean François - Hématologie ; transfusion
ROUBILLE François - Cardiologie
SEBBANE Mustapha - Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence
SEGNARBIEUX François - Neurochirurgie
SIRVENT Nicolas Pédiatrie
SOLASSOL Jérôme - Biologie cellulaire
SULTAN Ariane - Nutrition
THOUVENOT Éric - Neurologie
THURET Rodolphe - Urologie
VENAIL Frédéric - Oto-rhino-laryngologie
VILLAIN Max - Ophtalmologie
VINCENT Denis - Médecine interne ; gériatrie et biologie du vieillissement, médecine générale, addictologie
VINCENT Thierry - Immunologie
WOJTUSCISZYN Anne - Endocrinologie-diabétologie-nutrition

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

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

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - Médecine générale

AMOUYAL Michel

LAMBERT Philippe

PROFESSEURS ASSOCIES - Médecine Générale

DAVID Michel

RAMBAUD Jacques

PROFESSEUR ASSOCIE - Médecine

BESSIS Didier (Dermato-vénéréologie)

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

Maîtres de Conférences des Universités - Praticiens Hospitaliers

MCU-PH Hors classe

CACHEUX-RATABOUL Valère - Génétique

CARRIERE Christian - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

CHARACHON Sylvie - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

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

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

LACHAUD Laurence - Parasitologie et mycologie

PARIS Françoise - Biologie et médecine du développement et de la reproduction

PRAT Dominique - Anatomie

PUJOL Joseph - Anatomie

RAMOS Jeanne - Anatomie et cytologie pathologiques

RICHARD Bruno - Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

RISPAIL Philippe - Parasitologie et mycologie

SEGONDY Michel - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

MCU-PH de 1^{re} classe

ALLARDET-SERVENT Annick - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

BADIOU Stéphanie - Biochimie et biologie moléculaire
BOUDOUSQ Vincent - Biophysique et médecine nucléaire
BOULLE Nathalie - Biologie cellulaire
BOURGIER Céline - Cancérologie, Radiothérapie
COSSEE Mireille - Génétique Moléculaire
GABELLE DELOUSTAL Audrey - Neurologie
GIANSILY-BLAIZOT Muriel - Hématologie ; transfusion
GIRARDET-BESSIS Anne - Biochimie et biologie moléculaire
GUILPAIN Philippe - Médecine Interne
JUNG Boris - Anesthésie-Réanimation, Médecine d'urgence
LAVIGNE Géraldine - Hématologie ; transfusion
MATHIEU Olivier - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
MENJOT de CHAMPFLEUR Nicolas - Neuroradiologie
PANABIERES Catherine - Biologie cellulaire
PELLESTOR Franck - Cytologie et histologie
PHILIBERT Pascal - Biologie et médecine du développement et de la reproduction
RAVEL Christophe - Parasitologie et mycologie
SCHUSTER-BECK Iris - Physiologie
STERKERS Yvon - Parasitologie et mycologie
STOEBNER Pierre - Dermato-vénéréologie
TUAILLON Edouard - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
YACHOUH Jacques - Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

MCU-PH de 2^{ème} classe

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

MOUZAT Kévin - Biochimie et biologie moléculaire

OLIE Emilie - Psychiatrie Adultes, Addictologie

THEVENIN-RENE Céline - Immunologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - Médecine Générale

COSTA David

FOLCO-LOGNOS Béatrice

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES - Médecine Générale

CLARY Bernard

GARCIA Marc

MILLION Elodie

REBOUL Marie-Catherine

SEGURET Pierre

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Maîtres de Conférences hors classe

BADIA Eric - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

Maîtres de Conférences de classe normale

BECAMEL Carine - Neurosciences

BERNEX Florence - Physiologie

CHAUMONT-DUBEL Séverine - Sciences du médicament et des autres produits de santé

HAZAL Nathalie - Biologie cellulaire

DELABY Constance - Biochimie et biologie moléculaire

GUGLIELMI Laurence - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

HENRY Laurent - Sciences biologiques fondamentales et cliniques

LADRET Véronique - Mathématiques appliquées et applications des mathématiques

LAINE Sébastien - Sciences du Médicament et autres produits de santé

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

PRATICIENS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES

FAILLIE Jean-Luc - Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie clinique ; addictologie
GATINOIS Vincent - Histologie, embryologie et cytogénétique
GOUZI Farès - Physiologie
HERLIN Christian - Chirurgie plastique ; reconstructrice et esthétique ; brûlologie
HERRERO Astrid - Chirurgie générale
KUSTER Nils - Biochimie et biologie moléculaire
MICHON Anne-Laure - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
MURA Thibault - Biostatistiques, informatique médicale et technologies de la communication
PANTEL Alix - Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière
PERS Yves-Marie - Thérapeutique, médecine d'urgence ; addictologie
PINETON DE CHAMBRUN Guillaume - Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie
TORRE Antoine - Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

REMERCIEMENTS

A Monsieur le Professeur Perney :

Tout d'abord merci de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Merci également pour votre disponibilité lors de mes diverses sollicitations, et ce malgré votre emploi du temps chargé. Ce dernier semestre en Addictologie au Grau du Roi aura été l'un de mes tous meilleurs. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Lambert :

Merci de me faire l'honneur de siéger à mon jury de thèse. Merci pour vos remarques constructives lorsque je vous ai présenté ce sujet, et qui m'ont permis d'améliorer ce travail. Recevez l'expression de ma gratitude pour votre grande disponibilité et pour votre implication dans la formation des internes.

A Monsieur le Docteur Costa :

Merci d'avoir accepté de siéger à mon jury de thèse. Votre implication dans le DMG et dans le DU d'entretien motivationnel font de vous un membre de choix pour juger ce travail. Soyez assuré de toute ma reconnaissance.

Au Docteur Jean Marc Jacquet, mon directeur de thèse :

Merci d'avoir accepté de m'accompagner dans ce travail de thèse. Tu as été le directeur parfait pour moi, tu m'as laissé pas mal de liberté et tu as su me recadrer lorsque je m'égarais. Par-dessus tout, tu as été un soutien sans faille malgré les différents obstacles que l'on a rencontré. J'admire ta passion pour notre métier et ta vision très humaine de sa pratique. J'espère avoir été à la hauteur. J'espère surtout que ce travail « sounds good » pour toi. Mille merci

REMERCIEMENTS POUR CE TRAVAIL

Je tiens à remercier tous les médecins généralistes ayant répondu au questionnaire, me permettant ainsi de mener à bien ce travail qui me tenait à cœur.

Je remercie les conseils de l'ordre des médecins de la Lozère, du Gard et de l'Aude pour leur gentillesse et leur aide pour la diffusion du questionnaire.

Je remercie les différents secrétariats des maisons médicales de garde qui ont accepté de diffuser mon questionnaire : Nathalie à Béziers, Lydie à Clermont l'Hérault.

Je remercie également le Dr Jacques Rambaud pour son aide à la diffusion du questionnaire dans les Pyrénées Orientales.

Papa : Merci pour ton aide avec ce diable d'Excell.

Marion : Merci milles fois pour ton aide avec les graphiques. Les tiens étaient bien plus beaux que ceux de Papa 😊. Merci aussi pour ta relecture, tes conseils de mise en page et la correction des fautes. Merci surtout pour ton soutien permanent et tes accès de remotivation qui ont toujours eu de l'effet !

Yasmine : Merci pour ton cours de statistiques sur Messenger sans lequel je n'aurais pu trancher entre un Chi2 de Pearson ou un test de Fischer. Je te dois une bouteille de champagne.

Mélanie : Merci pour ton soutien et ta réassurance permanente. Merci aussi de m'avoir aidé à supprimer les 257 virgules inutiles.

Johnny : Merci pour tes cours à domicile de mise en page.

Mylène : Merci pour ta gentillesse et la rapidité de tes réponses à mes divers mails.

A MA FAMILLE

Maman : Ma chère maman, les lignes qui suivent, je ne te les ai probablement jamais dites de vive voix ou alors pas assez et c'est un de mes plus grands regrets. Tu es probablement le plus bel être humain que je connaisse. Ta gentillesse, ton sourire, ta faculté à toujours faire passer les autres avant soi sont des exemples pour moi. Tu as toujours œuvré pour que Marion et moi soyons heureux et je ne t'en remercierai jamais assez.

Papa : Mon cher papa, je sais que le départ de papi a pu à un moment, te faire réfléchir sur toi-même. Sache que tu es celui qui éclairait mes samedis après-midi quand tu venais me voir jouer au basket. Tu es celui qui me fait préférer la planche à voile, parce que la planche à voile c'est mieux quand tu es à mes côtés (très légèrement derrière 😊). Tu es celui qui a construit un terrain de Basket dans le jardin pour mon dixième anniversaire car c'était mon rêve à l'époque. J'ai grandi depuis et je sais que je peux et je pourrai toujours compter sur toi. J'espère un jour pouvoir apporter tout cela à mes enfants.

A vous deux : Je vous dois tout. Vous m'avez mis dans les meilleures conditions pour évoluer dans la vie. Je mesure chaque jour la chance que j'ai de vous avoir comme parents. J'espère vous rendre fier car vous le méritez. Je vous aime

Marion : Notre relation est une des plus belles choses que j'ai dans la vie. Tu as toujours été là pour moi, dans les bons comme dans les mauvais moments. Je repense aux fois où je me suis cassé le dos et la cheville et je sais que tu referais tout sans la moindre hésitation. Une partie de moi pense parfois ne pas être un petit frère à la hauteur...J'espère un jour pouvoir te rendre tout ce que tu m'as apporté et ce que tu continues à m'apporter. Je t'aime tellement.

Renaud : Je ne m'écris pas de remerciements rassurez-vous. Merci de rendre ma sœur heureuse. Je suis content de t'écrire ces lignes dans la catégorie « famille ». Tu es une belle personne et tu seras un super papa.

Mamie Colette : Mes vacances à Arromanches comptent parmi mes plus beaux souvenirs grâce à toi et papi. Vous avez constamment œuvré pour que notre famille se retrouve et passe du temps ensemble. Je ne pourrais jamais vous remercier assez pour cela. J'aimerais aussi te demander pardon d'avoir triché au scrabble à Noël mais c'était le seul moyen de te battre. Je t'aime

Papi Jean : Tu étais la gentillesse incarnée. J'aurais tellement aimé que tu sois à mes côtés aujourd'hui mais la vie en a décidé autrement. Je t'imagine là-haut avec un bob blanc sur la tête, entre un puzzle et un livre d'histoire. Tu souris. Je t'aime et je ne t'oublierai jamais.

Mamie Marie Louise : Une partie de toi nous as laissé à l'hiver 2014. Tu es la personne la plus forte que j'ai pu connaître. La vie n'a pas toujours été tendre avec toi et je ne t'ai jamais entendu te plaindre, jamais. Je retiens de toi ton sourire quotidien et tes fous rires aux larmes. A chaque fois que je vais à la plage, je nous revois encore dire bonjour au soleil sur celle de St Gilles croix de vie. Je t'aime

Papi André : Maman dit que je tiens beaucoup de toi. Un jour, on se retrouvera et on prendra tout le temps que l'on n'a pas eu.

Roger : Merci de nous avoir offert à Marion et moi un grand père pendant 10 ans.

Marraine / Ma reine : Merci pour ta bienveillance envers moi depuis toutes ces années. Parfois dans un moment de stress, je t'imagine imiter le lapin et ça me calme 😊

Pascal : Merci de rendre marraine heureuse. J'ai un profond respect pour toi et je suis content de compter dans notre famille.

Parrain : J'aime le lien que l'on a même s'il peut s'effriter parfois avec la distance. Je suis tellement content de t'avoir demandé d'être mon parrain il y a 20 ans. **Maryse** : Merci pour ta bonne humeur. On devrait parler allemand plus souvent. **Etienne** : Tu es l'artiste de la famille. Muscle ta voix et tu seras un excellent trappeur 😊

Benjamin : Nos aventures au city stade d'Arromanches sont gravées dans ma mémoire à jamais. Tu es le plus « famille » d'entre nous et on devrait prendre exemple sur toi. Désolé pour toutes ces raclées au goal à goal. **Delphine** : Ta joie de vivre et ta bonne humeur n'ont d'égal dans ce monde. Le sourire continu et communicatif d'Angela en dit long sur vous deux.

Aurélien : Tu es le plus drôle de la famille. Un modèle pour moi. Les repas de famille ne sont pas les mêmes quand tu es là. **Cécile** : J'espère que l'on se reverra très vite car tu me manques. Vos enfants sont plus beaux d'année en année, faudra me dire comment vous faites.

Cacaude : Ma vie a changé lorsque je t'ai vu porter un sac de gravats sur ton épaule alors que l'on devait s'y mettre à deux avec mes amis. Merci pour ta gentillesse permanente. J'espère que tu trouveras un toit dans le sud et que cela nous donnera l'occasion de plus se voir.

Laurent : Passer tout ce temps avec toi il y a 2 ans a été un réel bonheur pour moi. Nous avons beaucoup en commun et j'espère que l'on aura encore plein d'occasions de profiter l'un de l'autre. Je t'aime

Cathy : Gentille, bienveillante et pétillante. Tu es quelqu'un de formidable. J'espère tous vous revoir très vite.

Nina : Arrêtes d'embêter ton frère. **Thomas** : Arrêtes d'embêter ta sœur. Plus sérieusement les cousins, vous êtes deux personnes formidables. Vous êtes jeunes, beaux et d'une gentillesse énorme. Profitez de la chance de vous avoir l'un l'autre. J'ai compris cette leçon quand Marion a quitté la maison...Et sachez que je vous aime fort tous les deux, même à 17 140 kms.

AUX RENCONTRES « PROFESIONNELLES »

Au service d'HGE de Béziers :

Dr Duhamel : Vous avez été mon premier chef de service et j'ai un profond respect pour vous. Merci de m'avoir inculqué l'importance de la sémiologie. **Anne** : Merci de m'avoir transmis le goût de l'addictologie et de m'avoir montré que l'on peut faire de grands diagnostics tout en jouant à Candy Crush. **Yann** : Merci d'être breton. **Mohammed** : Désolé de t'avoir battu au badminton. J'espère que tu t'en es remis depuis. **Roman** : Ce fut un bonheur de t'avoir comme co-interne pour ce premier semestre.

Merci aussi à Ana, Ali, Numéro 1, Numéro 2, et à tout le reste de l'équipe soignante. Vous m'avez offert un premier semestre inoubliable.

Au service de Gynécologie de Carcassonne :

Fanny : Tu es une personne formidable. Ça a été une joie d'être ton interne et c'est toujours un plaisir de te croiser quand tu es de passage à Montpellier. J'espère que l'on gardera contact longtemps. **Julien** : Mon semestre n'aurait pas été le même sans toi.

Merci au reste des médecins, des sages-femmes et du secrétariat pour votre sympathie et votre bonne humeur.

Au service des Urgences du CHU de Nîmes :

Jacques : Mon mentor. Tu incarnes tout ce que j'aime dans la médecine. Plus tard j'aimerais être toi. **Tristan** : J'ai adoré être de garde avec toi. Au-delà de la médecine, merci pour tous tes conseils notamment pour ma dispo. **Nico** : La mère est dite.

Merci aussi à Nadine, Sophie, Billie, Elodie et tous les autres.

Au cabinet Avicenne :

Olivier : Nous avons eu quelques désaccords mais j'ai adoré apprendre la médecine générale à tes côtés. Ton amour pour notre métier et pour tes patients sont des exemples pour moi.

Victoria: Merci pour ta gentillesse et tous tes conseils à chacune de mes sollicitations. Profites bien de ta nouvelle vie de famille, tu le mérites. **Brieuc** : Merci d'être aussi beau. **Bernard** : Merci pour ta bonne humeur et toutes ces longues discussions sur l'anatomie. **Shishi/Jess** : Merci pour votre gentillesse et de m'avoir si bien intégré au cabinet. Je ne manquerai pas de repasser vous voir de temps en temps.

Au cabinet des Conviviales :

Régis : Tu es le médecin qui m'a le plus impressionné de mon internat. J'ai adoré chaque seconde passée en consultation avec toi. Merci. **Laurent** : Tu m'as vite laissé pratiquer seul et a toujours été là en cas de besoin. Merci. **Jess/Julie** : Mon stage n'aurait pas été le même sans vos sourires et votre bonne humeur. Merci pour tout.

Michel P : Tu es un puit de connaissance en médecine générale et je suis content d'avoir pu en profiter 6 mois. Je me rappellerai toujours les visites à domicile en 2cv à travers les vignes du Pouget. Merci

Henri/Riton : J'ai adoré l'homme qui se cache derrière le Maître. Même si je ne partage pas ton amour pour la musique de Mylène Farmer, je suis content que l'on ait gardé contact et j'espère qu'on arrivera à se le faire ce resto avec Thibault.

Sylvie : Grâce à toi j'ai déjà été content de me lever le lundi matin. Même quand tu n'étais pas là sans que je sois au courant ;) Merci pour ta gentillesse et ta pédagogie.

Au Service des Urgences Pédiatriques de Montpellier :

Gael Guyon : Merci pour ta sympathie et de m'avoir appris le syndrome de Marshall. **Brigitte et Michel** : Merci pour votre gentillesse et votre pédagogie pendant ces 6 mois. **Marie J** : On s'est tout de suite bien entendu et j'ai vraiment apprécié être ton interne.

Merci aussi à Mandy, Laura, Séverine, Marielle et les autres.

Au service d'Addictologie du Grau du Roi :

Stéphanie : Merci pour ta bienveillance envers moi pendant le stage. Merci aussi pour tous tes conseils pour la suite. **Julie** : Merci de m'avoir inculqué un peu plus de rigueur dans mon travail.

Pr Alarcon : Cher Professeur, avoir pu assister à vos entretiens avec les patients est le plus grand privilège que j'ai jamais eu. Je réalise bien qu'un tel honneur n'arrive qu'une fois dans une vie. Je tiens encore une fois à m'excuser pour ce jour où, pendant une absence, j'ai osé vous regarder dans les yeux.

Vous êtes tous les trois des passionnés et ça a été un réel plaisir d'être votre interne.

Merci à Camille, Sofia, Sarah et Laure Hélène d'avoir rendu ce semestre si drôle.

Merci également à toute l'équipe soignante dont je ne citerai pas tous les noms car vous êtes beaucoup trop 😊. Merci aussi aux APA/psycho/ergo/psychomot. Vous m'avez offert le meilleur semestre de mon internat !

Au CAPS de Lodève :

Merci pour votre sympathie et votre bonne humeur. Et merci de nous avoir si bien intégré à votre équipe.

A MES AMIS : par ordre chronologique

Aux amis de mes parents et parents de mes amis :

Brigitte et Jean François : Je vous ai toujours considéré comme ma deuxième famille. Surement parce que vous m'avez toujours accueilli à bras ouverts chez vous. Jean François, je pense que mon choix pour la médecine générale vient un peu de toi. **Annie** : Merci pour ta joie de vivre et ton humour. **Patrick** : Je pense que tu seras toujours plus fort que moi en planche à voile. Même à tes 90 ans. **Sylvie et Bernard** : Pour votre sympathie tout simplement. Je suis toujours content de vous voir chaque été à Leucate. **Roselyne** : Pour ta bienveillance. Pour cette BD sur les mères que tu m'as offerte il y a longtemps. Pour tes « c'est quand tu veux Renaud » qui me redonnaient le sourire lorsque j'étais triste de partir de chez vous. **Philippe** : Pour ton humour qui est pour moi une référence. Ton imitation de Christophe me fait encore rire. **Robert** : Tes airs de « dur à cuire » abritent un cœur énorme. Une partie de moi te considérera toujours comme l'homme le plus fort du monde. Même si j'ai vu **Michel** te mettre l'upon sur une plage il y a quelques années. Par la même occasion, j'aimerais dire merci à Michel. **Marie** : Pour ton sourire. J'espère que l'on se reverra un jour. **Yvon** : Pour ta passion. Je regrette de ne pas te connaître plus. J'aimerais un jour m'asseoir avec toi et que tu me racontes le rock 'n roll et ton amour pour les Rolling Stones. **Sophie** : Pour ta folie. Je sais qu'une partie de moi te ressemble beaucoup. **Mimi** : Je regrette que l'on ne se voit plus trop. J'espère du fond du cœur que tu es heureuse.

Aux amis de toujours :

Julien : Mon meilleur ami. Parce que je suis ému à chaque fois que l'on se revoit. Parce que j'aime quand tu m'apprends le rap. Parce que regarder un nanard avec toi représente la soirée parfaite pour moi. J'admire ton intelligence, ton humour, ta passion et ton ouverture d'esprit. J'ai beaucoup appris de toi et j'espère continuer à apprendre longtemps. Je t'aime wesh

Maxime G : Parce qu'on a appris la vie ensemble. Nos chemins se sont séparés depuis mais je te sais heureux à Caen avec Sarah alors je suis heureux aussi.

Sophie : Désolé d'avoir été méchant avec toi quand on était petit. Même si tu pleurais très bien toute seule à l'époque, c'était nul de t'y aider 😊. Je n'ai que de bons souvenirs avec toi depuis qu'on a enterré cette fameuse hache de guerre il y a plus de 10 ans. Merci

Slimane : Tu es vraiment une belle personne et je suis content à chaque fois que l'on se voit.

Merci aussi à Pierre, Pénélope, Antoine et Paul G, Nicolas et les autres.

Au Biévillais :

Kévin : Maternelle, Primaire, collègue puis Lycée, BCBB, Margetshôheim...Merci pour tous ces fous rires depuis nos 3 ans mon petit Franky. **Grand Pic** : Le plus passionné et le plus créatif d'entre nous. C'était toujours un plaisir de t'écouter parler de graff, de musique ou encore de gravure. **Simon** : Tu as toujours été meneur n°1 devant moi salaud 😊 En vrai c'était inspirant de jouer à tes côtés. Hâte de rencontrer ta petite famille. **Clément G** : Merci pour tous tes « Docteur Greeenn ». **Alex** : Parce que tu as changé ma conception du Nutella. **Antoine B** : Je te compte parmi les biévillais hein. Ton histoire de vie est exemplaire. Félicitations pour ton mariage, j'espère pouvoir rencontrer Margaret bientôt. **William** : « hum c'est bon la saucisse ». **Julie A** : Ça m'a vraiment fait plaisir de te revoir lors de mon passage à Nouméa. J'admire la personne que tu es devenue et te souhaite le plus grand des bonheurs dans ton nouveau rôle de maman. **Camille E** : Pour ce check « coup de boule » débile qu'on avait ensemble et parce que jouer avec toi était un régal.

Aux Leucatois :

Joris : Le balafré ! On s'est tout de suite bien entendu et tu m'as toujours fait rire. Je pense que la Sorbonne devrait te donner un diplôme d'appellation car tu es un gars classique, un gars haut d'gamme. **Marie** : Merci pour tous ces moments à Paris ou à Leucate. Je te souhaite plein de bonheur avec Ben et les futurs arrivants. **Yasmine** : Merci pour ta gentillesse que tu m'as encore montré il y a quelques semaines. **Myriam** : Pour ton rire et tes coups de gueule. **Bertrand** : Tu me manques. **André** : Je me souviendrai toujours de cette excursion nocturne au cinéma plein air. **Mathilde** : C'était cool de se voir au Japon. « Guess Ouzbek ». Merci aussi à Gilou, Char, Doudou, Aliénor, Vera, Circé, Aurèle et les autres.

A mes amis de l'externat :

Côme : Mon plus vieil ami dans le sud. Que de souvenirs depuis cette soirée à la fin de la P1 où ton pote m'a gentiment appris le fonctionnement d'un couteau suisse. Je suis content que tu sois revenu parmi nous à Montpellier car tu m'as manqué. On a beaucoup à rattraper !

Damec : Depuis ce voyage aux Etats Unis, tu es l'un de mes meilleurs amis. Dans le top 30 facile quoi ! Je suis tellement content qu'on ait poursuivi nos chemins à Montpellier. J'admire la personne que tu es et je sais que l'on se côtoiera toute la vie.

