



HAL
open science

Intoxication au cannabis par ingestion accidentelle chez l'enfant : état des lieux de la connaissance et de la prévention par les médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure

Laure Coussens

► To cite this version:

Laure Coussens. Intoxication au cannabis par ingestion accidentelle chez l'enfant : état des lieux de la connaissance et de la prévention par les médecins généralistes de la Seine Maritime et de l'Eure. Médecine humaine et pathologie. 2021. dumas-03253320

HAL Id: dumas-03253320

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03253320>

Submitted on 8 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.

2021

THESE POUR LE
DOCTORAT EN MEDECINE

(Diplôme d'État)

Par

Mme COUSSENS Laure

NEE LE 21 novembre 1989 A Mont Saint Aignan

PRESENTEE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 06 MAI 2021

**INTOXICATION AU CANNABIS PAR INGESTION ACCIDENTELLE
CHEZ L'ENFANT :
ETAT DES LIEUX DE LA CONNAISSANCE ET DE LA PREVENTION
PAR LES MEDECINS GENERALISTES DE LA SEINE MARITIME ET
DE L'EURE**

PRESIDENT DE JURY : Madame la Professeure Priscille Gérardin

DIRECTEUR DE THESE : Monsieur le Docteur Jean Thiberville

MEMBRES DU JURY : Madame la Professeure Elisabeth Mauviard

Monsieur le Docteur Emmanuel Hazard

Madame la Docteure Juliette Raghani

ANNEE UNIVERSITAIRE 2020 - 2021

U.F.R. SANTÉ DE ROUEN

DOYEN : **Professeur Benoît VEBER**

ASSESEURS : **Professeur Loïc FAVENNEC**

Professeur Agnès LIARD

Professeur Guillaume SAVOYE

I - MEDECINE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mr Frédéric ANSELME	HCN	Cardiologie
Mme Gisèle APTER	Havre	Pédopsychiatrie
Mme Isabelle AUQUIT AUCKBUR	HCN	Chirurgie plastique
Mr Jean-Marc BASTE	HCN	Chirurgie Thoracique
Mr Fabrice BAUER	HCN	Cardiologie
Mme Soumeya BEKRI	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mr Ygal BENHAMOU	HCN	Médecine interne
Mr Jacques BENICHOU	HCN	Bio statistiques et informatique médicale
Mr Olivier BOYER	UFR	Immunologie
Mme Sophie CANDON	HCN	Immunologie
Mr François CARON	HCN	Maladies infectieuses et tropicales

Mr Philippe CHASSAGNE	HCN	Médecine interne (gériatrie)
Mr Moïse COEFFIER	HCN	Nutrition
Mr Vincent COMPERE	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mr Jean-Nicolas CORNU	HCN	Urologie
Mr Antoine CUVELIER	HB	Pneumologie
Mr Jean-Nicolas DACHER	HCN	Radiologie et imagerie médicale
Mr Stéfan DARMONI	HCN	Informatique médicale et techniques de communication
Mr Pierre DECHELOTTE	HCN	Nutrition
Mr Stéphane DERREY	HCN	Neurochirurgie
Mr Frédéric DI FIORE	CHB	Cancérologie
Mr Fabien DOGUET	HCN	Chirurgie Cardio Vasculaire
Mr Jean DOUCET	SJ	Thérapeutique - Médecine interne et gériatrie
Mr Bernard DUBRAY	CHB	Radiothérapie
Mr Frank DUJARDIN	HCN	Chirurgie orthopédique - Traumatologique
Mr Fabrice DUPARC	HCN	Anatomie - Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mr Eric DURAND	HCN	Cardiologie
Mr Bertrand DUREUIL	HCN	Anesthésiologie et réanimation chirurgicale
Mme Hélène ELTCHANINOFF	HCN	Cardiologie
Mr Manuel ETIENNE	HCN	Maladies infectieuses et tropicales
Mr Thierry FREBOURG	UFR	Génétique
Mr Pierre FREGER (<i>surnombre</i>)	HCN	Anatomie - Neurochirurgie
Mr Jean François GEHANNO	HCN	Médecine et santé au travail
Mr Emmanuel GERARDIN	HCN	Imagerie médicale
Mme Priscille GERARDIN	HCN	Pédopsychiatrie
M. Guillaume GOURCEROL	HCN	Physiologie
Mr Dominique GUERROT	HCN	Néphrologie
Mme Julie GUEUDRY	HCN	Ophtalmologie
Mr Olivier GUILLIN	HCN	Psychiatrie Adultes
Mr Claude HOUDAYER	HCN	Génétique

Mr Fabrice JARDIN	CHB	Hématologie
Mr Luc-Marie JOLY	HCN	Médecine d'urgence
Mr Pascal JOLY	HCN	Dermato – Vénérologie
Mme Bouchra LAMIA	Havre	Pneumologie
Mme Annie LAQUERRIERE	HCN	Anatomie et cytologie pathologiques