Keupon : « Oh ça va pardon ! »

Portos : Je voulais écrire des références à tous nos fous rires mais j'ai dû me raviser pour ne pas dépasser la taille de la discussion. Alors merci tout simplement de me faire rire. On dit que rire augmente l'espérance de vie. On pourra débriefer cette théorie autour d'une pinte pour nos 105 ans.

Marco : l....Neeeeeeedddd....Moneeyyyyyy ! Je t'aime même si je regrette un peu le fait qu'on ne rigole pas assez quand on se retrouve. Pis j'ai bien réfléchi et sache que j'accepte d'être le parrain de ton fils à condition qu'on l'appelle Fizz ! Je m'occupe de prévenir Marine.

Tracol : Ruuuudddeeee Boyyyyyy ! Merci pour ta bonne humeur, ton slip, tes blagues et le sommet du Canigou.

Charly : Toutes ces sous colles à essayer de faire marquer Jallet. C'est en grande partie grâce à toi si j'ai pu venir à Montpellier et je ne t'en remercierai jamais assez.

Kekson : Parce que tu es le meilleur faiseur que je connaisse. Ça m'a fait tellement plaisir de te revoir le mois dernier. Faut qu'on remette ça plus souvent.

Toc Toc : Le gars il a un phare ! Tes valeurs, ta joie de vivre, ton habilité sociale et tes trapèzes sont des références. Vivre en colloc avec toi a été un réel bonheur.

Haribo : On s'est connu sur un fou rire dans la salle du 21 avant même de se parler #cestpaslememepH. Tu es quelqu'un d'exceptionnel et ta petite frimousse me manque.

Mimi : Pour ta bonne humeur et la hauteur de tes sauts. Voir ta tronche au réveil me manque terriblement.

Pauline : Pour tous nos fous rires ! Que ce soit dans ton Aygo, à la colloc ou encore à Bonn. J'espère que tu seras heureuse avec ta petite famille en Corse mais je n'en doute pas une seconde.

Surf : Merci d'avoir trouvé la bonne stratégie de prise en charge de ma piqure de vive en Galice.

Walter : Mon premier copain de médecine. C'était un plaisir d'aller avec toi travailler dans la salle du 21 au CHU et de mâchoire à tes côtés.

Gargamel : Tu fais partie des personnes qui m'ont fait le plus marrer. Ton rire doux et suave me manque.

Tony : Le rappeur en folie. A nos barres de rire et nos discussions interminables sur le sport.

Adèle : Merci car c'est grâce à toi que j'ai rencontré la plupart des personnes sus nommées.

Raph : J'espère que tu redeviendras n°1 à l'ATP rapidement.

Juliette : Pourras-tu me rendre ma carte de donneur d'organe la prochaine fois s'il te plait ? Cette blague me fait rire mais fait resurgir en même temps un léger sentiment de honte...

La fef : Y'a de la concurrence niveau déguisement ici à Montpellier mais tu restes le maitre à mon sens.

Elouan : « C'est pas beau ça »

Anaïs : Merci de m'avoir rendu meilleur. J'espère que tu es heureuse là où tu es.

Merci aussi à **Lucile, Ganem, Diane, Manouche, Poulain, Oliv, Yohan, Toub, toute la team Labi** et les autres.

A mes amis d'Erasmus :

Gianluca : My brother. I just want to tell you that you're the most amaz....BAAAAAAAAAAARRR !! I miss you and I love you.

Carmen : You are such a great human being. I hope you manage to find some peace because you deserve it.

Jeff : My brother. I love our story because it shows that friendship isn't a matter of time spent together and proximity. It's just about Jeff. I love you, I miss you and I can't wait to meet Rhonda.

Kike : Thanks for being so kind and so funny. Things are so much better when you're here.

Roberto : Cause seeing a bird taking a shit on your hand was one of the funniest moment in my life. Despite this event, I admire you and I hope to see you soon again.

Mariana : Thanks for being crazy and funny. I would have missed my train without you the last time we met in Barcelona 😊

Sacha : Je ne sais pas trop ce que tu fais de ta vie mais je suis sûr que c'est cool.

Alicia : I miss you so bad...

Carolina : Such a shame that we didn't meet when I came to Porto. Congrat's for your wedding!

Hannah : Buddy. I loved every second we spend together. You've always been kind with me. You taught me how to be more respectful in life, starting with myself. I failed the last part but I promise I'll do better. Thank you so much.

Peter : My first friend in Germany. I'll always remember the Christmas with you in my family.

Vielen Danke an Goettlich, Blow Up, Carpe Noctem, N8schicht, Golden Engel and Basic Burger.

And also **Patri, Béa, Erik, Berta, Svenja, Anya, Fred**, and everybody I could forget...

Thanks to all of you! You made this year the best of my life !

Aux Montpelliérains :

A ma seconde famille :

Fanny : Tu es ma pouffe préférée. Sans toi Carcassonne aurait été une bien autre histoire. Je n'oublierai jamais nos virées entre pouffes, nos apéros dinatoires, nos instants thétounets et tous nos fous rires #cœurenculotte. Tu es la Duracell des biterrois. Merci de faire vivre le groupe. Merci d'être toi. **Sarah** : Notre petit tyran domestique. Merci d'avoir régné sans concession sur la colloc, tu y as apporté organisation, douceur et joie de vivre. Tu es quelqu'un de formidable et tu mérites tout le bonheur du monde. **Simon** : Le gros point positif dans l'arrêt de la colloc est

que je ne te vois désormais qu'avec des vêtements. Merci d'être aussi fou et de me faire rire depuis 5 ans maintenant. Je n'ai toujours pas oublié la blague de la souris d'ordinateur...qui trouvera revanche. **Paul** : Je pense que tu es celui qui me connaît le mieux. Je t'ai souvent sollicité car ton avis a toujours eu une grande importance pour moi et tu as toujours été là. Merci aussi de me rappeler les règles du Risk il le faut.

A mes Biterrois :

Pierre : Meilleure co-interne de la planète. Te voir partir en Suisse me fait mal. Aussi mal qu'un coup de coude dans les dents. **Manon** : Ma deuxième maman. Je suis content que ton père le gériatre ne m'ait pas volé ma lavette. **Floflo** : Pour ton histrionisme qui fait toute ta sympathie. Merci de nous offrir le premier bébé biterrois sur un plateau. **Jess** : Pour tes cordes vocales. J'espère qu'elles se mettront d'accord un jour. **Sarah P** : Pour ta bonne humeur permanente et ton émerveillement devant toutes ces petites choses. Prends soin de mon coco. **Antonia** : Ma cop's de thèse. Merci pour tous tes petits conseils. Je suis vraiment content de te compter parmi les biterrois. **Marion** : Je te pardonne d'avoir préféré Roland Garros à nos trente ans. J'espère que tu trouves ton bonheur à Lyon et que tu arriveras à revenir de temps en temps. **Bruno** : Bruuuuuuuuuuuunnnnnnoooooo

A mes amis depuis l'internat :

Portos : J'ai un couscous à livrer.

D'arcy : Que dire de plus que ce que tu ne sais déjà. J'admire ton intelligence, ta gentillesse, ton humour, tes pizz', ta bienveillance envers tout le monde et ton envie permanente d'être quelqu'un de meilleur. Tu fais partie de ces gens qui élèvent les autres et je suis tellement heureux de te compter parmi mes voisins de palier.

Hugo : Nager avec un Dugong à Chicoutimi, traverser la Nouvelle Calédonie déguisé en ours (même si t'étais pas trop dans le délire) sont parmi les plus beaux souvenirs de ma vie. Merci de m'avoir apporté autant. Tu es mon Elixir.

Sof : Tu es un gars en or et je suis vraiment heureux de t'avoir rencontré. Merci encore de m'avoir proposé d'intégrer le projet à Lodève. Azeyyyyy

Elo : Ma chouchou. Tu as toujours été une oreille attentive quand j'en avais besoin et je t'en remercie du fond du cœur. Reviens nous vite.

Vadeck : Ma douceur Narbonnaise. Je t'aime. Nos repas ensemble le midi me manquent.

Yannis Abdel Jean de la fontaine Karim : Merci pour ta prose. Tu es quelqu'un d'unique et à ta façon, tu me fais grandir. A la base je voulais citer quelques-unes de tes meilleures punchlines mais j'ai eu peur de devoir payer des royal cheese.

Romain : Plus tard tu raconteras à Mathieu ce jour où je t'ai mis cartouche en planche à voile 😊. Gros bécots à la **Momo**. Votre fils sera le pire des beaux gosses !

Jo : De tous les numéros 2 que je connaisse, tu es celui chez qui je préfère passer en coup de vent. Je n'ai aucun doute sur le fait que vous allez être de super parents avec **Zulay**.

Pancho : De notre recherche du sac perdu au concert de Ne, à tous ces magnifiques points de vue du lac d'Annecy. Merci d'être aussi drôle. Merci d'être aussi con. Merci d'être toi.

La Vigou : Pour l'instant tu gagnes le concours de sosie mais je ne m'avoue pas vaincu pour autant.

Stefan : « Tu lui diras qu'c'est fraiiiiiss ». Tu es une des pépites de notre promo. J'écris ces lignes et la coupe du monde commence dans 51h37min...

Chakr : Enooooorrrmmme découverte ! En dehors de cette VNI qui ne marche pas, j'aime tout chez toi. Quand j'ai eu des moments difficiles, tu étais là à me proposer des baskets pour me changer les idées et je t'en remercie du fond du cœur.

Hedi : Merci pour tes « Cheum ! » et toutes tes expressions. J'espère que tu te reconcilieras avec les tee shirts très vite.

Oliv : Derrière ton intelligence et ta gentillesse se cache un homme beau, sculpté par les anges, avec un indice de masse grasse de 2.7% et un tour de biceps qui ferait rougir mes cuisses. J'espère que l'on aura plein d'occasions de se connaître encore plus.

Oday : Ce voyage en Jordanie avec toi est la chose dont je suis le plus fier à ce jour. Tu es quelqu'un d'extraordinaire et j'espère que tu garderas ces valeurs toute ta vie. J'espère surtout que l'on continuera à se voir pendant longtemps.

Kandel/Séverine : Votre vie ressemble à un sans-faute. Vous êtes beaux, sympas, drôles et votre fille est magnifique. Au-delà de tout ça, vous êtes foncièrement gentil et je suis content de vous connaître.

Sofiane : Tic. Je pense que tu es le meilleur punchlineur que j'ai rencontré dans le sud. Je te souhaite tout le bonheur du monde avec Safia à Toulon.

Zaza : Tac. Belle rencontre. Tu es drôle et je pense qu'il y a autant de méchanceté en toi que de facteur de croissance pileuse sur ton crâne.

Flo : On est vraiment fier d'avoir tes fesses en photo sur notre frigo.

Jean Clem : Merci pour tous tes conseils de bricolage et pour ta perceuse à perfo wesh. Vivement les barbeucs chez vous !

Kenel : Je fais le forcing avec Mel pour mettre un portrait de toi dans notre salle à manger, histoire de rehausser toutes les couleurs. Tu passeras le bonjour à la petite chose qui te suit partout.

Fabich : La seule chose qui est plus grande que toi c'est ton humour. Tu me régales à chaque fois que l'on se voit.

Merci également à **Massiat, Bertol, la Marich, Robin, Guigui, Marie, Will, Cécé, Segó, Chakir, Eric, Laurent, Gégé, Sarah M, Marco, Lucie, Cyrielle, Eve, Laura, Marin, Hélène, Pierre P, Nicolas P, Aline, Lucas, Hugo, Adil** et tous ceux que j'ai pu oublier.

Mais aussi :

Yannick : Tu me fais rire et tu es une chouette personne. J'aimerais que l'on se voit plus. Merci de ne pas être médecin 😊

Lucie : Hâte d'être ton padawan de vidéo.

Johnny : Merci de faire rayonner Fanny. Tu es un gars génial et je suis vraiment heureux d'apprendre à te connaître.

Broc Café : Andrea, Mika, Bertille, Pierre et tout le reste de l'équipe. Merci pour vos Vedett, Alaryk et autre chouffe soleil. Merci avant tout pour tous ces bons moments sur votre terrasse extensible.

Mélanie :

Cela va faire 2 mois maintenant que l'on sait que le monde va changer. Je vois la vie différemment depuis. Je vis la vie différemment. Les gros soucis sont devenus insignifiants, les couleurs sont plus claires, le linge plus propre et la nourriture plus douce. Nous allons poursuivre notre apprentissage de la vie à trois. Toi, moi et Lionel.

Je voulais juste te dire que j'aime la vie à tes côtés. Elle est plus douce, plus jolie et plus drôle. J'aime quand tu mets des petites chaussettes en forme de pattes de chat sur le pied des chaises de l'appartement pour éviter qu'ils rayent le parquet. J'aime quand tu me dis en soirée « fais attention en mangeant la salade, les olives ont encore leur noyau », car cette phrase montre toute ta bienveillance envers moi. J'aime que, quand je ris dans mon sommeil, tu essayes de me parler pour savoir de quoi je rigole.

Jour après jour, tu fais de moi un meilleur boxeur. Alors merci d'être là, merci simplement d'être toi. Je t'aime

Table des matières

I.	INTRODUCTION	35
A.	Contexte	35
B.	Demande d'accompagnement en essor	36
C.	Conséquences de la consommation et enjeu de Santé publique	37
D.	Le dépistage en Médecine Générale parait insuffisant	41
E.	Etude	42
II.	MATERIEL ET METHODE	43
A.	Type d'étude	43
B.	Population	43
C.	Questionnaire	43
1.	Création	43
2.	Phase de test	45
D.	Recueil des données	46
E.	Analyse statistique	46
III.	RESULTATS	47
A.	Population	47
1)	Sexe	47
2)	Age	47
3)	Département	48
4)	Milieu d'exercice	48
5)	Niveau de formation en addictologie	49
B.	Epidémiologie	49
C.	Pratique	52
1)	Aspects généraux	52
2)	Recours aux questionnaire et RP-IB	55

3) Structures spécialisées.....	57
D. Syndrome de sevrage.....	60
E. Perspectives	62
IV. DISCUSSION.....	66
A. Population	66
B. Epidémiologie du cannabis	67
C. Pratique.....	68
1. Aspects Généraux	68
2. Recours aux Questionnaires et RP-IB.....	69
3. Structures Spécialisées	72
D. Analyses complémentaires	73
E. Limites de l'étude.....	73
F. Forces et Perspectives.....	74
V. CONCLUSION.....	76
Bibliographie	77
Annexes.....	80
Résumé.....	94

I. INTRODUCTION

A. Contexte

Depuis plusieurs années, le cannabis est la substance illicite la plus consommée dans le monde. En effet, selon le dernier rapport de l'Office des Nations Unies contre la Drogue et le Crime ou UNODC, on estime à 183 millions le nombre d'usagers actuels (au moins une consommation dans l'année écoulée) soit environ 3.8% de la population mondiale, ce qui place le cannabis loin devant les opioïdes (0.7%), les amphétamines (0.4%), les opiacés (0.35%) et la cocaïne (0.35%). La prévalence de la consommation de cannabis n'a pas vraiment évolué sur les deux dernières décennies et n'est que légèrement supérieure à celle mesurée en 1998 (3.4% de la population mondiale). Toutefois en prenant en compte l'accroissement de la population mondiale, le nombre d'usagers actuels dans le monde a augmenté de 28% sur cette même période (1,2).

Cette hausse de la consommation de cannabis s'observe à différents niveaux géographiques, et concerne d'avantage les tranches d'âges les plus jeunes (15-25 ans). Afin d'évaluer cette tendance en Europe, l'EMCDDA (European Monitoring Center for Drugs and Drug Addiction) réalise régulièrement depuis 20 ans des études observationnelles à travers le continent. La dernière en date a pu interroger plus de 95 000 adolescents âgés de 15 à 16 ans répartis dans 35 pays et a permis plusieurs constats alarmants concernant le cannabis. Alors que les chiffres des consommations de tabac et d'alcool sont en diminution sur la période 1995-2005, la prévalence du cannabis a elle augmenté, passant de 11 à 16% pour l'expérimentation (une consommation dans la vie) et de 4 à 7% pour les usagers récents (une consommation dans les 30 jours écoulés). Sur l'étude de 2015, la France se classe deuxième derrière la République Tchèque concernant l'expérimentation avec un taux de 30% et même première en terme d'usagers réguliers, avec un chiffre de 17%. Les moyennes européennes pour ces deux mesures étant respectivement de 16 et 7% (3).

Ces constats s'observent également à l'échelle française, où le nombre de consommateurs de cannabis a fortement augmenté sur les deux dernières décennies, sous l'effet d'une généralisation de l'expérimentation chez les adolescents. En 2014, l'OFDT (Observatoire

Français des Drogues et des Toxicomanies) a réalisé une étude similaire en recrutant tous les jeunes de 17 ans ayant participé à la Journée d'Appel de Préparation à la Défense. On assiste donc aussi en France à un recul des niveaux d'expérimentation du tabac et de l'alcool, avec des baisses respectives de 9 et 5 points entre 2000 et 2014. La diffusion du cannabis quant à elle, apparaît discontinuée sur cette même période, mais avec une tendance générale à la hausse (+2 points) (4). Ainsi à 17 ans, 47.8% des adolescents ont déjà expérimenté le cannabis dans leur vie, un peu plus de 30% en ont consommé dans les 30 derniers jours, 6.5% plus de dix fois dans le mois écoulé et 4% sont des usagers quotidiens ! (5)

Et encore plus localement, d'après le baromètre santé de l'INPES de 2010, le Languedoc Roussillon est premier du classement régional devant l'Île de France et la région PACA, avec 11.5% d'usagers actuels soit 3 points au-dessus de la moyenne française.

B. Demande d'accompagnement en essor

Parallèlement aux chiffres de la consommation, le nombre d'usagers de cannabis en demande de traitement n'a cessé de croître depuis plus de 10 ans. Au niveau européen, on a observé une augmentation de 50% des consultations au titre du cannabis entre 2006 et 2014, concernant principalement les jeunes adultes. En effet, 86% de ces « nouveaux patients » c'est-à-dire qui entrent pour la première fois en traitement pour le cannabis, ont moins de 34 ans, avec un âge moyen de 25 ans (2).

A l'image de la plupart des pays européens, la France enregistre également une forte hausse de ces consultations dont le nombre a quasiment triplé sur la dernière décennie (6). Les CSAPA (Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) créés par la loi ministérielle du 02/01/2002 et qui sont le regroupement des Centres Spécialisés de Soins en Toxicomanie et des Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie, sont les premiers concernés par cette évolution. Dans ces structures dites ambulatoires, à différencier des CSAPA hospitaliers, la répartition des consultations en fonction du « produit posant le plus de problème » a connu de grandes variations durant les années 2000, avec une augmentation de 10 points pour le cannabis alors que la part des opiacés connaît un recul du même ordre (7).

Il faut toutefois souligner que l'augmentation des demandes de traitement pour le cannabis s'explique par différents facteurs et n'est pas exclusivement liée à l'augmentation elle-même du nombre de consommateurs. Tout d'abord, la teneur en Delta-9-THC, principale substance psychoactive du cannabis, n'a cessé d'augmenter au fil des ans. Selon l'OFDT et l'INPS (Institut National de Police Scientifique), elle a doublé entre 2004 et 2013, quelle que soit la présentation du produit (herbe, résine, huile) (8). On peut donc faire l'hypothèse qu'un produit plus « concentré » et donc plus « puissant », entraîne plus de complications et donc puisse motiver des demandes spontanées de patients. Un autre facteur a pu contribuer à expliquer, et certainement dans une plus grande mesure, cette hausse des recours au traitement. Il s'agit des pratiques d'orientation judiciaire, c'est-à-dire des obligations de soin dispensées par la justice à des usagers de drogue interpellés. Ainsi, la pénalisation croissante en France de la consommation de cannabis a logiquement eu pour effet d'augmenter le nombre de personnes admises en traitement (9).

Cependant, en regardant de façon plus précise, année par année, la file active des consultations pour le cannabis dans les différents CSAPAs, on remarque une hausse nette entre 2003 et 2005. Ce pic d'activité peut s'expliquer par la mise en place en 2004 des CJC (Consultations Jeunes Consommateurs), une offre de soins spécifiques dédiés aux jeunes consommateurs, en particulier de cannabis. On peut donc aisément conclure que l'élargissement de l'offre de soin s'est traduit par une hausse des demandes de traitement.

C. Conséquences de la consommation et enjeu de Santé publique

Même si l'addictologie est une discipline relativement récente, il existe de nos jours plusieurs études montrant l'impact de la consommation de cannabis sur la santé. Les conséquences décrites sont nombreuses et variées, et peuvent schématiquement être classées en complications aiguës et chroniques.

Sur le plan somatique, une intoxication aiguë n'aura pas de conséquences engageant le pronostic vital et seuls quelques rares cas de décès ont été rapportés. En effet, la consommation aiguë de cannabis, contrairement à l'alcool et d'autres substances illicites, n'entraîne jamais de surdose mortelle. Cependant, la dangerosité de l'intoxication aiguë réside plus dans ses effets

indirects. L'exemple le plus notable est son implication lors d'accidents de la voie publique, très probablement liés à l'allongement du temps de réaction et/ou aux troubles de la fonction motrice, effets secondaires du cannabis (10).

Les conséquences somatiques d'une intoxication chronique au cannabis sont difficiles à évaluer en raison de son association fréquente avec le tabac. Toutefois, on lui reconnaît des effets propres à différents niveaux de l'organisme :

- Les complications cardio-vasculaires sont essentiellement représentées par un risque accru d'infarctus chez le sujet coronarien, d'accidents ischémiques cérébraux chez les jeunes et un effet arythmogène (11).
- Les complications broncho-pulmonaires sont majorées lorsque le cannabis est consommé avec du tabac. Leur association peut entraîner des exacerbations de pathologie asthmatique, et même être à l'origine du développement de broncho-pneumopathies obstructives et d'emphysème pulmonaire (10).
- L'usage régulier de cannabis est responsable d'une inflammation chronique des muqueuses de la sphère ORL et peut favoriser l'apparition de gingivite, uvulite et stomatite nicotinique.
- Les complications digestives, quant à elle, sont moins connues et plus rares, avec notamment le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde ou syndrome de la douche chaude. Ce dernier, sous diagnostiqué, se caractérise par des épisodes périodiques de douleur épigastrique brutale pouvant mimer une pancréatite, associée à des nausées et des vomissements. La crise est alors très souvent soulagée par la prise d'un bain chaud et la guérison vient après un sevrage complet en cannabis (12).
- D'un point de vue gynécologique, la consommation chronique de cannabis entraîne des perturbations du cycle menstruel et de l'ovogénèse, ainsi que des anomalies d'implantation embryonnaire. Chez les hommes, elle est responsable d'une altération de la qualité du sperme avec oligo- et tératospermie, mais aussi de trouble de la fonction sexuelle (diminution de la libido, trouble de l'érection et de l'éjaculation).
- Enfin, des complications somatiques liées au sevrage peuvent apparaître chez les sujets les plus dépendants au cannabis. Les signes psychiques les plus fréquemment rencontrés sont une irritabilité, de l'anxiété et une insomnie. A ces derniers peuvent s'ajouter des

signes physiques tels qu'une perte d'appétit avec parfois amaigrissement, des épigastralgies, de la fièvre et des céphalées (13).

Sur le plan psychiatrique, une intoxication aiguë entraîne de façon quasi systématique une « ivresse cannabique », un syndrome associant euphorie, modification des perceptions sensorielles avec hyperesthésie et même parfois hallucinations, et pouvant aller jusqu'à un état de dépersonnalisation et de modification du vécu corporel. On reconnaît au cannabis un rôle anxiolytique certain à court terme. Cependant il peut aussi induire de façon paradoxale un véritable tableau d'angoisse aiguë, voire même une attaque de panique, qui est la complication psychiatrique la plus fréquemment décrite.

Le lien entre cannabis et troubles de l'humeur est controversé. Le cannabis posséderait un effet antidépresseur, voire même hypomaniaque, mais également un rôle dépressogène plus modeste, lorsqu'il est consommé de façon précoce et régulière.

Concernant les troubles psychotiques, le cannabis peut être à l'origine de décompensation aiguë à type d'épisode délirant avec hallucinations visuelles et trouble du comportement, appelé pharmacopsychose ou psychose cannabique aiguë. Cela reste toutefois un trouble peu fréquent et d'évolution brève. Quant à la schizophrénie, le cannabis peut accélérer l'entrée dans la maladie chez les patients les plus vulnérables. Selon une étude néozélandaise datant de 2002, une consommation initiée avant l'âge de 15 ans entraînerait un risque multiplié par 4 de développer une schizophrénie. Le cannabis serait également un facteur de mauvais pronostic sur l'évolution du trouble avec d'avantage d'hospitalisations dues à une plus mauvaise observance, une désinsertion sociale plus importante, ainsi qu'une tendance suicidaire plus marquée (14).

Les retentissements de la consommation de cannabis **sur le plan cognitif** sont de mieux en mieux décrits, même si les mécanismes physiopathologiques exacts restent encore mal compris. Ainsi une intoxication aiguë provoquerait des altérations cognitives pendant la durée de l'intoxication, concernant principalement l'attention, la concentration, la mémoire de travail et les processus d'apprentissage. Les études portant sur les conséquences cognitives de l'intoxication chronique sont nombreuses, mais montrent une grande variabilité de leurs résultats. Toutefois, une étude prospective néozélandaise a été réalisée sur une cohorte de plus de 1000 enfants et a permis d'étudier leur fonctionnement neurocognitif sur plus de 20 ans. Les résultats ont mis en évidence une diminution moyenne de 8 points au test du QI chez les sujets dépendants et ayant débuté leur consommation avant l'âge de 18 ans. De plus, il a été constaté

une association significative entre une intoxication précoce (avant 15 ans) et une altération plus importante de certaines fonctions cognitives (fonctions attentionnelles et exécutives, mémoire de travail) (15).

D'un point de vue addictologique, même si elle a longtemps été débattue, la dépendance au cannabis est bien reconnue et intéresse entre 5 et 10% des expérimentateurs en fonction des études. Elle se caractérise par l'apparition d'une accoutumance avec nécessité d'augmenter les doses, de symptômes de sevrage après une abstinence prolongée, et de l'impossibilité d'arrêter la consommation tout en ayant connaissance des dommages qu'elle entraîne. Les facteurs de risque de dépendance sont un âge jeune, une consommation solitaire, un échec scolaire et les comorbidités psychiatriques.

Il existe depuis plusieurs années de nombreux débats autour du pouvoir inducteur du cannabis, et de son risque d'escalade vers d'autres drogues. Cet effet « Gateway » stipule que l'usage de tabac et d'alcool va évoluer vers une consommation de cannabis qui entrainera elle, un usage d'autres substances illicites telles que les opiacés ou la cocaïne. Ainsi de nombreuses études ont montré qu'un usage régulier de cannabis était associé à un risque accru de consommation d'autres drogues, renforçant cette hypothèse de « porte d'entrée ». Il faut cependant nuancer ces résultats en raison des autres mécanismes intervenant dans ces processus de consommation (facteur de risques environnementaux, psychologique, neurobiologiques, génétiques...).

Sur le plan social, une consommation régulière de cannabis affecte différentes sphères de la vie personnelle et professionnelle et peut avoir de lourdes conséquences, notamment lorsqu'elle est débutée précocement. Une revue de la littérature parue dans le Lancet en 2004 et portant sur le devenir psychosocial des usagers de moins de 25 ans, a montré une association entre la consommation de cannabis et une durée d'étude plus réduite ainsi qu'un plus fort taux d'abandon scolaire (16). A terme, un usage problématique non soigné peut conduire à des situations d'isolement social, de marginalisation, voire même de paupérisation.

Cette liste non exhaustive de complications de la consommation de cannabis, qu'elles soient aiguës ou chroniques, renforce donc l'intérêt du dépistage. De manière encore plus générale, l'existence de retentissements à la fois individuel et sociétal, avec en parallèle l'augmentation de la prévalence du trouble, font de ce dépistage un véritable enjeu de santé publique, où le

médecin généraliste en tant qu'acteur de soins primaires et très souvent en première ligne du parcours de soin, doit avoir un rôle à jouer. C'est dans cette optique que la Société Française de Santé Publique place le repérage précoce des troubles de l'usage du cannabis, au même titre que l'alcool et d'autres comportements à risque, parmi les missions de santé publique de la médecine générale (17).

D. Le dépistage en Médecine Générale paraît insuffisant

Alors que les pratiques de dépistage et de prise en charge pour le tabac et l'alcool sont depuis plusieurs années maintenant, bien codifiées et intégrées à la pratique de la médecine générale, celles concernant le cannabis semblent plus floues et donc moins répandues. L'équipe du docteur Karila a réalisé en 2011 une vaste étude téléphonique en partenariat avec l'INPES afin de faire un état des lieux du repérage des conduites addictives en médecine générale. Tout d'abord, la quasi-totalité des médecins interrogés (96%) considèrent que la consommation de cannabis entraîne des risques importants pour la santé. Toutefois, cette perception négative du cannabis ne se retrouve pas dans la pratique car seuls 8% d'entre eux abordent la question du cannabis de façon systématique, alors que près des deux tiers (63.2%) le font pour le tabac. Ils sont même 26% à déclarer ne jamais poser la question de la consommation de cannabis de leur propre chef ou uniquement à la demande du patient, alors que cela concerne moins de 5% des sondés pour les problématiques de tabac et d'alcool. Quant aux questionnaires standardisés et autres outils d'aide au repérage des consommations, leur utilisation apparaît marginale pour le cannabis et concerne seulement 2% des médecins, versus 34% et 12.9% pour le tabac et l'alcool (18).

Une étude complémentaire a également été réalisée sur le thème des addictions mais en sondant cette fois-ci la population générale. Et 85% des répondants estiment que le « médecin généraliste serait dans son rôle en abordant la question de la consommation de cannabis et d'autres drogues illicites ». Ce dernier est même désigné comme le « meilleur interlocuteur » concernant les problèmes d'addictions, devant les « centres spécialisés » et les « médecins spécialistes ».

Cet « effacement » apparent des médecins généralistes à dépister la consommation de cannabis contraste donc avec la confiance de la population générale et la légitimité qu'elle leur accorde à aborder ces questions (19).

E. Etude

Ce tableau liminaire fait donc ressortir un contraste important entre des chiffres de consommation élevés, une demande d'accompagnement croissante et une certaine « frilosité » des médecins généraliste vis-à-vis de leur rôle de dépistage, quand bien même le public leur fait confiance sur la problématique des addictions.

Cette carence dans le repérage des consommations de cannabis est multifactorielle. Dans la littérature, les freins au dépistage les plus souvent exposés sont le manque de formation et de temps, le sentiment d'isolement du médecin généraliste, la faible prévalence du trouble et l'absence d'instruments de repérage validés. En parcourant le répertoire national des thèses, nous avons également trouvé plusieurs travaux sur le sujet. Ceux ayant étudié spécifiquement les limites du dépistage de l'usage de cannabis ont pour la plupart utilisé une méthode qualitative et retrouvent en partie ces mêmes freins.

Nous avons donc voulu étudier le dépistage de l'usage du cannabis en médecine générale dans le Languedoc Roussillon, afin d'en identifier des freins éventuels. Nous avons choisi une méthode quantitative pour deux raisons principales : tout d'abord afin de proposer un état des lieux des pratiques de dépistage dans la région, mais surtout afin de pouvoir réaliser une information auprès des médecins répondants. En effet, le désir de formation des médecins sur le thème des addictions est fréquemment évoqué dans les études mais malheureusement rarement suivi d'effet (20). Avec un questionnaire informatisé comme base de travail, nous avons la possibilité de diffuser des notes d'information à destination des médecins généralistes. Ainsi en parcourant le questionnaire, chaque médecin pourrait tirer un bénéfice supplémentaire autre que la « simple » évaluation de sa pratique.

II. MATERIEL ET METHODE

A. Type d'étude

Il s'agit d'une étude épidémiologique observationnelle, descriptive, transversale et quantitative, réalisée à l'aide d'un questionnaire informatisé.

L'objectif principal était d'identifier des freins au dépistage de l'usage de cannabis en médecine générale dans le Languedoc Roussillon.

Les objectifs secondaires étaient de proposer un état des lieux des pratiques en terme de dépistage et de prise en charge du trouble, ainsi que d'évaluer l'intérêt d'un questionnaire informatif sur le thème du cannabis.

B. Population

Notre étude visait les médecins généralistes thésés et installés en cabinet seul ou en groupe, dans le Languedoc Roussillon. En revanche, nous avons décidé de ne pas inclure les médecins remplaçants n'ayant pas validé leur DES de médecine générale. Nous avons également choisi de ne pas travailler sur toute la région Occitanie mais de nous concentrer sur la zone géographique du Languedoc Roussillon, composée des cinq départements suivants : Lozère, Gard, Hérault, Aude et Pyrénées Orientales.

C. Questionnaire

1. Création

Nous avons réalisé un questionnaire informatisé à l'aide de la plateforme «Google Forms» afin de permettre sa diffusion par mail. Il s'agit plus précisément d'un auto questionnaire dont l'élaboration aura duré 3 mois. Comme écrit dans la première partie, nous avons voulu à la fois

explorer certains freins au dépistage retranscrits dans la littérature française, mais aussi effectuer une intervention concernant certains d'entre eux. L'objectif étant de délivrer aux médecins répondants des informations qui puissent s'avérer utiles dans leur pratique, le désir de formation de ces derniers ressortant souvent dans les études. Pour la rédaction de ces notes, nous nous sommes basés sur la conduite à tenir publiée en 2015 par l'équipe du Dr Karila dans la Presse Médicale et relayée dans la revue Exercer, et qui place le médecin généraliste au cœur de la prise en charge (21).

Nous avons choisi de nous focaliser sur trois des principaux freins connus à savoir la faible prévalence du trouble dans la file active de la médecine générale, l'absence d'outils d'aide au repérage validés et le sentiment d'isolement du médecin généraliste. La version définitive du questionnaire s'articule en 8 parties (voir Annexes).

La première partie visait à étudier les caractéristiques de la population cible avec des questions sur le sexe, l'âge, le département, le milieu d'exercice (ville, semi rural et rural) ainsi que sur le niveau de formation en addictologie (nulle, expérience, formation ponctuelle et diplômes universitaires). La dernière question de cette partie était une question isolée, d'ordre plus général et concernait le rôle du médecin généraliste dans le dépistage de la consommation de cannabis.

La seconde partie était composée de questions épidémiologiques sur la consommation de cannabis en France, basées sur le dernier rapport de l'OFDT. Nous avons également fourni les réponses à ces questions afin que chaque répondant puisse voir s'il ou elle avait sous ou surestimé la prévalence du trouble. Le but de cette section était uniquement informatif.

La troisième partie s'intéressait à la pratique des médecins généralistes en terme de dépistage de l'usage de cannabis.

La quatrième partie visait à explorer l'utilisation des questionnaires d'aide au repérage de la consommation de cannabis et de l'outil de Repérage Précoce et Intervention Brève (RPIB) mis en place par l'HAS et plébiscité dans plusieurs campagnes de santé publique comme notamment dans la Mission Interministérielle de Lutte contre les drogues et les Conduites Addictives 2013-2017. En cas de non utilisation de ces derniers, des questions supplémentaires apparaissaient afin d'en analyser les raisons. Cette partie se terminait par une note écrite comportant des informations sur le Cannabis Abuse Screening Test, le questionnaire le plus répandu pour le

dépistage des Trouble de l'Usage de Cannabis (TLUC), sur le RPIB ainsi que des liens internet afin de se les procurer.

La cinquième partie était à vocation informative et concernait le syndrome de sevrage en cannabis.

La sixième partie voulait étudier le sentiment d'isolement des médecins généralistes et notamment leur connaissance ou non de structures spécialisées près de leur lieu d'exercice sur lesquelles s'appuyer en cas de besoin. Une note d'information avec une liste de ces structures (CSAPA, ANPAA, consultation hospitalière d'addictologie) a également été mise à disposition des répondants en fin de section.

La septième partie s'intéressait aux perspectives des médecins généralistes concernant la prise en charge de la consommation de cannabis, à savoir s'ils pensaient pouvoir améliorer leur pratique en matière de dépistage du trouble et s'ils seraient favorables ou non à une formation ponctuelle dans le cadre de la Formation Médicale Continue (FMC) sur le thème du cannabis. Enfin, nous avons voulu approcher le ressenti des répondants vis-à-vis du caractère informatif du questionnaire. S'agissant d'une variable qualitative, nous avons donc utilisé un modèle d'échelle graduée de Lickert où chaque médecin pouvait donner une note allant de 0 à 10.

La dernière partie était une note de conclusion qui reprenait les informations les plus importantes du questionnaire. Un espace de commentaire libre était également mis à disposition des médecins.

2. Phase de test

Avant d'entreprendre la diffusion du questionnaire, nous avons voulu le tester sur un groupe représentant environ 10% des réponses attendues soit 12 personnes, afin de valider sa faisabilité. Ces 12 personnes étaient des médecins généralistes installés, seuls 3 d'entre eux n'exerçaient pas dans la région. Cette phase de test a été concluante, et a abouti à des adaptations minimales du questionnaire : changement de syntaxe dans deux questions, ajout d'une possibilité de réponse dans une autre et insertion de lien hypertexte supplémentaire dans une note d'information.

D. Recueil des données

Nous avons envoyé le questionnaire à l'Union Régional des Professionnels de Santé (URPS) le 01/06/2017 afin de le soumettre en commission pour sa diffusion. Malheureusement après examen, la commission n'a pas souhaité valider la diffusion. Après discussion avec mon directeur de thèse, nous avons tout de même décidé de le diffuser par nos propres moyens.

La diffusion dans le Gard, l'Aude et la Lozère a été réalisé via leur conseil de l'ordre des médecins respectif. La diffusion dans l'Hérault s'est faite grâce aux mailing list des maisons médicales de Montpellier, Clermont l'Hérault, Sète et Béziers. La diffusion dans les Pyrénées Orientales n'aurait pas été possible sans l'aide du Docteur Jacques Rambaud qui nous a donné accès à la mailing list de la maison médicale de Perpignan.

Le recueil de donnée a été réalisé sur la période allant du 4 Janvier 2018 au 9 Avril 2018. Seuls les questionnaires entièrement remplis ont été comptabilisés.

E. Analyse statistique

Elle a été réalisée via les logiciels « Google Sheets » et le logiciel « Excell ».

L'analyse statistique était descriptive. La description des différentes variables a été réalisée en utilisant des pourcentages. Une analyse statistique complémentaire a été réalisée dans un second temps sur deux variables et a utilisé un test Chi2 de Pearson (voir Discussion).

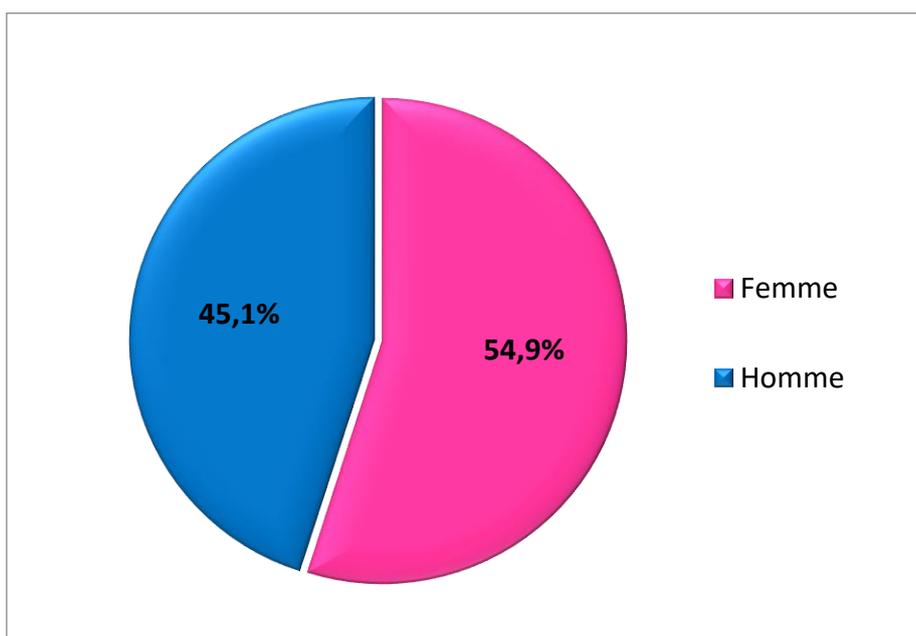
III. RESULTATS

Au 9 Avril 2018, le questionnaire avait été envoyé à 1696 médecins généralistes installés dans le Languedoc Roussillon. 162 réponses ont été collectées représentant un taux de participation global de 9,55%.

A. Population

1) Sexe

Parmi les 162 répondants : 89 étaient des femmes (54,9%) et 73 des hommes (45,1%).

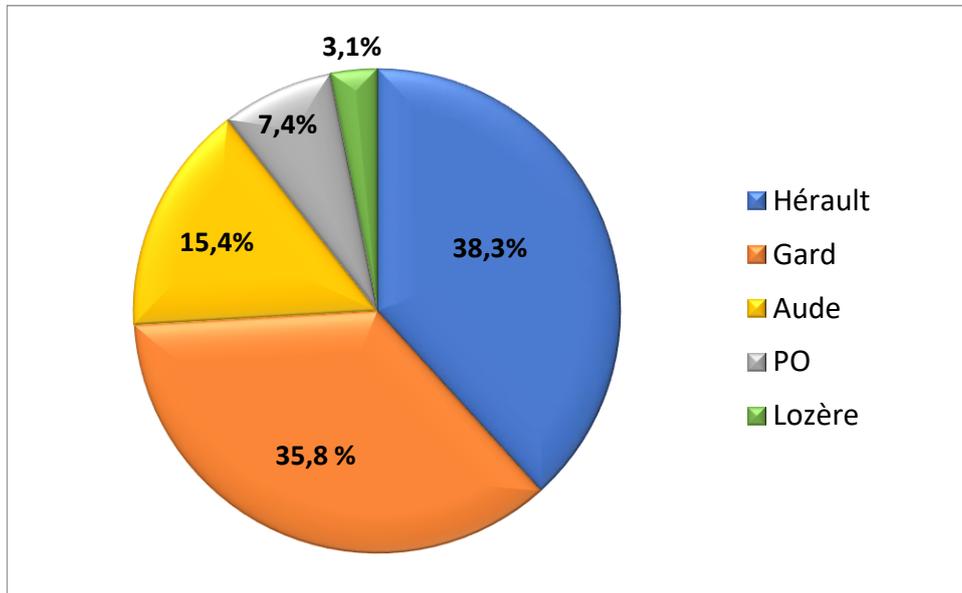


2) Age

L'âge moyen était de 45,74 ans. La médiane était de 45 ans, avec un âge minimal de 28 ans et un maximal de 69 ans.

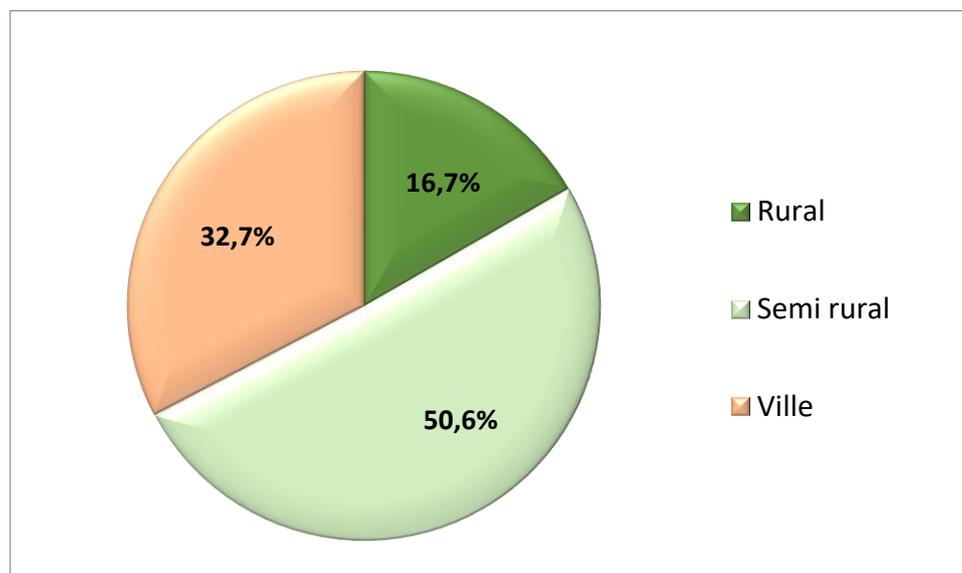
3) Département

Parmi les répondants : 62 étaient installés dans l'Hérault (38,3%), 25 dans l'Aude (15,4%), 58 dans le Gard (35,8%), 12 dans les Pyrénées Orientales (7,4%) et 5 en Lozère (3,1%).



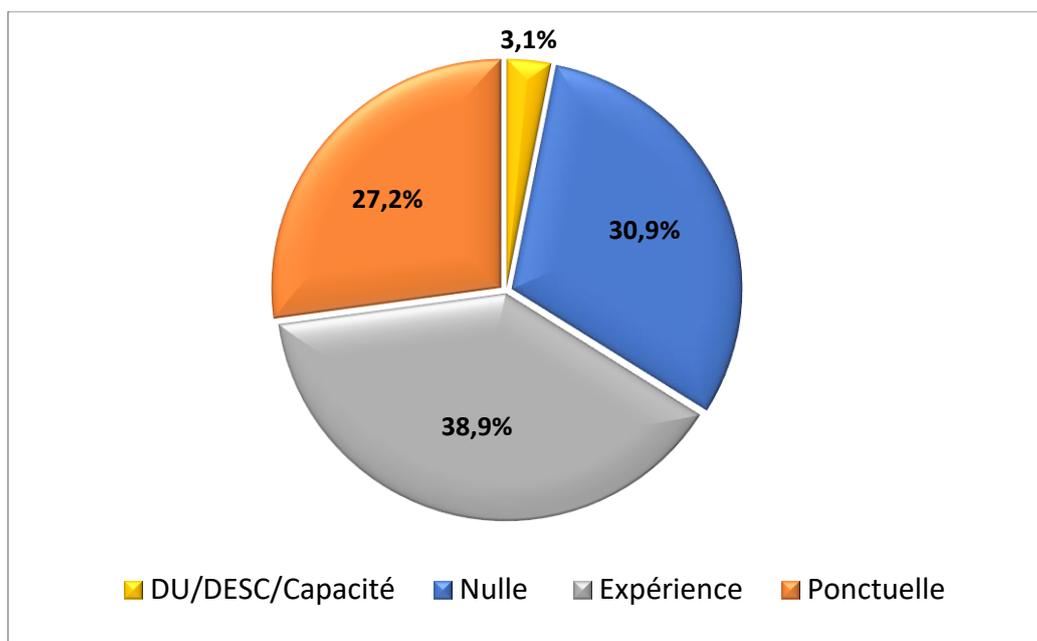
4) Milieu d'exercice

Sur les 162 médecins répondants : 53 exerçaient en ville (32,7%), 82 en semi rural (50,6%) et 27 en milieu rural (16,7%).



5) Niveau de formation en addictologie

Nous avons interrogé les médecins généralistes sur leur niveau de formation en addictologie que nous avons classé en 4 catégories. Ainsi, 50 d'entre eux n'avaient aucune formation en addictologie (30,9%) et 63 déclaraient une formation « sur le tas ». Tandis que 44 avaient reçu un enseignement ponctuel dans le cadre de la FMC (27,2%) et 5 disposaient d'un diplôme spécialisant de type diplôme universitaire ou capacité (3,1%).



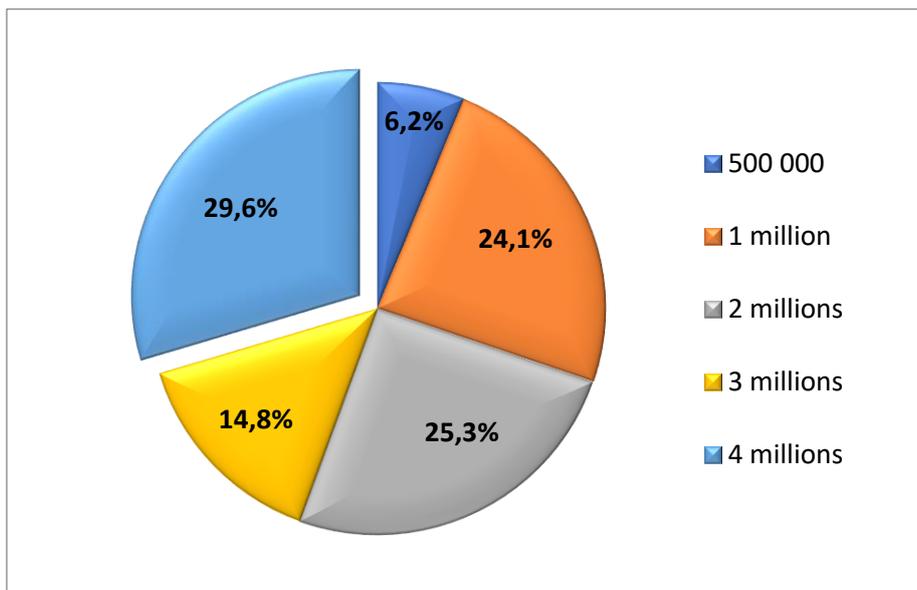
B. Epidémiologie

Nous avons interrogé les médecins sur leur connaissance des prévalences en France des différentes fréquences d'usage de cannabis. Pour rappel :

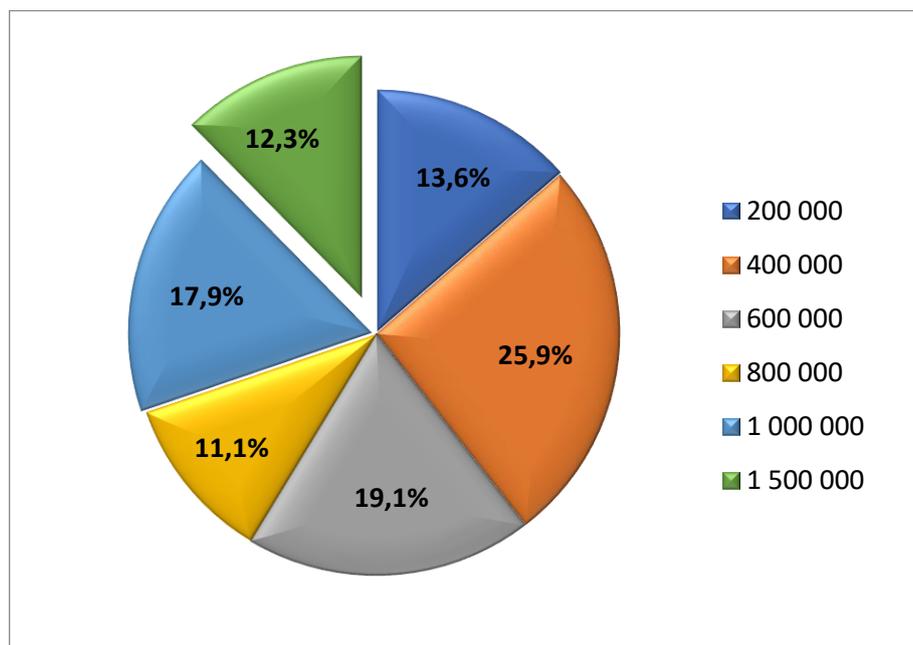
- Expérimentation : consommation au moins 1 fois dans la vie
- Usage actuel : consommation au moins 1 fois dans les 12 derniers mois
- Usage récent : consommation au moins 1 fois dans les 30 derniers jours
- Usage régulier : consommation au moins 10 fois dans les 30 derniers jours
- Usage quotidien : consommation au moins 1 fois par jour

Nous nous sommes basés sur l'enquête ESCAPAD réalisée en 2014 par l'OFDT et avons opté pour des questions à choix unique. La bonne réponse à chaque question est représentée par un croissant isolé du reste du graphique.

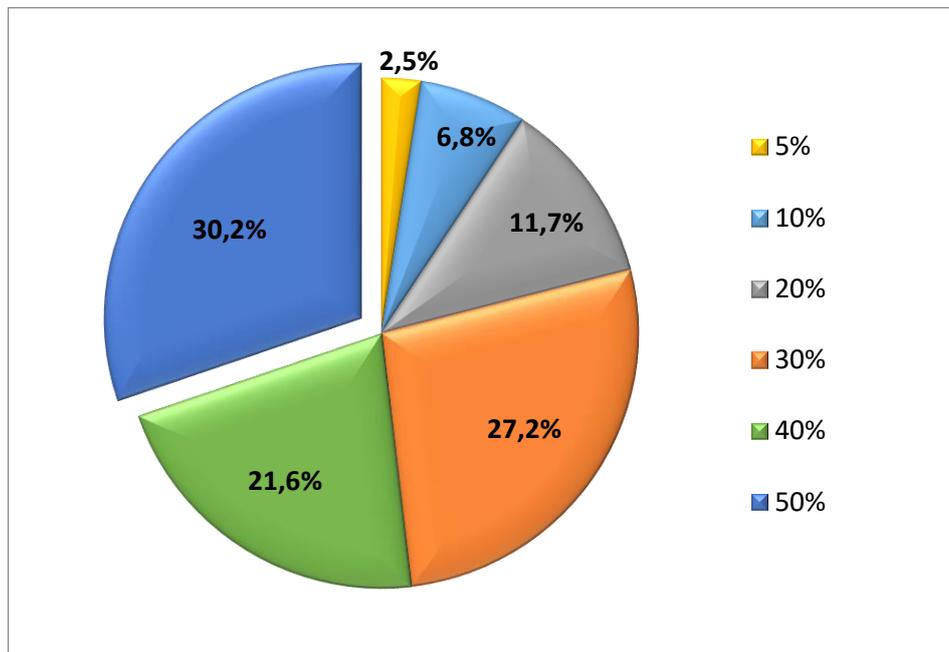
- **Selon vous, combien de personnes en France dans la tranche 15 - 74 ans déclarent une consommation de cannabis dans l'année écoulée ?**



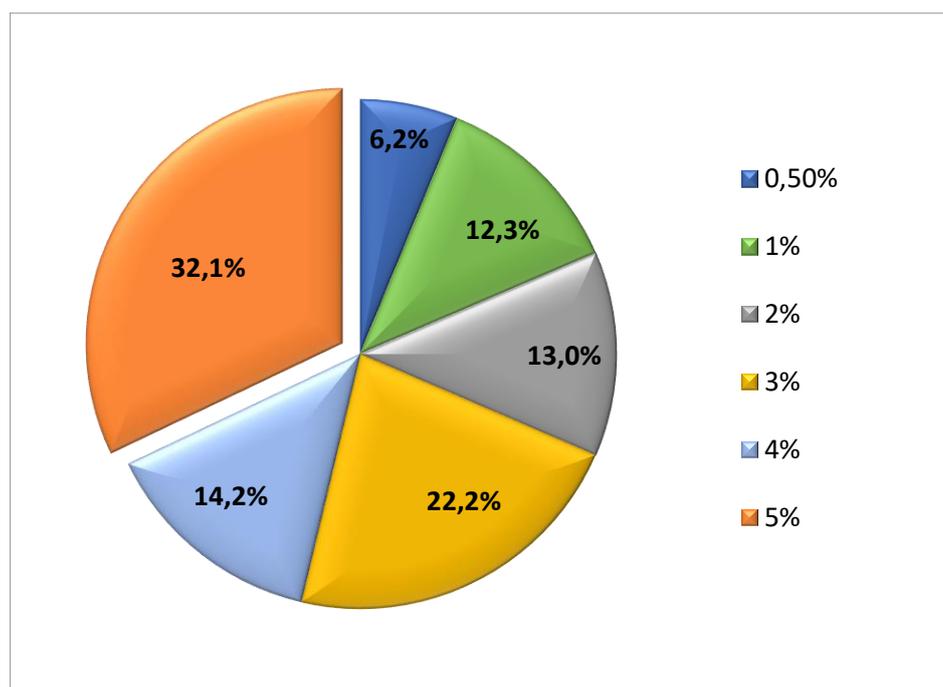
- **Selon vous, combien de personnes en France, dans la tranche des 15-74 ans, déclarent au moins 10 consommations de cannabis dans le mois écoulé ?**



- Selon vous, combien d'adolescents de 17 ans en France, déclarent avoir expérimenté le cannabis au moins une fois dans leur vie ?



- Selon vous, combien d'adolescents de 17 ans en France, déclarent une consommation quotidienne de cannabis ?

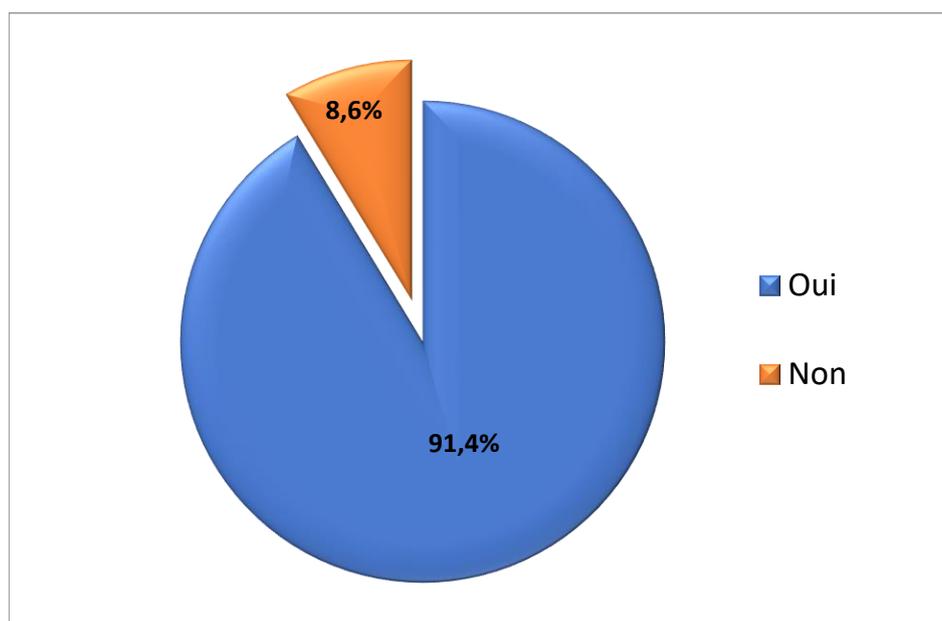


C. Pratique

1) Aspects généraux

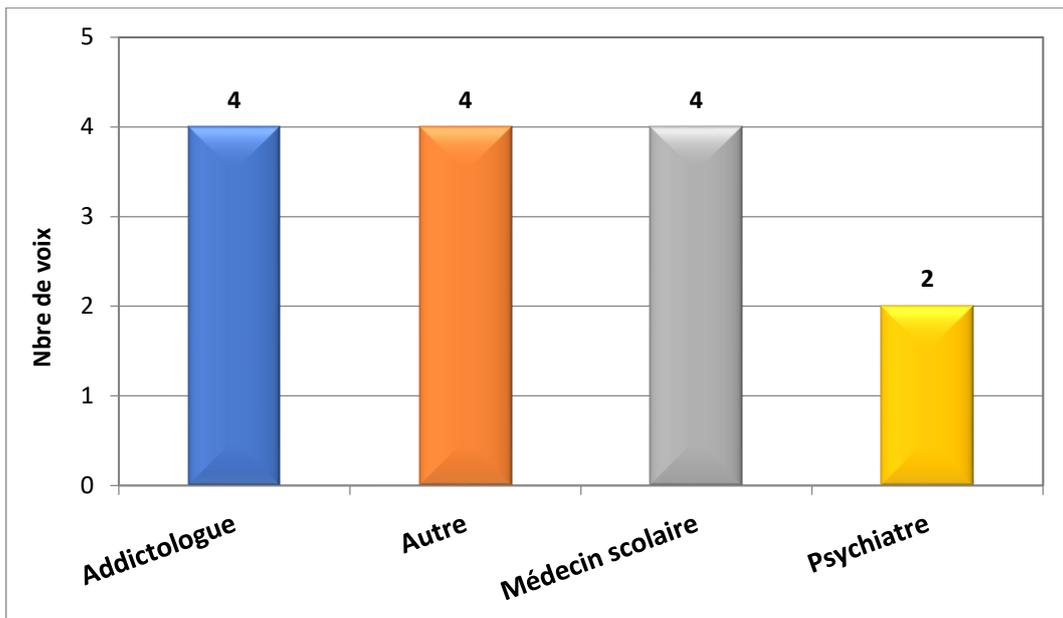
- **Pensez-vous que le médecin généraliste ait un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge de l'usage de cannabis ?**

Une grande majorité des répondants confère au médecin généraliste un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge de l'usage de cannabis.



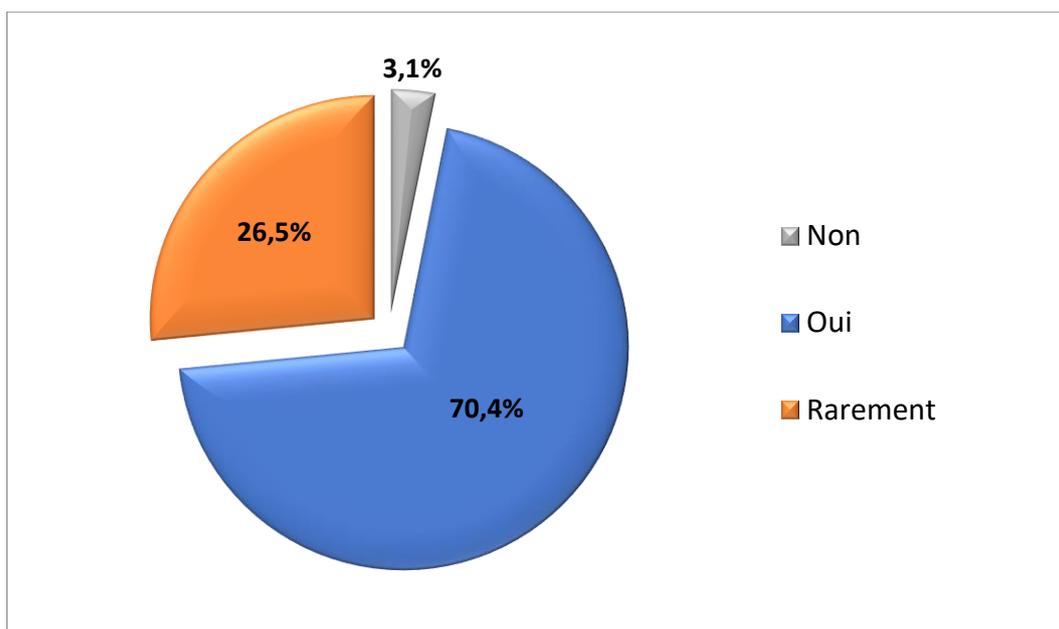
- **Selon vous, quel praticien devrait tenir le rôle de médecin de premier recours dans le dépistage et la prise en charge de l'usage de cannabis ?**

Nous avons également interrogé les 14 médecins, pour qui le médecin généraliste ne doit pas remplir cette fonction, afin de savoir selon eux, qui doit endosser ce rôle de médecin de premier recours dans le dépistage de la consommation de cannabis. Les résultats sont variés avec 4 voix pour le médecin addictologue, 4 pour la médecine scolaire, 2 pour le psychiatre et 4 pour la réponse « autre ».



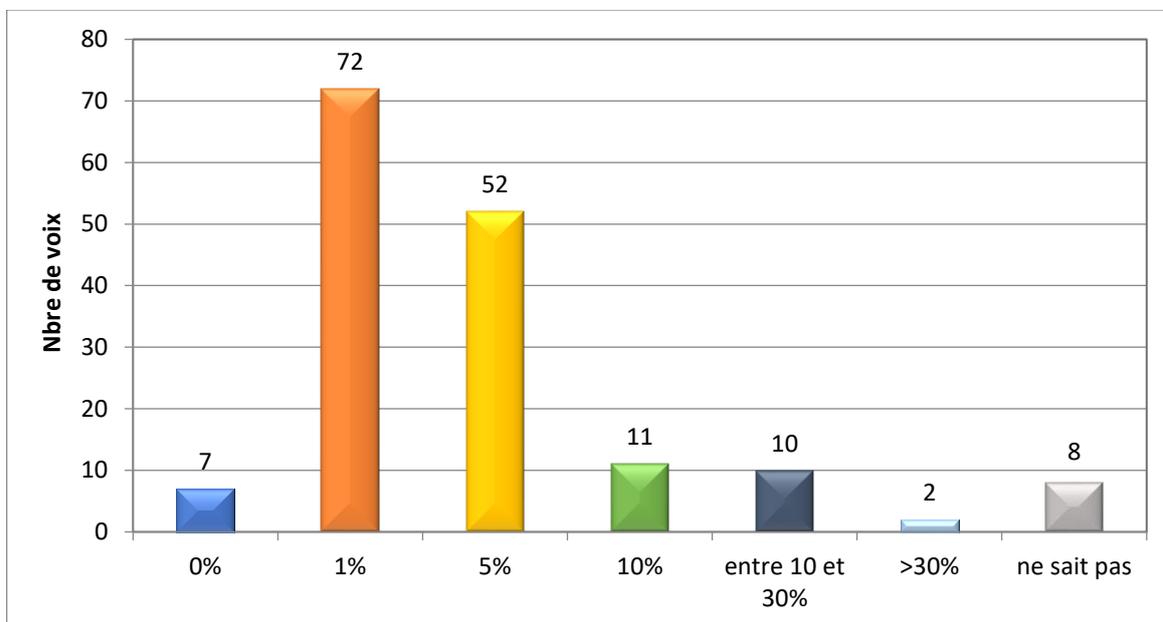
➤ **Vous arrive-t-il d'aborder la question de la consommation de cannabis en consultation?**

La majorité des médecins interrogés posent la question de la consommation cannabis en consultation. 3,1% d'entre eux ne le font pas et 26,5% estiment n'aborder la problématique que « rarement ».



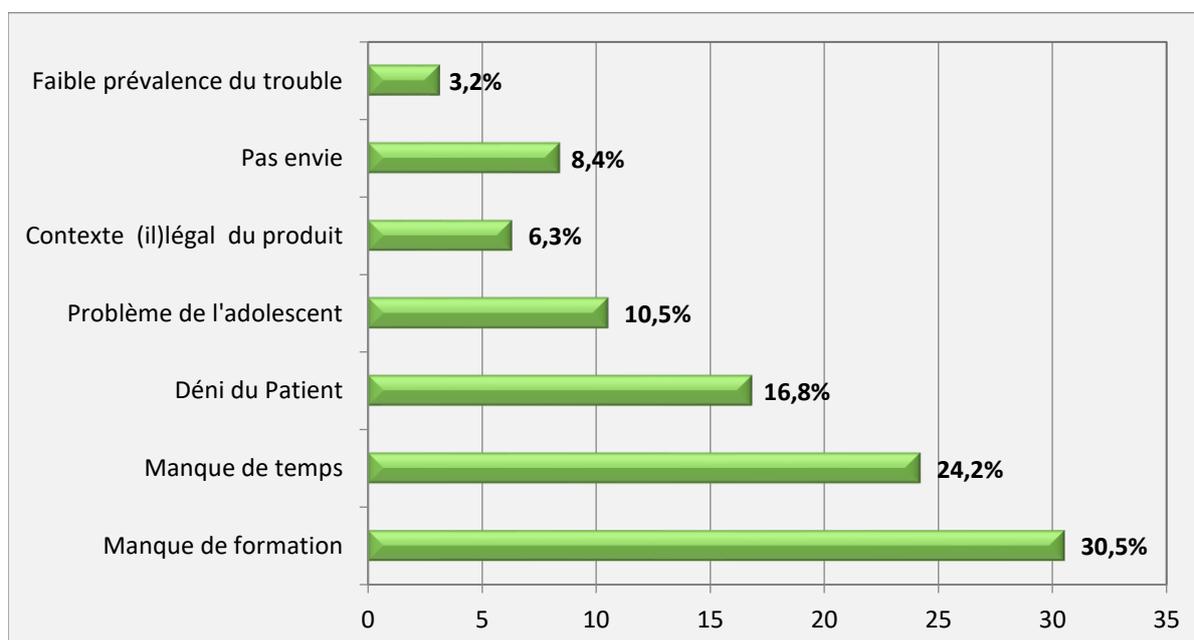
- **Dans votre patientèle, quel est le pourcentage de consultations pendant lesquelles le sujet du cannabis est abordé ?**

La majorité des médecins interrogés estime que la question de la consommation de cannabis concerne entre 1 et 5% de leur consultation (76,5%).



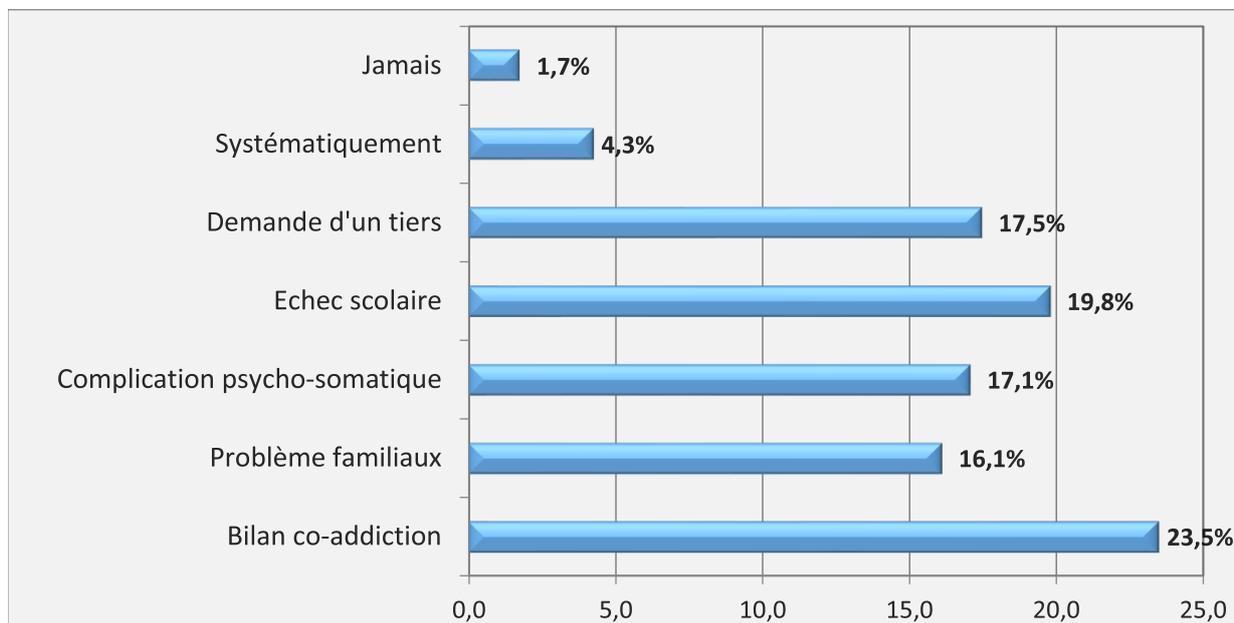
- **Pour quelle raison, ne dépistez-vous pas / pas suffisamment un usage de cannabis ?**

Nous avons interrogé les 48 médecins (29,6%) qui déclarent ne pas ou rarement aborder la question du cannabis en consultation, afin d'en étudier les raisons. Les résultats sont variés avec toutefois une majorité de réponses pour le manque de temps et de formation.



➤ **Dans quel contexte, dépistez-vous un usage de cannabis ?**

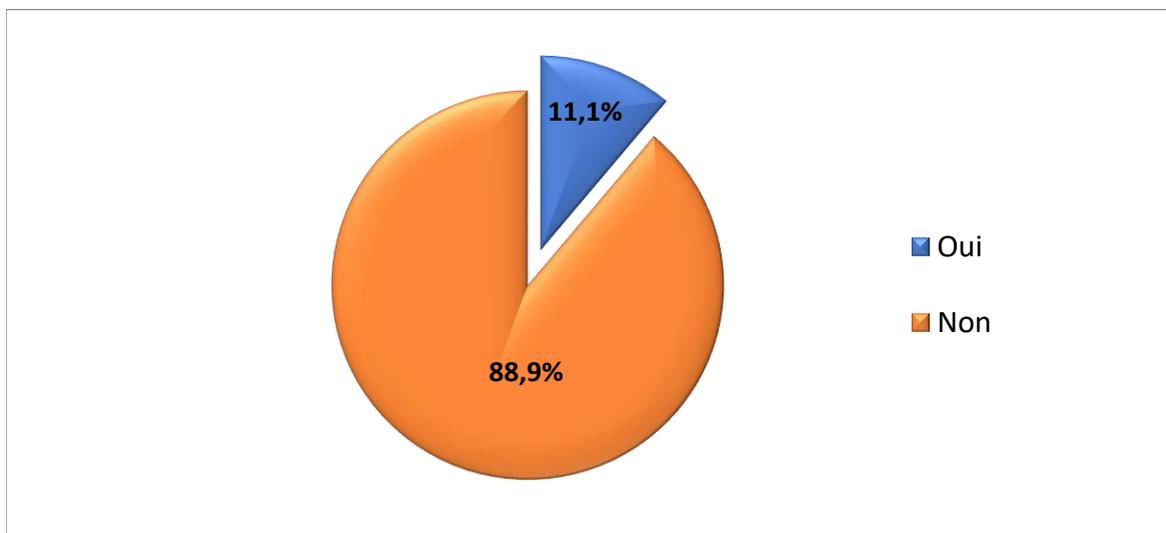
Les résultats sont également variés concernant le contexte du dépistage en consultation. 22 médecins interrogés déclarent dépister de façon systématique et 9 ne le font jamais.



2) Recours aux questionnaire et RP-IB

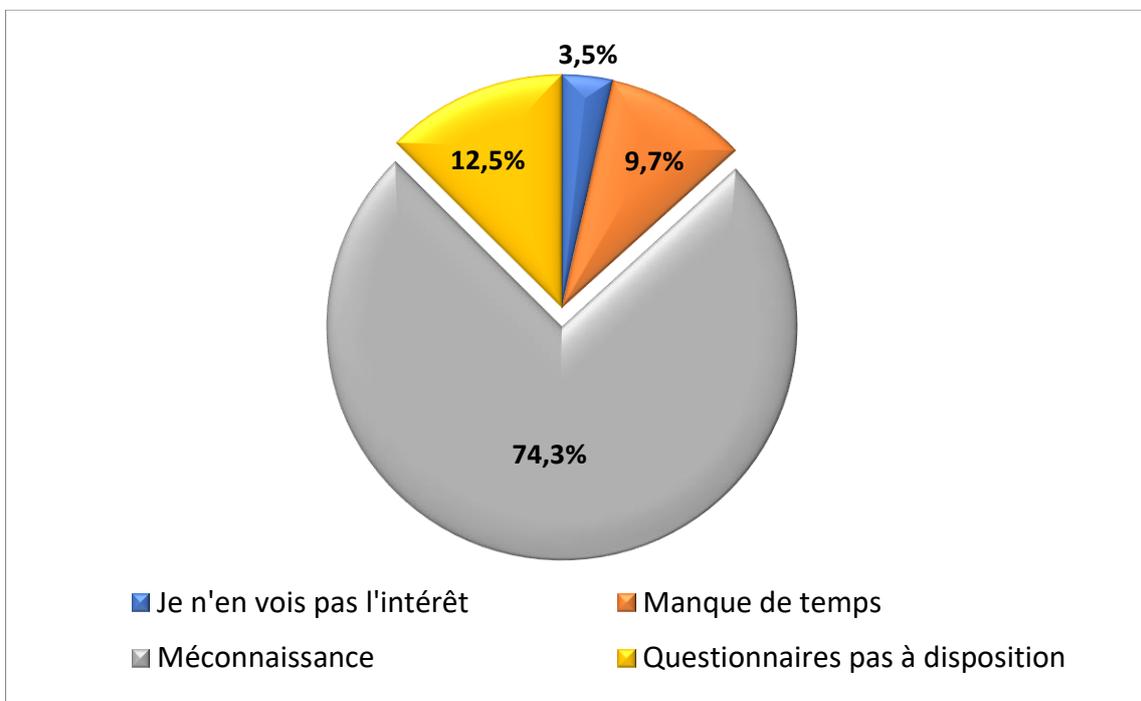
➤ **Avez-vous déjà utilisé un questionnaire d'aide au repérage des consommations problématiques de cannabis ? (CAST, CRAFFT, SDS)**

La plupart des médecins interrogés n'ont jamais eu recours aux questionnaires d'aide au repérage des consommations de cannabis. Seuls 11,1% d'entre eux en ont déjà utilisé.

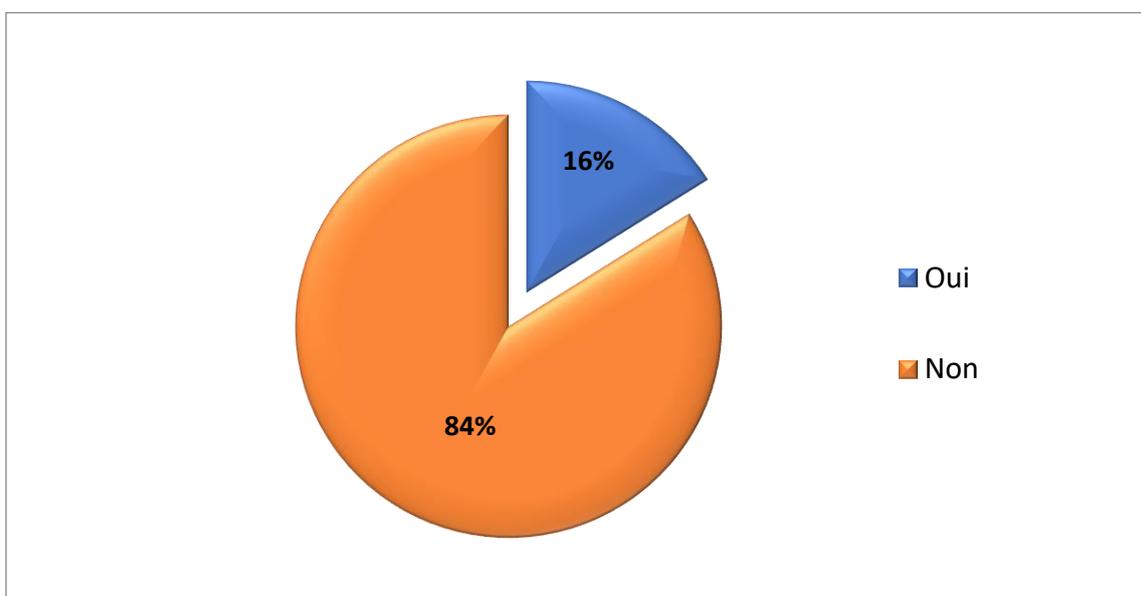


➤ **Pourquoi n'utilisez-vous pas les questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques ?**

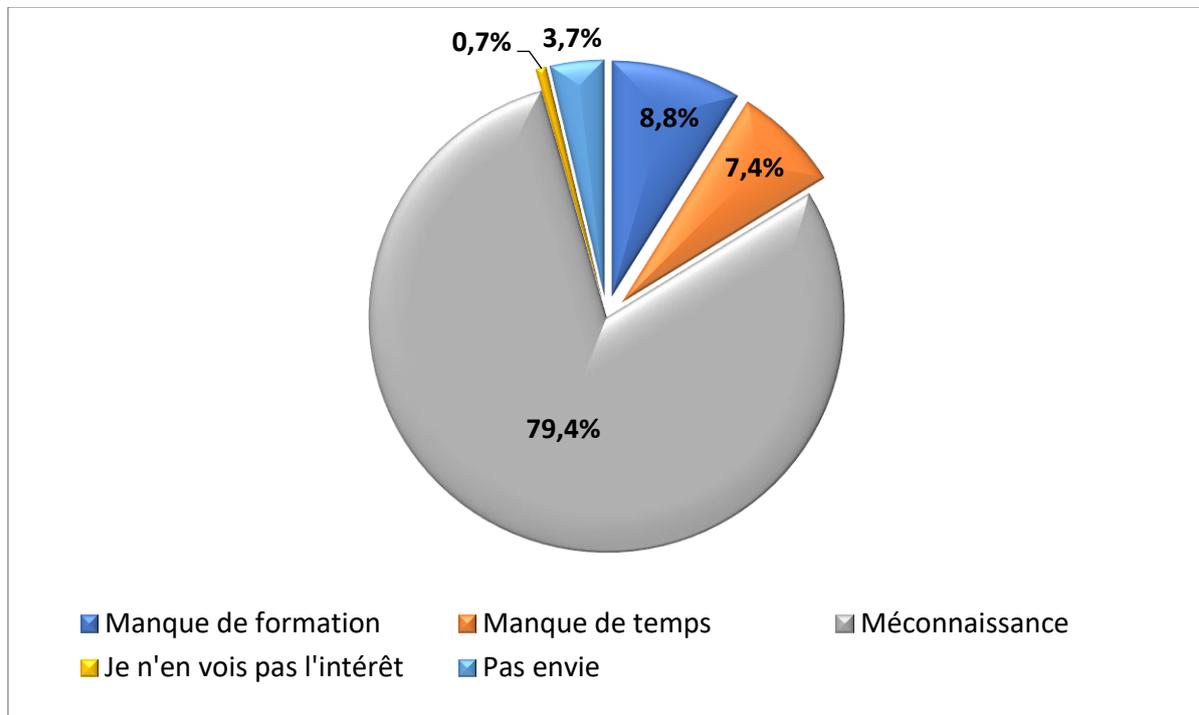
Nous avons interrogé les médecins n'ayant jamais utilisé ces questionnaires afin d'en connaître les raisons. Ainsi, près de trois quarts d'entre eux déclarent ne pas avoir connaissance de leur existence.



➤ **Avez-vous déjà utilisé le Repérage Précoce et Intervention Brève (RP-IB) mis en place par l'HAS ?**



➤ **Pourquoi n'avez-vous pas recours au Repérage Précoce et Intervention Brève (RP-IB) mis en place par l'HAS ?**

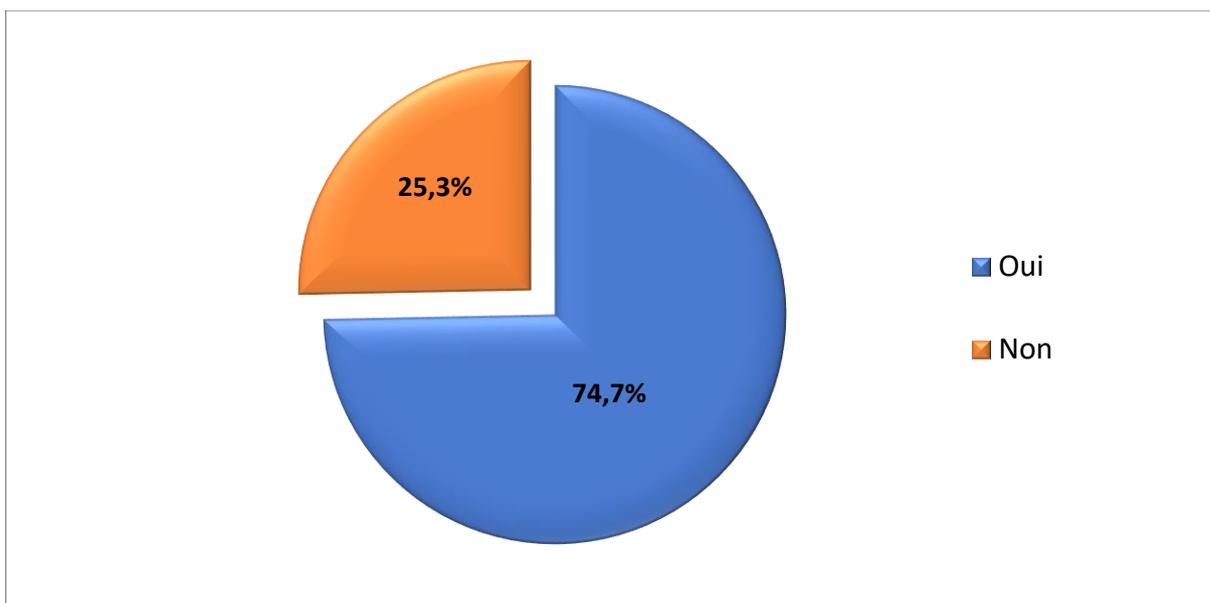


Les résultats concernant l'utilisation du RP-IB sont assez semblables que ceux des questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques de cannabis. En effet, une grande majorité des médecins interrogés n'a jamais eu recours à cet outil. Et la raison la plus fréquemment avancée est la méconnaissance. On note qu'une très faible partie des répondants déclare ne pas en voir l'intérêt ou ne pas avoir envie de l'utiliser.

3) Structures spécialisées

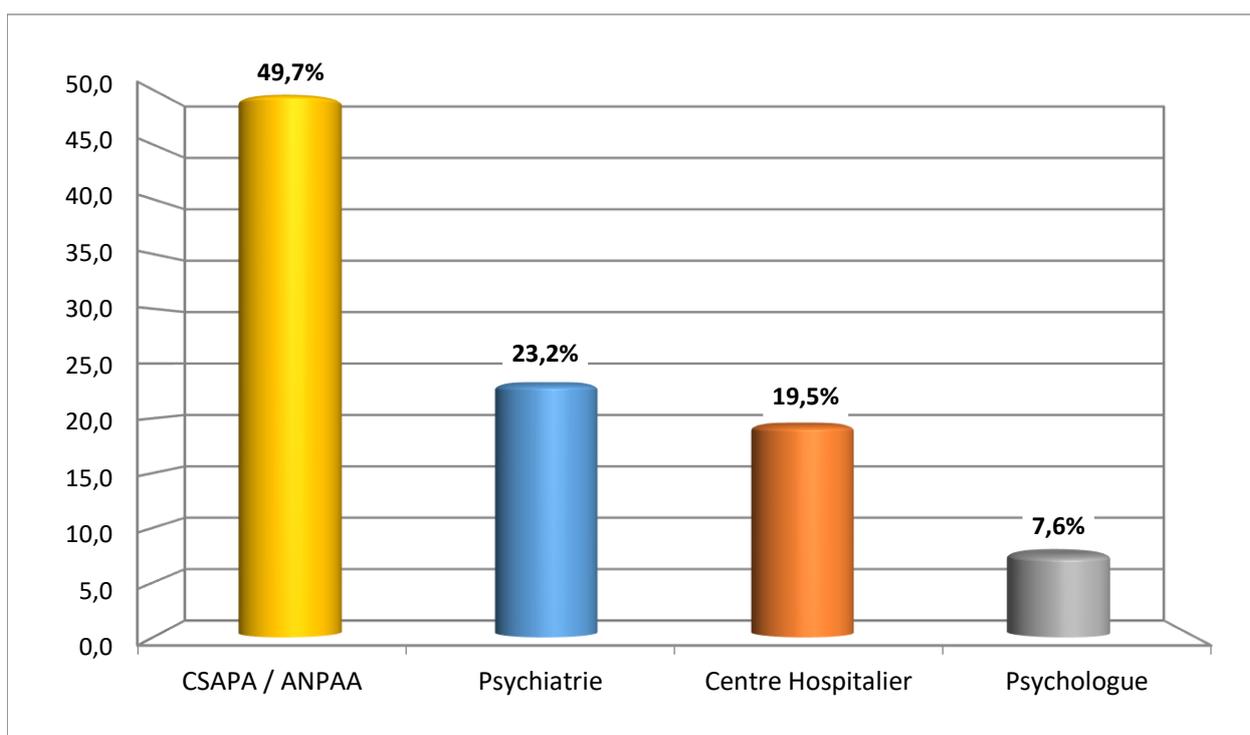
➤ **Avez-vous déjà adressé un patient pour la prise en charge d'une consommation de cannabis ?**

Près de trois quarts des médecins interrogés ont déjà adressé un patient pour la prise en charge d'une consommation de cannabis.



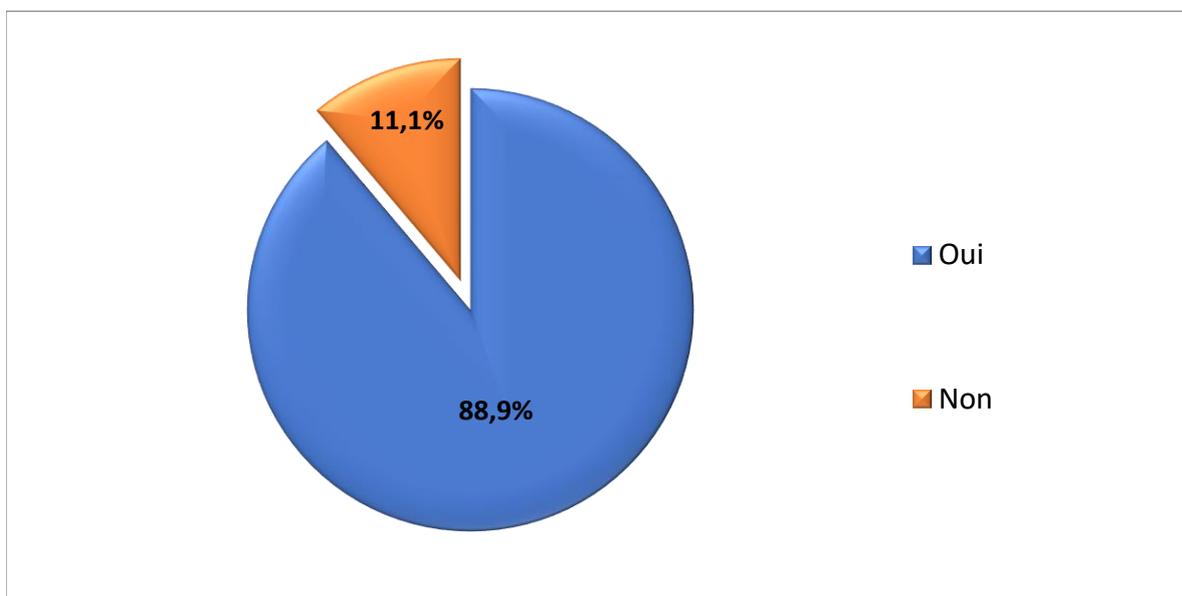
➤ **Vers quel spécialiste/structure, adressez-vous ces patients en général ?**

L'orientation privilégiée par les répondants dans le cadre de la prise en charge d'une consommation de cannabis est les CSAPAs (49,7%), devant le psychiatre (23,2%), les centre hospitaliers (19,5%) et enfin le psychologue (7,6%).



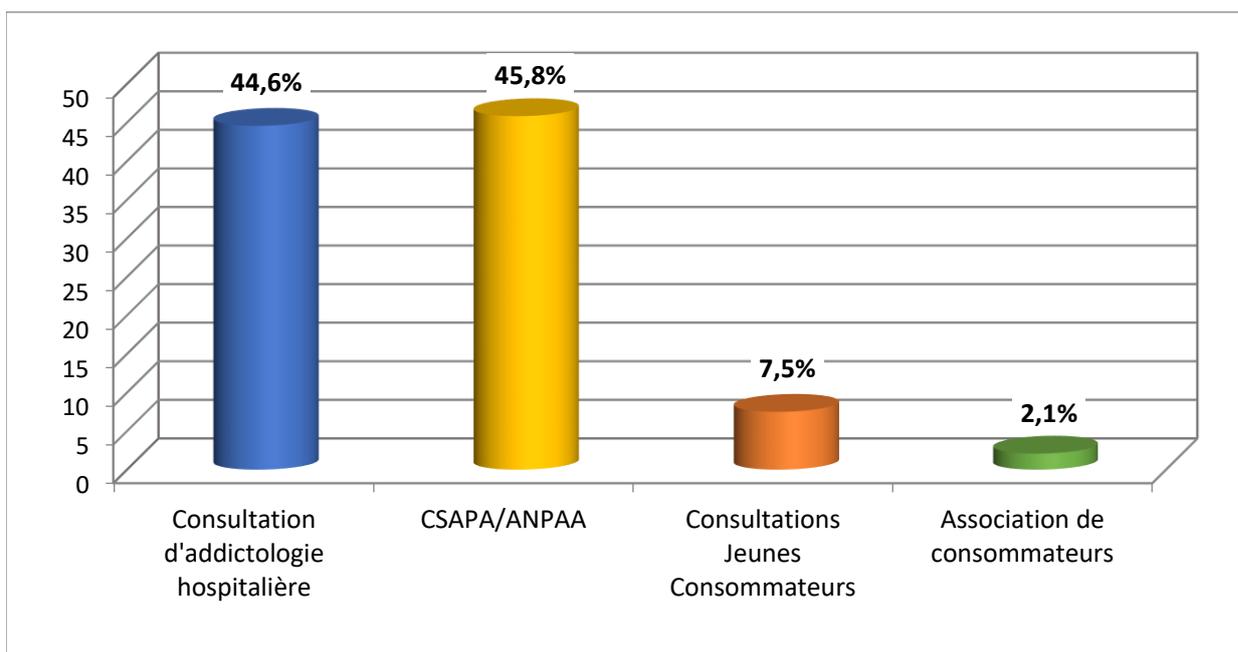
➤ **Connaissez-vous des structures spécialisées en Addictologie dans votre secteur de pratique, pouvant prendre en charge les consommations problématiques de cannabis ?**

On remarque qu'une grande majorité des médecins interrogés connaissent des structures spécialisées en Addictologie pouvant prendre en charge les consommations problématiques de cannabis, et sur lesquelles s'appuyer en cas de besoin.



➤ **Quel genre de structure spécialisée connaissez-vous dans votre secteur de pratique ?**

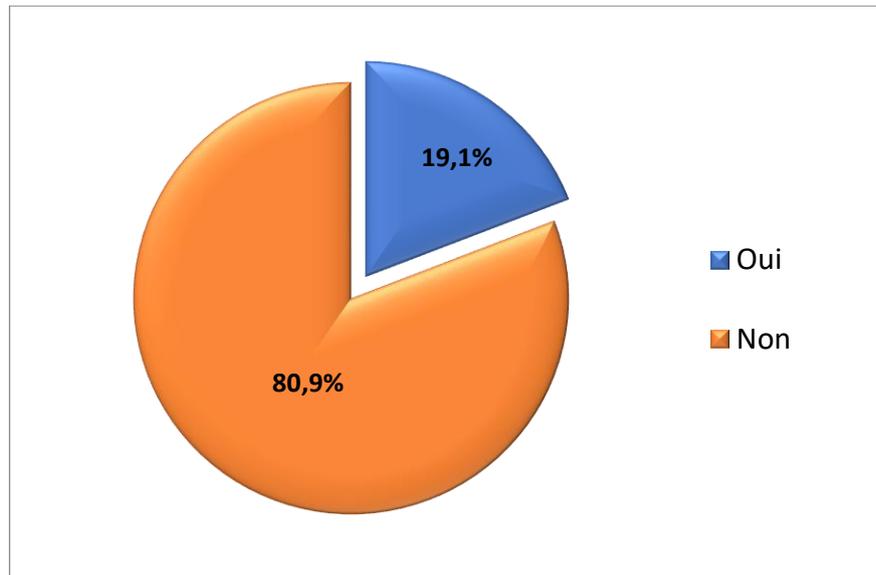
Deux structures spécialisées ressortent dans le réseau de soins des médecins interrogés : les CSAPAs et les consultations hospitalières d'addictologie.



D. Syndrome de sevrage

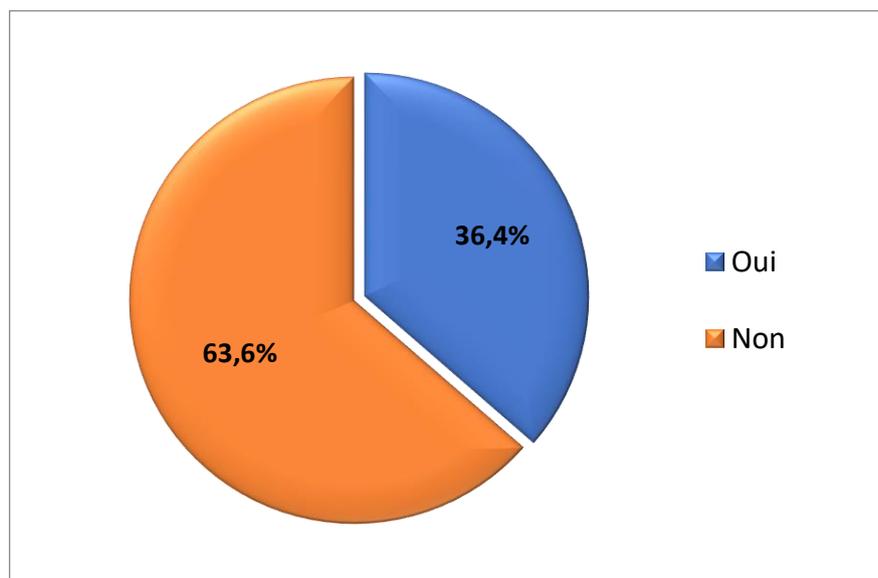
➤ Vous sentez vous compétent pour prendre en charge un sevrage en cannabis ?

On remarque que 4 médecins interrogés sur 5 ne s'estiment pas compétent pour prendre en charge un syndrome de sevrage en cannabis.



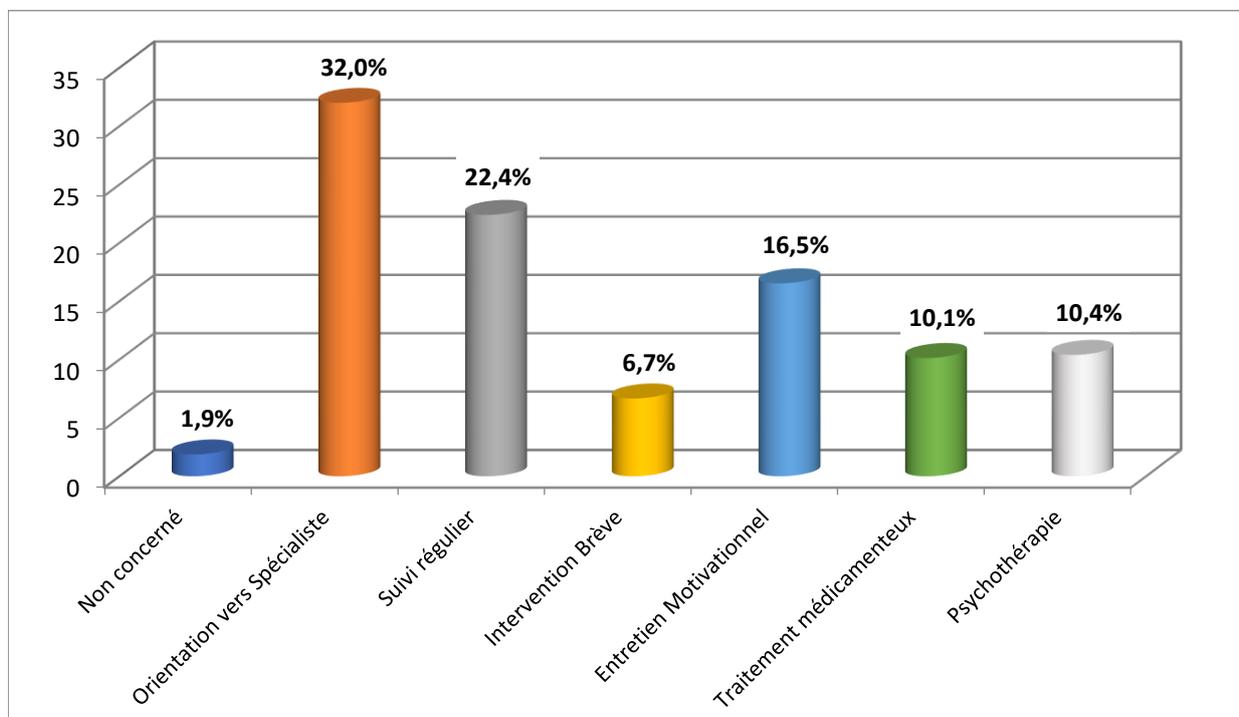
➤ Avez-vous déjà eu à gérer un syndrome de sevrage en cannabis ?

Un peu plus d'un tiers des répondants a déjà été confronté à un syndrome de sevrage en cannabis (36,4%).

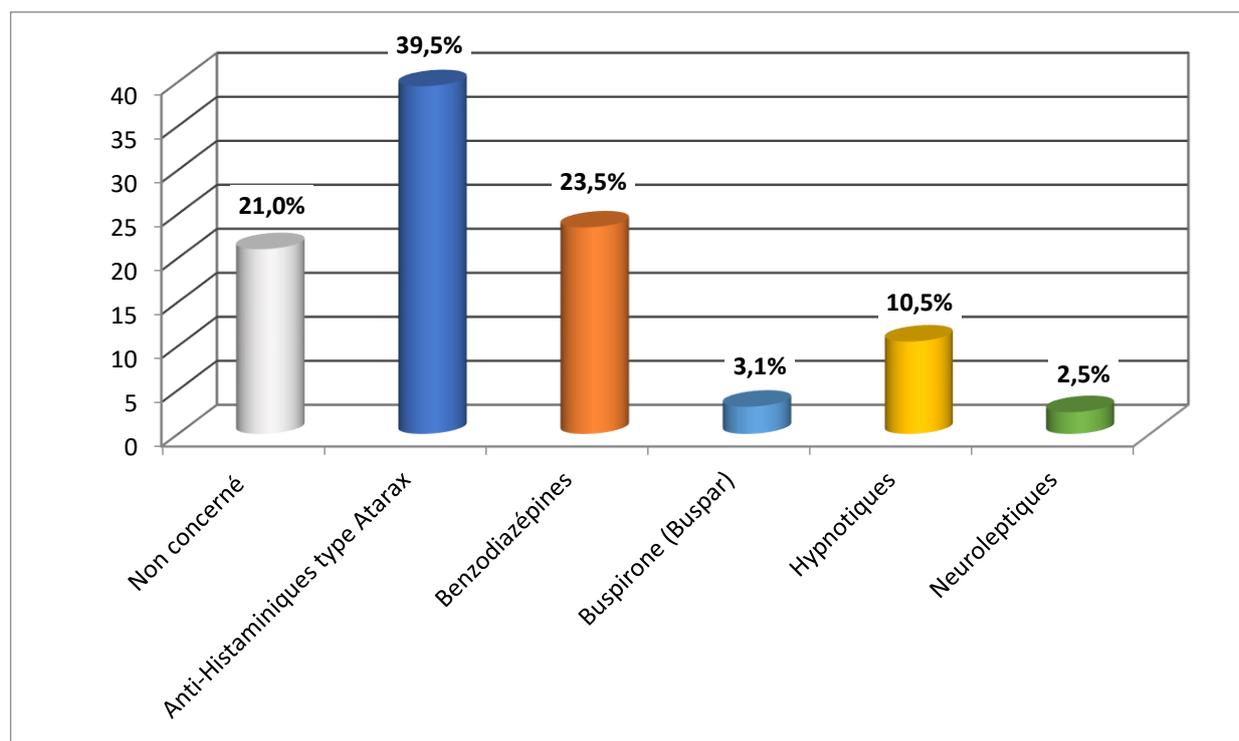


➤ **Comment prenez-vous en charge un patient désireux de sevrage en cannabis ?**

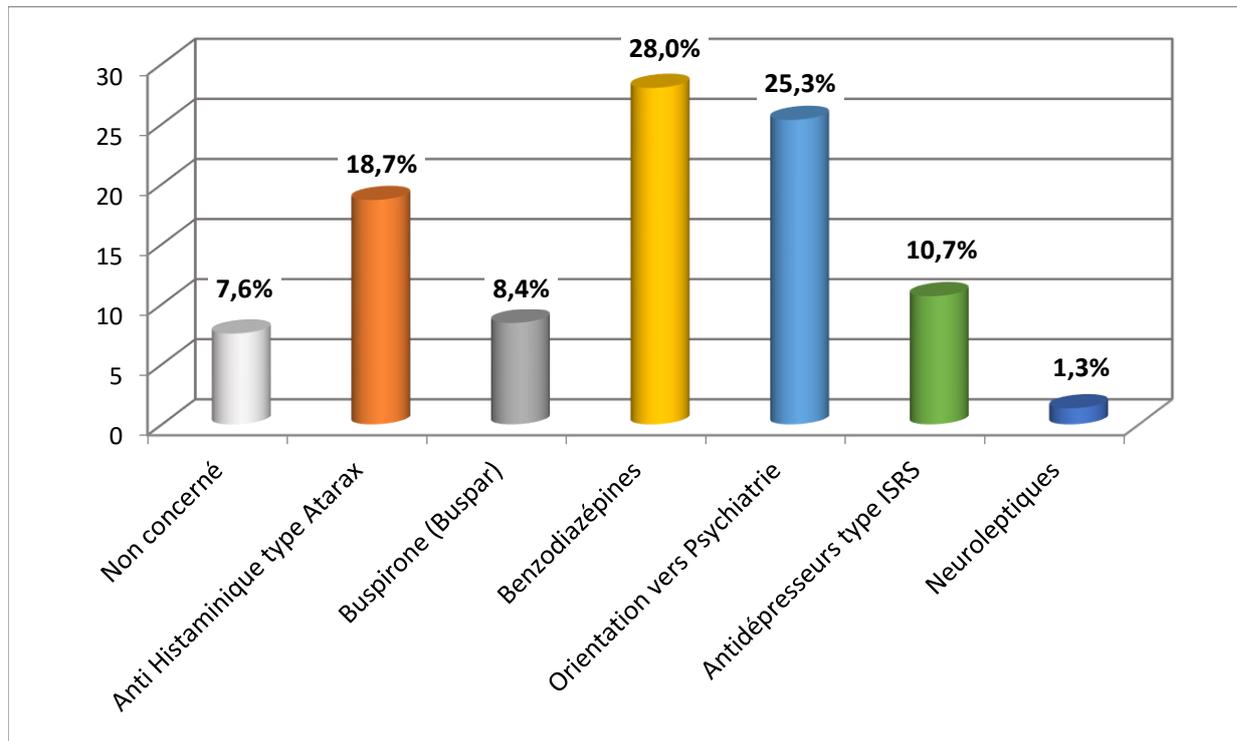
On note qu'il n'y a pas de prise en charge univoque concernant un patient désireux de sevrage en cannabis. La majorité des répondants favorisent l'orientation vers un spécialiste, tandis que d'autres privilégient l'entretien motivationnel et un suivi régulier.



➤ **Dans le cadre d'un syndrome de sevrage en cannabis, comment traitez-vous les troubles du sommeil ?**



- Dans le cadre d'un syndrome de sevrage en cannabis, comment traitez-vous des troubles anxieux ?

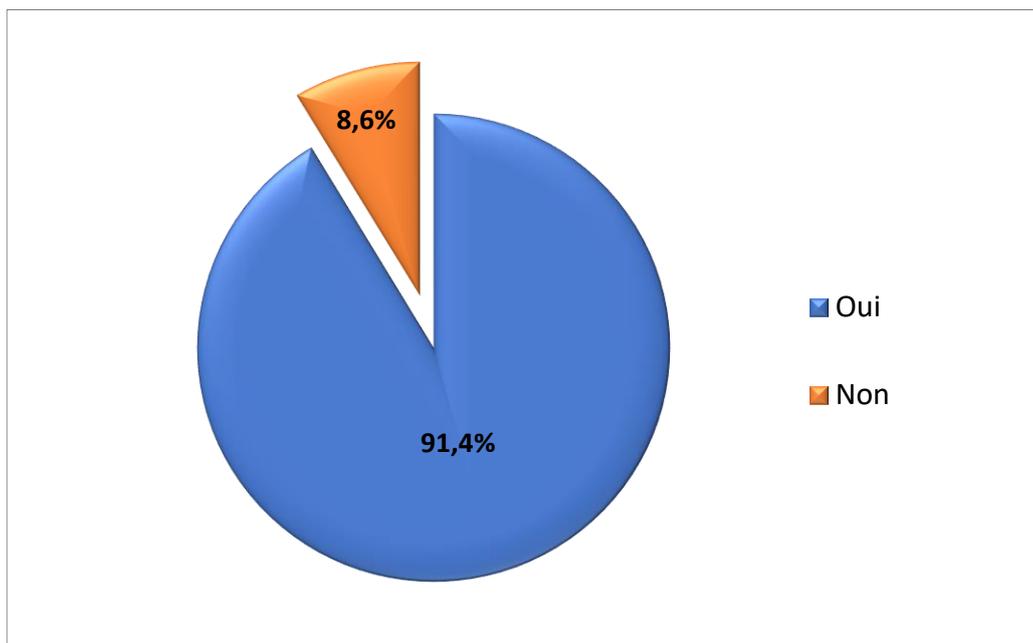


Comme précédemment, on note une hétérogénéité des résultats concernant la prise en charge médicamenteuse des deux principaux symptômes de sevrage en cannabis. Les médecins interrogés semblent toutefois privilégier les anti histaminiques de type Atarax et les benzodiazépines dans le traitement médicamenteux des troubles du sommeil et des troubles anxieux. Un quart d'entre eux orienteront vers un psychiatre pour la gestion de l'anxiété. A noter que les neuroleptiques sont peu sollicités dans les deux cas de figure.

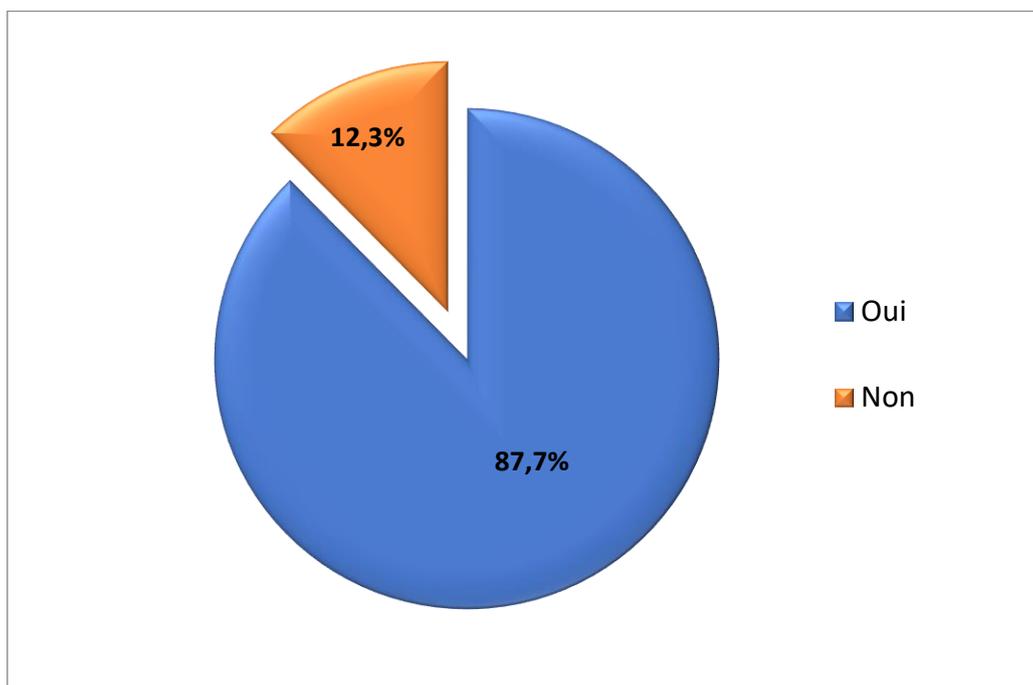
E. Perspectives

Nous avons voulu enfin approcher le ressenti des répondants. Tout d'abord sur leur pratique personnelle, puis vis-à-vis du questionnaire et de son caractère informatif. A l'image de l'Echelle Visuelle Analogique pour la douleur, chaque répondant pouvait donner une note allant de 0 (Non pas du tout/Inutile) à 10 (Oui beaucoup/Très utile).

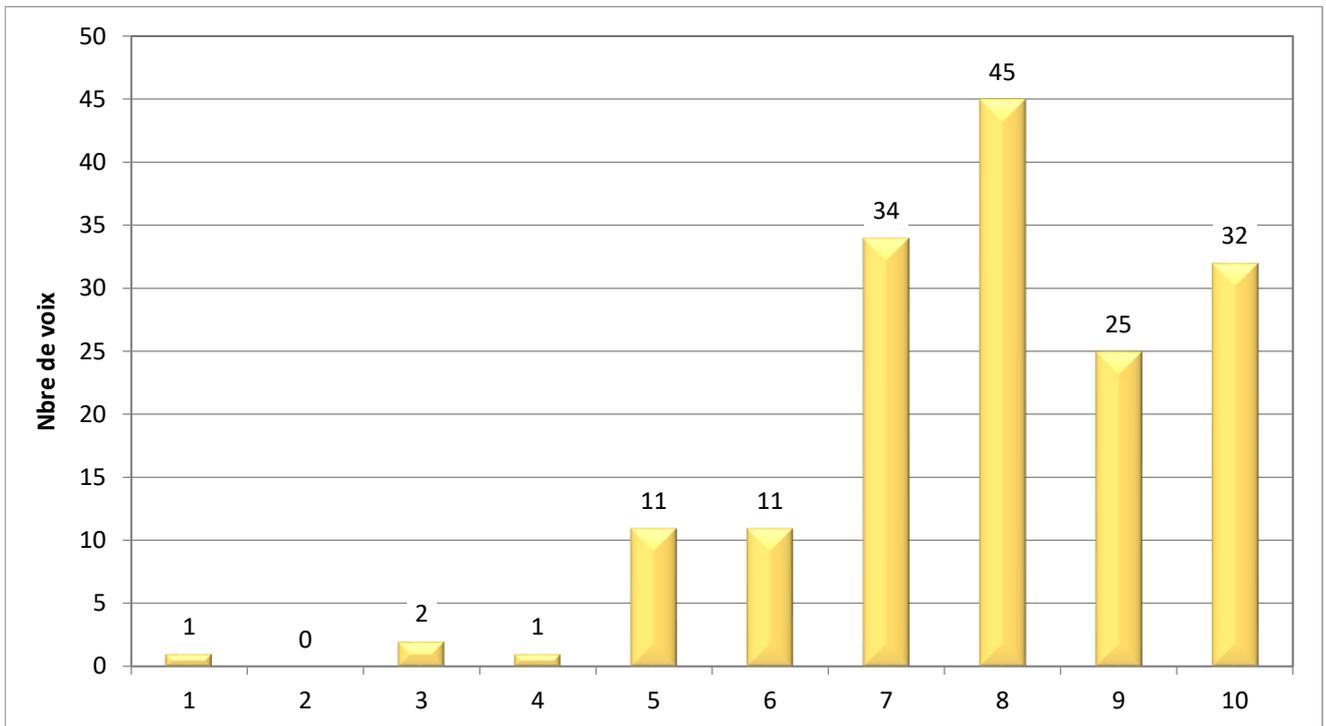
- **Pensez-vous pouvoir améliorer votre pratique concernant le dépistage de l'usage du cannabis ?**



- **Seriez-vous favorable à une formation addictologique ponctuelle, organisée dans le cadre de la FMC ?**



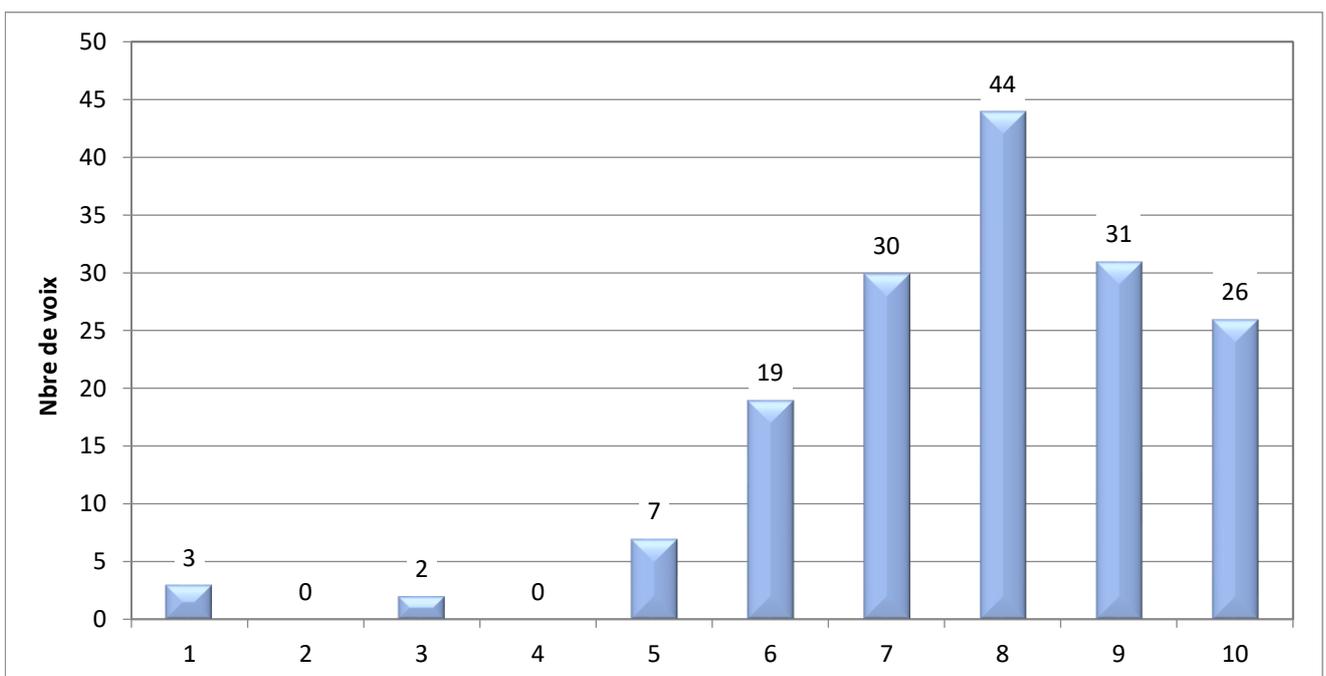
➤ **Comment jugez-vous le caractère interactif de ce questionnaire ?**



0 = Inutile

10 = Très Utile

➤ **Y avez-vous trouvé des notions utiles pour votre pratique ?**



0 = Pas du tout

10 = Beaucoup

On remarque qu'une grande majorité des médecins de l'étude reste critique envers leur pratique de dépistage et de prise en charge de l'usage de cannabis et estime pouvoir s'améliorer à ce niveau. Ainsi pas loin de 9 médecins sur 10 se disent favorables à une formation addictologique dans le cadre de la FMC.

Concernant le ressenti des répondants vis-à-vis du questionnaire, la moyenne des votes portant sur le caractère informatif de ce dernier est de **7,87/10** et de **7,77/10** sur le fait d'y avoir trouvé des informations utiles pour leur pratique.

IV. DISCUSSION

A. Population

La population recrutée respecte bien les critères d'inclusion de l'étude. Le taux de réponse au questionnaire a été de 9,55%. Ce taux paraît relativement faible en comparaison à d'autres études quantitatives impliquant les médecins généralistes du Languedoc Roussillon. Par exemple, la thèse du Docteur Anne Sophie Sarrazin soutenue en Septembre 2016 qui portait sur le dépistage et la prise en charge de la consommation d'alcool chez les femmes enceintes et qui avait utilisé une méthodologie similaire à la nôtre, avait obtenu un taux de réponse de 16,8%. Ceci peut s'expliquer par le sujet de l'étude en lui-même qui a vraisemblablement moins intéressé les médecins. A noter que les réponses incomplètes au questionnaire et donc non enregistrées ne représentent que 4,93% des réponses totales, et n'influent donc peu sur le taux global.

Concernant la population étudiée, on retrouve une légère majorité de femmes qui représentent 54,9% des répondants. Ce chiffre coïncide avec la féminisation de la profession observée depuis plusieurs années maintenant. En 2017 par exemple, parmi les 8600 médecins nouvellement inscrits au Conseil National de l'Ordre des Médecins (CNOM), 59% étaient des femmes.

On note également une bonne distribution des âges avec un âge minimal de 28 ans et un maximal de 69 ans. Avec un âge moyen de 45,74 ans, notre échantillon est toutefois jeune. En effet, d'après l'atlas démographique du CNOM, l'âge moyen des médecins généralistes en activité régulière dans le Languedoc Roussillon était de 52 ans en 2015. (22)

L'Hérault et le Gard, qui sont les deux départements du Languedoc Roussillon les plus dotés en médecins généralistes selon le recensement de l'URPS en 2018, sont également les deux départements les plus représentés de notre échantillon. La situation inverse de la Lozère est également retrouvée. Les trois milieux d'exercice ressortent aussi dans la population étudiée, avec une dominance pour l'activité semi rurale.

On retrouve une répartition homogène concernant le niveau de formation en addictologie des médecins interrogés. Il est par ailleurs satisfaisant pour la représentativité de l'échantillon d'avoir pu recruter des médecins disposant de diplômes qualifiants en addictologie.

B. Epidémiologie du cannabis

Comme précisé dans la partie Matériel et Méthodes, les questions sur les chiffres de la consommation de cannabis en France étaient à vocation purement informative pour les médecins répondants et n'avaient pas pour but de faire ressortir des données statiquement analysables. L'objectif était de permettre aux médecins d'évaluer la prévalence du trouble puis de voir s'ils ou elles avaient sous-estimé cette dernière.

Pour rappel, un des freins au dépistage évoqué par les médecins dans la littérature est la faible prévalence du trouble au sein de la file active de la médecine générale (23). Or il est intéressant de voir qu'en moyenne 73,95% des médecins de notre étude ont sous-estimé les chiffres de la consommation de cannabis. On pourrait donc penser que les troubles de l'usage du cannabis, perçus comme « rare » dans l'éventail des pathologies de la médecine générale, le sont en partie en raison d'une méconnaissance des chiffres réels de la consommation dans la population générale. Mais cette hypothèse est infirmée un peu plus loin dans le questionnaire, à la question n° 15 (voir annexes). Cette dernière était adressée aux médecins qui déclaraient « ne pas » ou « pas suffisamment » aborder la problématique de la consommation de cannabis afin d'en explorer les motifs. Et seuls 3,2% des répondants avançaient la faible prévalence du trouble comme raison à cette carence. Ce frein au dépistage n'est donc pas retrouvé dans notre étude.

Il faut également noter que cette rubrique épidémiologique est celle qui a eu le plus de retours positifs dans la partie dédiée aux commentaires libres à la fin du questionnaire (voir Annexes). Il est donc légitime de supposer que cette section à but informatif a eu de l'impact sur les médecins de l'étude.

C. Pratique

1. Aspects Généraux

Tout d'abord, 76,5% des médecins interrogés estiment que la problématique du cannabis concerne 1 à 5% de leur consultation. En parcourant la littérature, nous n'avons pas trouvé d'étude où cet item était spécifiquement abordé et nous ne pouvons donc pas tirer de conclusion sur cette statistique.

De façon plus générale, 91,4% des médecins de notre étude considèrent avoir un rôle majeur dans le dépistage de l'usage de cannabis. Ce chiffre élevé contraste avec les constats de l'OFDT qui attestent que cette « fonction » de la médecine générale ne va pas de soi. Dans leur revue de la littérature sur l'usage problématique du cannabis parue en 2013, seuls 11% des médecins estiment que le repérage de la consommation de cannabis fait partie de leur mission, versus 26% pour l'alcool et 65% pour le tabac (24). Paradoxalement dans une étude téléphonique réalisée en 2011 auprès de médecins généralistes installés en région parisienne, 96% des sondés sont convaincus que l'usage de cannabis entraîne un risque important pour la santé (18). Notre étude fait donc ressortir une position en partie inédite et très valorisante des médecins interrogés vis-à-vis du dépistage et de la prise en charge de la consommation de cannabis dans le Languedoc Roussillon.

Cette tendance ne semble pourtant pas ressortir dans la pratique. En effet, seuls 4,3% des médecins interrogés abordent la question du cannabis de façon systématique en consultation et 1,7% d'entre eux ne le font jamais. Comparativement, dans l'étude de Beck et al. ils sont 8% à dépister systématiquement un usage de cannabis et 63,2% pour le tabac. En revanche, 26% déclarent ne jamais pratiquer ce dépistage pour le cannabis versus 5% pour le tabac (18).

Les médecins de cette étude semblent donc peu enclins à poser systématiquement la question de la consommation de cannabis en consultation. Mais notre travail montre également que ces derniers enclenchent un dépistage dans certaines situations, comme par exemple dès qu'ils font face à un adolescent en situation d'échec scolaire, en cas de problèmes intra familiaux, ou encore en présence de complications psychosomatiques. On peut donc conclure que les médecins de notre échantillon, à défaut de dépister de façon systématique, restent toutefois attentifs aux retentissements de l'usage de cannabis.

Il faut préciser que nous avons choisi de ne pas explorer les pratiques de dépistage des médecins concernant les consommations de tabac et d'alcool. Il aurait pu être intéressant de pouvoir ainsi les comparer avec celles du cannabis, mais nous ne voulions pas alourdir un questionnaire déjà long.

2. Recours aux Questionnaires et RP-IB

La réflexion sur l'élaboration d'outils de repérage et de mesure de l'usage de cannabis remonte au début des années 1990 mais ne concernait initialement pas la France. Les premières recommandations françaises sur ce sujet proviennent d'un rapport de l'Institut National de la Santé Et de la Recherche Médicale (INSERM) paru en 2001 et qui préconisait « *valider [en France] des outils de quantifications des consommations et de repérage de dépendance utilisables en épidémiologie, en médecine générale et par les acteurs sociaux (...)* » (25). Les premiers travaux allant dans ce sens ont été conduits sous la direction du Professeur Michel Reynaud, puis prolongés par différentes missions pilotées par l'OFDT entre 2006 et 2008, mais aucun test n'a été unanimement retenu. Toutefois dans le but d'un screening large pouvant être effectué en médecine de premier recours, le *Cannabis Abuse Screening Test* ou CAST est à ce jour l'outil de repérage privilégié car il s'agit d'un questionnaire court, composé uniquement de questions directes, ne nécessitant pas de formation préalable et d'accès gratuit sans frais d'utilisation. De plus, il a été validé chez les plus jeunes consommateurs après avoir été testé sur 20 000 adolescents (24) (26) (27).

Dans notre étude, 11,1% des médecins ont déjà eu recours au CAST ou autres questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques de cannabis, ce qui paraît très peu. Cependant, dans l'étude du Docteur François Beck cette proportion était encore plus faible car seuls 2% des médecins généralistes en déclaraient l'utilisation pour le cannabis et respectivement 34% et 12,9% pour le tabac et l'alcool.

Plusieurs raisons peuvent expliquer la différence entre les chiffres de notre étude et celle de Beck et al. concernant le recours aux outils de repérage de la consommation de cannabis. Tout d'abord il paraît peu probable que le fait que les médecins de notre étude soient plus sensibilisés et enclins à utiliser ces questionnaires puisse expliquer à lui seul cette différence. Par ailleurs, l'étude du docteur Beck date de 2011 soit quelques années seulement après la validation du

CAST en France. Il existe donc un facteur temps certain : ces outils étant très probablement moins répandus en 2011 qu'en 2018, année de notre étude. De plus, si l'on regarde l'évolution de l'utilisation des questionnaires sur les consommations de tabac et d'alcool, plus anciens que ceux sur le cannabis, on remarque qu'elle augmente dans le temps. En 2011, 34% des médecins généralistes déclaraient avoir recours à ces outils pour le tabac contre 6,3% en 2003. Pour l'alcool, ces chiffres étaient respectivement de 12,9% en 2011 et 2% en 2003 (18).

Même si l'usage des questionnaires d'aide au repérage des consommations de cannabis apparaît en augmentation, il reste néanmoins rare. Les freins éventuels quant à leur utilisation n'ont pas été explorés dans l'étude Beck et al. Dans notre étude, 74,3% des médecins n'ayant jamais eu recours à ces outils déclarent simplement ne pas les connaître. Cette tendance coïncide avec les résultats d'une thèse réalisée en 2015 à Créteil sur le même sujet mais avec une méthodologie qualitative, où la majorité des médecins interviewés sur ces questionnaires déclaraient en nier l'existence. C'est donc la méconnaissance de ces outils d'aide au repérage qui semble être le principal frein à leur utilisation (28).

Dans de nombreux travaux sur le dépistage de la consommation de cannabis, les médecins soulignent l'importance de l'alliance thérapeutique afin de prendre en charge efficacement le trouble. Certains peuvent penser qu'avoir recours à un outil standardisé comme le CAST puisse nuire à la relation médecin malade en la déshumanisant. Cet argument est parfaitement understandable, chaque patient et donc chaque parcours de soins étant unique. C'est le principe de « l'approche centrée patient » qui a profondément changé la pratique médicale depuis une vingtaine d'années et qui fait qu'il n'existe pas de prise en charge univoque. On peut toutefois très bien imaginer laisser ces questionnaires à disposition dans la salle d'attente par exemple ou bien aborder leurs items au fil de la discussion avec le patient.

Ces questionnaires d'aide au repérage sont des outils et on peut comprendre que certains praticiens soient réticents quant à leur utilisation. Ils restent néanmoins une bonne aide pour des médecins peu à l'aise avec la consommation du cannabis et donc peu enclins à en aborder spontanément la problématique en consultation.

Le « Repérage Précoce et Intervention brève » ou RPIB est un outil mis en place par l'HAS en 2005 à l'intention des professionnels de santé de premier recours. Il ne concernait initialement que l'alcoologie mais a été élargi secondairement pour le tabac et le cannabis. Il se divise schématiquement en deux étapes : la première consiste à une évaluation rapide du risque de la consommation et la seconde dite d'intervention brève est une démarche de soins basée sur les principes de l'entretien motivationnel et visant à déclencher une prise de conscience progressive du patient vis-à-vis des avantages qu'il aurait en réduisant sa consommation (29). Concernant l'usage de cannabis, cet outil est basé sur le CAST afin d'en évaluer le risque.

Les résultats de notre étude en ce qui concerne le RPIB sont relativement semblables à ceux sur le recours aux questionnaires. Une grande partie des médecins interrogés (84%) ne l'ont jamais utilisé. On peut aisément supposer que les médecins ne s'étant jamais servis des questionnaires d'aide au repérage n'ont également jamais employé le RPIB. La différence entre ces deux valeurs peut correspondre aux praticiens qui n'utilisent pas de questionnaires mais emploient tout de même l'intervention brève dans leur pratique courante. De la même façon, la majorité des médecins de notre étude déclarent ne pas connaître l'existence de cet outil, principale raison pour laquelle il apparaît sous utilisé.

Même si le RPIB est un outil relativement récent, il existe plusieurs études attestant de son efficacité. Pour l'alcool, ces interventions brèves entraînent une réduction significative de la consommation chez les buveurs excessifs (30). Autre fait notable, une réduction de la consommation est également observée mais dans une moindre mesure dans les groupes témoins de la plupart des études. Le fait que ces groupes témoins n'aient subi qu'un « simple » repérage et pas d'intervention brève, démontre que le repérage est déjà en lui-même une intervention (31). Concernant le cannabis, une étude plus récente a montré l'efficacité de l'intervention brève dans la réduction de la consommation chez les fumeurs modérés et les plus jeunes (32).

Au-delà de son efficacité prouvée dans la littérature internationale et française, le RPIB est un outil intéressant de par sa brièveté et sa faisabilité en médecine de soins premiers. Ces entretiens durent rarement plus de 20 minutes et peuvent donc occuper le temps d'une consultation en médecine générale. L'intervention brève est une démarche individualisée où le patient informé et conseillé, reste maître de son cheminement et de sa propre consommation. Le RPIB s'intègre donc logiquement dans une pratique d'approche centrée patient. De nombreuses formations sont proposées en France afin de sensibiliser les professionnels de santé

de premier recours à son utilisation. Même si cela peut freiner certains praticiens, le RIPB reste un outil simple et efficace qu'il faut continuer de promouvoir.

3. Structures Spécialisées

Le sentiment d'être démuné et/ou isolé exprimé par les praticiens face à la consommation du cannabis et même face aux problématiques addictologiques en général, ressort souvent dans les travaux explorant les pratiques de repérage en médecine générale. Nous avons émis l'hypothèse qu'il puisse nuire au dépistage de l'usage du cannabis dans le Languedoc Roussillon.

Notre étude fait ressortir qu'une importante majorité des médecins interrogés (88,9%) connaît des structures spécialisées en addictologie dans leur secteur de pratique, et qu'ils peuvent solliciter en cas de besoin. Ils sont même 74,7% à y avoir déjà adressé un patient pour la prise en charge d'une consommation problématique de cannabis.

Nous n'avons pas trouvé d'étude dans la littérature où cet item était précisément exploré. Dans l'étude de Beck et al. les médecins étaient interrogés sur leur mode de prise en charge générale de la consommation de cannabis. Ainsi 72,3% d'entre eux déclaraient faire appel à un tiers (structure ou spécialiste) dans leur prise en charge et 27,8% avouaient gérer ces problématiques seuls. Toutefois, il n'était pas spécifiquement question de leur connaissance ou non de structures spécialisées alentours. Nous ne pouvons donc pas entreprendre de comparaison avec nos résultats.

Les deux destinations les plus sollicitées par les médecins de notre étude lorsqu'ils doivent adresser un patient pour une consommation de cannabis sont les CSAPAs ainsi que les consultations hospitalières d'addictologie. Cela coïncide avec la thèse du docteur SHANMUGARAJAH citée plus haut, qui retrouve les mêmes résultats (28).

Le sentiment d'isolement du médecin généraliste face à la problématique du cannabis observé dans plusieurs travaux n'est pas retrouvé dans notre étude et ne représente donc pas un frein au dépistage.

D. Analyses complémentaires

Nous avons voulu savoir si certains facteurs de notre population pouvaient influencer la pratique des médecins en terme de dépistage et de prise en charge de l'usage de cannabis. Nous avons donc réalisé une analyse statistique complémentaire sur l'âge et le sexe afin de voir s'il existait une différence significative concernant l'abord de la consommation de cannabis en consultation, le recours aux questionnaires d'aide au repérage ainsi qu'à l'outil RPIB. Pour l'âge, nous avons scindé notre échantillon en deux groupes centrés sur la médiane (45ans). En raison des problèmes liés à la diffusion du questionnaire, nous avons choisi de ne pas effectuer ce calcul pour le département de pratique. L'analyse statistique a été réalisé avec le test Chi2 de Pearson.

Concernant l'abord de la question de la consommation de cannabis en consultation, il n'existe pas de différence significative selon le sexe ($p=0.86$) et pas non plus sur l'âge ($p=0.63$).

Concernant le recours aux questionnaires d'aide au repérage, il n'existe pas de différence significative selon le sexe ($p=0.45$) et l'âge ($p=0.27$).

Même constat pour l'utilisation du RPIB : l'âge ($p=0.83$) et le sexe ($p=0.08$) ne sont pas des facteurs influençants.

L'âge et le sexe ne semblent donc pas influencer la pratique des médecins de notre étude. Il faut toutefois relativiser ces résultats car notre échantillon est petit et nous souffrons probablement d'un manque de puissance.

E. Limites de l'étude

Notre étude a été réalisée avec une méthode déclarative et souffre inévitablement d'un biais de réponse.

Il est également probable que les médecins ayant participé à ce travail soient des médecins concernés et intéressés par la problématique du cannabis. Leurs pratiques de dépistage et de prise en charge peuvent différer de celles de médecins avec un intérêt moindre pour ce sujet. Il s'agit d'un biais de recrutement.

De plus, les problèmes rencontrés pour la diffusion du questionnaire dans le Languedoc Roussillon ont malheureusement engendré un recrutement inhomogène sur la région. Pour rappel, nous n'avons obtenu que 12 réponses sur le département des Pyrénées Orientales. Il s'agit d'un biais de sélection.

Ces biais nuisent à la représentativité de notre échantillon et nous empêchent d'étendre nos conclusions à l'ensemble des médecins généralistes de la région.

Les principales critiques négatives laissées dans les commentaires concernent la longueur du questionnaire. En effet, ce dernier a pu paraître long à remplir par certains médecins, notamment après une journée de consultation en pleine période épidémique. Cela peut expliquer en partie le nombre de réponses incomplètes et donc non enregistrées pour l'étude.

Même s'il avait été approuvé et plébiscité par un groupe de 12 médecins généralistes avant sa diffusion, le caractère informatif du questionnaire a pu être mal interprété par certains médecins, se sentant peut-être jugés ou contraints de devoir évaluer leur pratique. C'était également l'un des motifs de refus de diffusion de la commission de l'URPS en Septembre dernier et sûrement une des raisons pouvant expliquer le faible taux de réponse de cette étude.

En choisissant plusieurs objectifs pour cette étude (voir Matériel et Méthodes), nous avons quelque peu étrié l'identification des freins au dépistage de l'usage de cannabis. De façon plus générale, si nous avions opté pour un unique objectif l'étude de ces mêmes freins, une méthodologie qualitative aurait été plus appropriée.

F. Forces et Perspectives

Le thème du cannabis et l'étude de son dépistage n'est pas nouveau. Toutefois en parcourant le répertoire des thèses de la faculté Montpellier-Nîmes, nous n'avons pas trouvé d'études utilisant une méthode quantitative comme la nôtre, ce qui nous confère une certaine originalité.

Même s'il a pu être mal interprété, le caractère informatif du questionnaire représente sans doute la principale force de cette étude. Les deux échelles de Lickert permettant aux médecins interrogés de juger l'aspect informatif du questionnaire ainsi que le fait d'y avoir trouvé ou non

des notions utiles pour leur pratique ont obtenu des moyennes respectives de 7,87 et 7,77 sur 10, témoignant de la pertinence des notes d'informations diffusées. De plus, il y a eu de nombreux retours positifs dans les commentaires libres en fin de questionnaire, notamment concernant les questions d'épidémiologie (voir Annexes).

Autre aspect positif, les médecins de cette étude sont restés assez critiques envers leur habitude de prise en charge et 91,4% d'entre eux estiment pouvoir améliorer leur pratique en terme de dépistage et de prise en charge de l'usage de cannabis. Le manque de formation sur le sujet est souvent pointé du doigt dans les diverses études. Nous avons choisi de ne pas explorer ce frein mais plutôt de « lutter » contre ce dernier avec un questionnaire informatif. Il ressort également de notre travail un désir de formation sur le sujet, et qui pourrait se présenter par exemple sous la forme d'une session de FMC sur le thème du cannabis. Par ailleurs, un des médecins de cette étude, responsable d'un groupe de FMC, nous a fait part de cette envie.

Comme écrit plus haut, il pourrait être utile, afin d'explorer de façon plus précise les freins du dépistage dans le Languedoc Roussillon, de compléter ce travail avec une étude qualitative orientée sur ces mêmes freins.

Il pourrait être également intéressant de reproduire cette étude à plus grande échelle afin d'obtenir un meilleur reflet du dépistage de la consommation de cannabis et d'en identifier plus clairement les freins.

V. CONCLUSION

La dangerosité désormais bien identifiée du cannabis ainsi que l'augmentation du nombre de consommateurs justifient la nécessité d'un repérage et le plus précocement possible.

Notre travail indique que la majorité des médecins estiment avoir un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge de l'usage de cannabis. Même si ce dépistage est loin d'être systématique dans notre population d'étude, les médecins restent toutefois attentifs aux divers retentissements de la consommation.

Les questionnaires d'aide au repérage ainsi que le RPIB apparaissent sous utilisés dans notre étude car très souvent méconnus. Ils restent néanmoins des outils récents et leur utilisation semble être en augmentation dans le temps. Par ailleurs, les médecins de notre échantillon ne sont pas isolés dans leur pratique et connaissent pour la plupart des structures spécialisées dans leur secteur de pratique.

Il ressort également de ce travail un désir de formation de la part des médecins. Une majorité d'entre eux estiment pouvoir améliorer leur pratique et se disent favorables à une formation ponctuelle dans le cadre de la FMC sur le thème du cannabis.

Enfin, le caractère informatif du questionnaire a été bien reçu par les médecins répondants et pourrait ainsi servir d'exemple pour des travaux futurs.

Bibliographie

1. UNODC. World drug report 2015. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2015.
2. UNODC. World drug report 2017. Vienna: United Nations Office on Drugs and Crime, 2017 [Internet]. [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: http://www.unodc.org/unodc/en/frontpage/2017/June/world-drug-report-2017_-29-5-million-people-globally-suffer-from-drug-use-disorders--opioids-the-most-harmful.html
3. EMCDDA and European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs, ESPAD Report 2015: Results from the European School Survey Projects on Alcohol and other Drugs (Lisbon, 2016).
4. Enquête ESCAPAD (Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense) - OFDT [Internet]. [cité 6 nov 2016]. Disponible sur: <http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/escapad/>
5. Spilka S, Le Nézet O, Beck F, Ehlinger V, Godeau E. Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège » [Internet]. 2010 [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxsss4.pdf>
6. EMCDDA | ARCHIVED DATA — Statistical bulletin 2012 [Internet]. [cité 7 sept 2017]. Disponible sur: <http://www.emcdda.europa.eu/stats12>
7. Palle Christophe. Situation en 2010 dans les CSAPA en France. 2010.
8. OFDT. Rapport national 2014 à l'EMCDDA par le point focal français du réseau Reitox [Internet]. 2014 [cité 11 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/efnxofub.pdf>
9. OBRADOVIC I. La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives. Enjeux et controverses. *Déviance Société*. déc 2012;(Vol.36, n°4):441-69.
10. Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. Rapport de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie. Paris 2013 [Internet]. Fédération Addiction. 2013 [cité 4 janv 2018]. Disponible sur: <https://www.federationaddiction.fr/le-pr-michel-reynaud-rend-son-rapport-a-la-mildt/>
11. Jones RT. Cardiovascular system effects of marijuana. *J Clin Pharmacol*. nov 2002;42(11 Suppl):58S-63S.
12. Blumentrath CG, Dohrmann B, Ewald N. Cannabinoid hyperemesis and the cyclic vomiting syndrome in adults: recognition, diagnosis, acute and long-term treatment. *GMS Ger Med Sci* [Internet]. 21 mars 2017 [cité 5 janv 2018];15. Disponible sur: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5360975/>

13. Karila L, Roux P, Rolland B, Benyamina A, Reynaud M, Aubin H-J, et al. Acute and Long-Term Effects of Cannabis Use: A Review. *Curr Drug Metab.* 1 août 2014;20(25):4112-8.
14. Arseneault L, Cannon M, Poulton R, Murray R, Caspi A, Moffitt TE. Cannabis use in adolescence and risk for adult psychosis: longitudinal prospective study. *BMJ.* 23 nov 2002;325(7374):1212-3.
15. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RSE, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 2 oct 2012;109(40):E2657-64.
16. Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Hickman M, et al. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet Lond Engl.* 15 mai 2004;363(9421):1579-88.
17. Bourdillon F, Mosnier A, Godard J. Des missions de santé publique pour les médecins généralistes. *Santé Publique.* 1 déc 2008;20(5):489-500.
18. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Increasing trends in screening for addictive behaviors among general practitioners in France. *ResearchGate.* 20 sept 2011;59(5):285-94.
19. MICHAUD P, FOUILLAND P, GREMY I, KLEIN P. Alcool, tabac, drogue : le public fait confiance aux médecins. *Rev Prat Med Gen.* 21 avr 2003;17(611):605-8.
20. Reynaud M, Bailly D, Venisse J-L. Médecine et addictions : Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ? In: *Peut-on intervenir de façon précoce et efficace ?* Masson. Paris; 2005.
21. Benard V, Rolland B, Messaadi N, Petit A, Cottencin O, Karila L. Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. *Presse Med.* 2 juill 2015;
22. LE BRETON-LEROUVILLOIS G, BISSONNIER C, BOETSCH D, MATUSZEWSKI C, CHAPDELAINE P, FRANCIONE R. La démographie médicale en Région Languedoc-Roussillon : Situation en 2015. :69.
23. Knight JR, Sherritt L, Shrier LA, Harris SK, Chang G. Validity of the CRAFFT Substance Abuse Screening Test Among Adolescent Clinic Patients. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 1 juin 2002;156(6):607-14.
24. Obradovic I. Revue de littérature sur l'usage problématique de cannabis - Note de synthèse - OFDT [Internet]. 2013 [cité 14 mai 2018]. Disponible sur: <https://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/revue-de-litterature-sur-lusage-problematique-de-cannabis/>
25. INSERM. Cannabis : quels effets sur le comportement et la santé ? [Internet]. 2001 [cité 20 mai 2018]. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/40>
26. Reynaud M, France, Direction générale de la santé. Usage nocif de substances psychoactives: identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir : rapport au directeur général de la santé. Paris: La Documentation française; 2002.

27. Beck F, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Rödner Sznitman S, Olsson B, Room R, éditeurs. A cannabis reader: global issues and local experiences: perspectives on cannabis controversies, treatment and regulation in Europe. Lisbon, p. 31-58. Lisbon: European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction; 2008. 2 p. (EMCDDA monographs).
28. Kanagaratnam P, Eterstein P. Prise en charge de la consommation de cannabis chez les adolescents de 15-19 ans par les médecins généralistes: étude qualitative menée auprès de quinze médecins généralistes de Seine-et-Marne. Créteil, France: Université Paris-Est Créteil; 2015.
29. HAS. Outil d'aide au repérage précoce et intervention brève : alcool, cannabis, tabac chez l'adulte - Rapport d'élaboration. 2014.
30. Michaud P, Gache P, Batel P, Arwidson P. Intervention brève auprès des buveurs excessifs. [Internet]. 2003 [cité 17 avr 2017]. Disponible sur: https://www.sante-centre.fr/portail_v1/gallery_files/site/133/996/2348/2356.pdf
31. Poikolainen K. Effectiveness of brief interventions to reduce alcohol intake in primary health care populations: a meta-analysis. *Prev Med.* mai 1999;28(5):503-9.
32. Laporte C, Vaillant-Roussel H, Pereira B, Blanc O, Eschalier B, Kinouani S, et al. Cannabis and Young Users-A Brief Intervention to Reduce Their Consumption (CANABIC): A Cluster Randomized Controlled Trial in Primary Care. *Ann Fam Med.* mars 2017;15(2):131-9.

Annexes

Questionnaire

Cannabis en Médecine Générale

Bonjour,

Je m'appelle Renaud VIGNET et je termine mon internat de Médecine Générale à Montpellier. Je réalise un travail de thèse portant sur la prise en charge de l'usage de cannabis en Médecine Générale. J'aimerais plus précisément étudier la prévalence de ce trouble et analyser des freins modifiables au dépistage pratiqué en cabinet de ville.

Pour ce faire, j'ai imaginé un questionnaire informatisé, anonyme et interactif, adressé aux médecins généralistes installés dans le Languedoc Roussillon. En y répondant, vous me donnez la chance de mener à bien ce projet de thèse qui me tient à cœur, et vous augmenterez la puissance de l'étude.

De plus, en parcourant ce questionnaire, vous trouverez des données issues de la littérature française et internationale concernant la consommation de cannabis, ainsi que des outils pouvant vous servir dans le repérage et la prise en charge de ce trouble.

Ce questionnaire est court et vous prendra entre 4 et 7 minutes.

Faites attention, s'il vous plait, à bien répondre à toutes les questions sinon les données ne seront pas enregistrées !

Je reste disponible pour d'éventuelles questions.

Merci à tous.

A propos de vous

1/ Vous êtes...

Une seule réponse possible.

- Femme
- Homme

2/ Quel est votre âge ? ... ans

3/ Dans quel département pratiquez-vous ?

Une seule réponse possible.

- Hérault
- Gard
- Aude
- Pyrénées Orientales
- Lozère

4/ Quel est votre milieu d'exercice ?

Une seule réponse possible.

- Ville
- Semi rural
- Rural

5/ Quelle est votre formation en Addictologie ?

Une seule réponse possible.

- Nulle
- Expérience
- Ponctuelle (FMC)
- DU / Capacité / DESC

Selon vous (1)

6/ Pensez-vous que le médecin généraliste ait un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge de l'usage de cannabis ?

Une seule réponse possible.

- oui Passez à la question 8
- non Passez à la question 7

Freins (1)

7/ Selon vous, quel praticien devrait tenir le rôle de médecin de premier recours dans le dépistage et la prise en charge de l'usage de cannabis ?

Une seule réponse possible.

- Psychiatre
- Addictologue
- Pneumologue
- Médecine scolaire
- Médecine de santé au travail
- Autre

Selon vous (2)

En guise d'introduction, voici quelques questions d'épidémiologie sur la consommation de cannabis.

8/ Combien de personnes en France dans la tranche 15 - 74 ans déclarent une consommation de cannabis dans l'année écoulée ?

Une seule réponse possible.

- 500 000
- 1 000 000
- 2 000 000
- 3 000 000
- 4 000 000

9/ Combien de personnes en France, dans la tranche des 15-74 ans, déclarent au moins 10 consommations de cannabis dans le mois écoulé ?

Une seule réponse possible.

- 200 000
- 400 000
- 600 000
- 800 000
- 1 000 000
- 1 500 000

10/ Combien d'adolescents de 17 ans en France, déclarent avoir expérimenté le cannabis au moins une fois dans leur vie ?

Une seule réponse possible.

- 5 %
- 10 %
- 20 %
- 30 %
- 40 %
- 50%

11/ Combien d'adolescents de 17 ans en France, déclarent une consommation quotidienne de cannabis ?

Une seule réponse possible.

- 0.5 %
- 1 %
- 2 %
- 3 %
- 4 %
- 5 %

Epidémiologie

D'après l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanie (OFDT) :

- La France compte **3.8 millions d'utilisateurs actuels** (une consommation au moins dans l'année précédente) ainsi que **1.2 millions d'utilisateurs réguliers** (au moins 10 consommations dans le mois écoulé).
- La France est un des pays où la consommation de cannabis est la plus importante. **45.1% des jeunes adultes** (15-34 ans) déclarent avoir expérimenté le cannabis, la moyenne européenne étant de 32,5% en 2011.
- La France est en tête du classement européen concernant les usages élevés de cannabis chez les adolescents, loin devant la République Tchèque et les Pays-Bas.
- En 2014, près d'un adolescent sur deux, âgé de 17 ans, a expérimenté le cannabis au cours de sa vie (**47,8%**). Et **4% déclarent un usage quotidien** !
- Depuis 2005, on observe une augmentation de plus de 20% des consultations pour le cannabis dans les centres spécialisés.

Dépistage

12/ Dans votre patientèle, quel est le pourcentage de consultations pendant lesquelles le sujet du cannabis est abordé ?

Une seule réponse possible.

- 0 %
- 1%
- 5%
- 10%
- Entre 10 et 30%
- Supérieur à 30 %
- Ne sait pas

13/ Vous arrive-t-il d'aborder la question de la consommation de cannabis en consultation ?

Une seule réponse possible.

- Oui Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 16.
- Rarement Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 15.
- Non Après avoir répondu à la dernière question de cette section, passez à la question 15.

14/ Dans quel contexte, dépistez-vous un usage de cannabis ?

Plusieurs réponses possibles.

- Systématiquement
- Complication psychosomatique
- Demande d'un tiers du patient
- Dans le cadre d'un bilan de co-addiction

- Problèmes familiaux
- Echec scolaire
- Jamais

Freins (2)

15/ Pour quelle raison, ne dépistez-vous pas/pas suffisamment un usage de cannabis ?

Plusieurs réponses possibles.

- Pas envie
- Manque de temps
- Faible prévalence du trouble
- Manque de formation
- Contexte (il)légal du produit
- Problème de l'adolescent
- Dénier du patient

Passez à la question 16.

Dépistage (2)

16/ Avez-vous déjà utilisé un questionnaire d'aide au repérage des consommations problématiques de cannabis ? (CAST, CRAFFT, SDS)

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 18.
- Non Passez à la question 17.

Freins Questionnaires

17/ Pourquoi n'utilisez-vous pas les questionnaires d'aide au repérage des consommations problématiques ?

Une seule réponse possible.

- Méconnaissance
- Manque de temps
- Je n'en vois pas l'intérêt
- Questionnaires pas à disposition

Passez à la question 18.

RP - IB

18/ Avez-vous déjà utilisé le Repérage Précoce et Intervention Brève (RP-IB) mis en place par l'HAS ?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à "Questionnaires / RP - IB".
- Non Passez à la question 19.

Freins RP - IB

19/ Pourquoi n'avez-vous pas recours au Repérage Précoce et Intervention Brève (RP-IB) mis en place par l'HAS ?

Une seule réponse possible.

- Méconnaissance
- Manque de formation
- Manque de temps
- N'en voit pas l'intérêt
- Pas envie

Passez à "Questionnaires / RP - IB".

Questionnaires / RP - IB

- Il existe quelques questionnaires disponibles sur internet, permettant un repérage rapide des Troubles Liés à l'Usage du Cannabis (TLUC)

- Le plus répandu est le questionnaire **CAST** (Cannabis Abuse Screening Test). Il comprend 6 items (consommation seul et/ou avant midi, remarque de l'entourage, échec de tentative de réduction, problème de mémoire, complications) :

- **1 réponse positive** représente une consommation à risque, mais sans conséquence sur la santé = Information minimale sur les risques.
- **2 réponses positives** doivent amener à s'interroger sur les conséquences de la consommation = Intervention brève et suivi ambulatoire régulier.
- **3 réponses positives ou plus** doivent amener à proposer une consultation d'addictologie.

- L'objectif de l'Intervention Brève n'est pas de convaincre, mais d'informer sur les risques de la consommation, conseiller, encourager et rappeler au patient que lui seul, est maître de sa consommation.

- L'Intervention Brève a montré son efficacité dans la réduction de consommation chez les fumeurs les plus jeunes et avec une consommation modérée (CAST < 3). (Vorilhon et al. 2017)

=> Lien pour questionnaire CAST et outil RP-IB disponible dans la conclusion du questionnaire.

Passez à la question 20.

Sevrage en Cannabis

20/ Vous sentez vous compétent pour prendre un charge un sevrage en cannabis ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

21/ Avez-vous déjà eu à gérer un syndrome de sevrage en cannabis ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

22/ Comment prenez-vous en charge un patient désireux de sevrage en cannabis ?

Plusieurs réponses possibles.

- Traitement médicamenteux
- Orientation vers spécialiste
- Psychothérapie
- Suivi régulier
- Intervention Brève
- Entretien Motivationnel
- Non concerné

23/ Dans le cadre d'un syndrome de sevrage en cannabis, comment traitez-vous les troubles du sommeil ?

Une seule réponse possible.

- Benzodiazépines
- Buspirone (Buspar)
- Anti Histaminique type Atarax
- Neuroleptiques
- Hypnotiques
- Non concerné

24/ Dans le cadre d'un syndrome de sevrage en cannabis, comment traitez-vous des troubles anxieux ?

Plusieurs réponses possibles.

- Orientation vers Psychiatre
- Benzodiazépines
- Antis dépresseurs type ISRS
- Buspirone (Buspar)
- Anti histaminique type Atarax
- Neuroleptiques
- Non concerné

Syndrome de Sevrage

- Les symptômes de sevrage les plus fréquemment rencontrés sont une **irritabilité**, une **anxiété** et des **troubles du sommeil**.
- Ils surviennent quelques jours après l'arrêt, chez **plus de 50%** des consommateurs et peuvent durer plusieurs semaines.
- Leur fréquence d'apparition serait liée à la durée d'exposition.
- La prise en charge du sevrage se fait généralement en ambulatoire, sauf en cas de comorbidités psychiatriques sévères, où un relai par la psychiatrie est conseillé.
- Dans le cadre d'une anxiété, il est préférable d'utiliser des anxiolytiques NON benzodiazépines de type **Anti histaminique** (Atarax) ou la **Buspirone** en première intention.
- Dans le cadre de trouble du sommeil, on utilisera également **l'Atarax et la Buspirone** en cas de rumination anxieuse gênant l'endormissement, ou bien des **hypnotiques** type Zolpidem, Zopiclone ou encore Alimémazine, mais en cure courte seulement. (Dervaux et al. 2012)
- Les troubles du sommeil et l'anxiété représentent le premier facteur de rechute chez les patients en sevrage.

Structures Spécialisées

25/ Avez-vous déjà adressé un patient pour la prise en charge d'une consommation de cannabis?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 26.
- Non Passez à la question 27.

Structures Spécialisées (2)

26/ Vers quel spécialiste/structure, adressez-vous ces patients en général ?

Plusieurs réponses possibles.

- Psychiatre
- Pneumologue
- Psychologue
- Centre Hospitalier
- CSAPA / ANPAA

Structures Spécialisées (3)

27/ Connaissez-vous des structures spécialisées en Addictologie dans votre secteur de pratique, pouvant prendre en charge les consommations problématiques de cannabis ?

Une seule réponse possible.

- Oui Passez à la question 28.
- Non Passez à "Structures spécialisées".

Structures Spécialisées (4)

28/ Quel genre de structure spécialisée connaissez-vous dans votre secteur de pratique ?

Plusieurs réponses possibles.

- Consultation d'addictologie hospitalière
- CSAPA / ANPAA
- Association de consommateurs
- Consultations Jeunes Consommateurs

Structures spécialisées

Il existe plusieurs structures spécialisées à travers la région, pouvant prendre en charge les consommations problématiques de cannabis et de manière plus large, tous les problèmes liés à l'addictologie.

- Les structures de l'Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

: Leur action couvre l'ensemble des addictions.

- Aude : Narbonne
- Gard : Nîmes
- Hérault : Montpellier, Clermont l'Hérault, Lodève
- Lozère : Mende
- Pyrénées Orientales : Perpignan

- Les Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) : Il en existe plusieurs selon le département. Elles peuvent être rattachées à l'ANPAA, un Centre Hospitalier, une association où même être privée. Leur action couvre l'ensemble des addictions.

- Aude (5) : Castelnaudary, Limoux, Narbonne, Carcassonne x2
- Gard (6) : Alès, Le Vigan, Nîmes x3, Saint Gilles
- Hérault (8) : Béziers, Lunel, Sète, Montpellier x5
- Lozère (1) : Mende
- Pyrénées Orientales (4) : Perpignan, Toulouges

- Les Consultations addictologiques en Centre Hospitalier : Perpignan, Narbonne, Béziers, Sète, Montpellier à St Éloi, Nîmes à Caremeau, Alès, Mende.

=> Lien avec adresse et contact des différentes structures disponible dans la conclusion du questionnaire.

Passez à la question 29.

Perspectives

29/ Pensez-vous pouvoir améliorer votre pratique concernant le dépistage de l'usage du cannabis ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

30/ Seriez-vous favorable à une formation addictologique ponctuelle, organisée dans le cadre de la FMC ?

Une seule réponse possible.

- Oui
- Non

31/ Comment jugez-vous le caractère interactif de ce questionnaire ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Inutile

Très utile

32/ Y avez-vous trouvé des notions utiles pour votre pratique ?

Une seule réponse possible.

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Pas du tout

Beaucoup

Conclusion

- Les chiffres de la consommation de cannabis se maintiennent à un niveau élevé en France.

- Depuis 2011, le cannabis est la seule substance psychoactive en augmentation dans les différentes catégories d'usage (expérimentation, occasionnel, régulier, quotidien).

- Parallèlement, il existe une demande d'accompagnement en essor.

- L'abord de la question du cannabis peut parfois paraître compliqué. On peut imaginer poser la question lors d'une consultation dite "systématisée", comme pour les certificats d'aptitude au sport.

- D'après une étude du Dr Michaud réalisée en 2003 en région parisienne (sondage téléphonique en population générale), 85% des sondés estiment que le médecin généraliste serait dans son rôle s'il abordait les questions liées aux drogues illicites.

- Le programme de Repérage Précoce et d'Intervention Brève est un outil simple qui a déjà montré son efficacité dans la réduction de la consommation chez les jeunes fumeurs.

Lien=>https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf

- Le point le plus important dans le RP-IB est le Repérage ! Parfois, simplement poser la question et ouvrir un espace d'écoute et de discussion suffit à un début de prise en charge.

- Il existe de nombreuses structures spécialisées en addictologie à travers la région (ANPAA, CSAPA hospitalier ou associatif...), pouvant donner des conseils où même prendre le relai pour la prise en charge d'une consommation problématique de cannabis.

Lien=> <http://annuaire.action-sociale.org/etablissements/readaptation-sociale/centre-de-soins-accompagnement-prevention-addictologie-197/rgn-languedoc-roussillon.html#herault>

Commentaires Libres

Voici un espace où vous pouvez laisser vos remarques ou commentaires concernant le questionnaire :

Merci de votre participation !

M'envoyer une copie de mes réponses

Commentaires libres

Merci pour ces informations pertinentes qui manquent dans ma pratique personnelle, il est très difficile de tout connaître en Médecine Générale et l'addictologie est souvent délaissée au détriment d'autres spécialités. Merci pour cette mise en point
La question du pourcentage de patients auxquels on pose la question de la consommation est difficile à évaluer en pourcentage, s'agit-il des ados ou de la population en générale ? Ma réponse est peut-être sur évaluée. Si la question avait été "s'agit-il d'une question systématique de votre interrogatoire ?" La réponse aurait été non contrairement au tabac par exemple
Merci. J'ai appris des choses. Cela m'a motivé. Suis responsable de groupe FMC et vais me pencher sur la question.
Les questions d'épidémiologie sont pertinentes +++
Réelle difficulté en terme de temps à prendre en charge la consommation de cannabis sans demande du patient (autres addictions notamment OH et surtout activité médicale déjà très soutenue...)
-Merci de m'envoyer la thèse finale si possible - à quand l'autorisation d'un ttt substitutif tel que les patchs pour le tabac, la méthadone pour l'héroïne ? bon courage pour la thèse collègue !!!
Sujet touchant bcp de nos patients mais une formation est plus que nécessaire
C'est agréable d'avoir un questionnaire avec des éléments de réponse et des infos utiles,
Super le questionnaire ; aspect interactif enquête puis action d'information est Point positif pour l'adhésion à la participation aux enquêtes de thèse et fait de façon astucieuse 😊. Bon courage très beau travail thèse en perspective.
Beau questionnaire. Je serai intéressée de recevoir les liens donnés par mail, et pourquoi pas la thèse !
Très bon sujet. Poursuis tes efforts
Je suis très intéressée par ce questionnaire et surtout par les informations Néanmoins il y a une augmentation constante d'addiction pour l'alcool et des mélanges de drogues avec l'alcool Pour certaines réponses je ne pouvais pas répondre car je pratique l'homéopathie Merci Bonne continuation
J'ai apprécié l'épidémiologie
Complicé de répondre à certaines questions j'ai mis non concerné sur la prise en charge sevrage et troubles anxieux. Je pose systématiquement la question la consommation de toxiques. Pour ceux qui viennent pour la prise en charge d'un sevrage, ils viennent demander une aide en homéopathie.
J'ai apprécié la forme et les liens
J'adresse mes patients en difficulté avec le cannabis à un généraliste addictologue (je n'ai pas trouvé la "case" à cocher). Très beau travail de votre part. J'ai apprécié les infos après les réponses. Merci
Questionnaire intéressant très bien mené
Merci pour les infos et liens
Intéressant comme démarche.
Questionnaire très intéressant ! merci
Merci. Très instructif et (re)stimulant ! bonne route
La consommation de cannabis apparaît souvent comme récréative et sans danger et d'une grande banalité pour les patients je pose systématiquement la question avec celle du tabagisme et de l'alcool

je n'ai pas vu de syndrome de sevrage et n'ai pas souvent de demande de sevrage qu'au cannabis seulement il s'agit surtout de polyaddition
Ces tests de dépistage que j'ignorais st sûrement très utiles. Et merci pour vos infos. Très bonnes questions.
Domage que vous ne parliez pas des médecines alternatives comme l'hypnose médicale, l'acupuncture, l'auriculothérapie pour l'aide au sevrage et les troubles anxieux !
Merci. Questionnaire intelligent. Bravo
Autre sujet intéressant : les médecins et le cannabis... certains médecins sont eux aussi consommateurs réguliers ce qui peut rendre l'approche difficile...
D'une grande pertinence
Questionnaire trop long pour les généralistes. Il faudrait univoquement 5 questions car beaucoup vont se lasser, et les questionnaires complets seront ceux de médecins pas nécessairement représentatifs.....
Très bonne synthèse
Très bon questionnaire merci
Atarax avait fait l'objet de précautions d'emploi soulignées en 2014 (rsq tdr torsade de pointe allongé et, je m'en sers bcp moins, buspar ? Un patient consommateur régulier est venu m'en demander pour traiter son anxiété (maladive) source de sa dépendance thc (je ne connaissais pas l'indication et les protocoles) sa dépendance reste forte, son anxiété peut être moins
Merci pour les réponses apportées !! Bon courage pour la thèse !
Après 35 ans d'exercice je suis de moins en moins motivé pour ce genre de PEC
Traiter l'addictologie quelle qu'elle soit est nécessaire, mais il vaudrait mieux préparer les thérapeutes à la prévention...
Très intéressant d'avoir les données en direct. Thèse très intéressante. Bon courage !
Merci d'avoir donné les réponses après les questions, afin de me corriger. Je poserai plus souvent la question sur la consommation de cannabis. Bonne continuation.
Les ados restent malheureusement pour moi les plus compliqués à dépister. Beaucoup semblent répondre à côté si j'en crois les statistiques, alors que beaucoup de soixante huitards sont presque fiers de mettre leur consommation en avant.
Ah quand une FMC
Efficace
Questionnaire type formation action fonctionnel
Intéressant mais pas le temps de tout lire : trop long

SERMENT

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

Résumé

Les chiffres de la consommation de cannabis se maintiennent à des niveaux élevés en France. Malgré une demande d'accompagnement en essor, le repérage pratiqué en médecine générale paraît insuffisant. L'objectif principal de notre travail était d'identifier des freins au dépistage de l'usage de cannabis dans le Languedoc Roussillon. Les objectifs secondaires étaient de proposer un état des lieux des pratiques ainsi que d'évaluer l'intérêt d'un questionnaire informatif sur le thème du cannabis.

Nous avons donc réalisé une étude quantitative d'épidémiologie descriptive à l'aide d'un questionnaire informatisé et dans lequel nous avons inséré des notes d'information issues de la littérature.

Au total, 162 médecins ont participé à cette étude. La majorité d'entre eux estime avoir un rôle majeur dans le dépistage et la prise en charge de l'usage de cannabis. Même si l'abord de la consommation de cannabis est rarement systématique dans notre population d'étude, les médecins restent toutefois attentifs à la présence de ces complications. Les questionnaires d'aide au repérage ainsi que le RPIB apparaissent sous utilisés car très souvent méconnus. Les médecins de notre échantillon ne sont pas isolés dans leur pratique et connaissent pour la plupart des structures spécialisées sur lesquelles s'appuyer en cas de besoin. La majorité des répondants estimant pouvoir améliorer leur pratique en terme de dépistage et de prise en charge de l'usage de cannabis, se disent favorables à une formation ponctuelle sur le sujet dans le cadre de la FMC. Enfin, l'aspect informatif du questionnaire a été très bien reçu par les médecins et représente la principale force de cette étude.

Mots clefs : Dépistage, cannabis, médecine générale, Languedoc Roussillon, freins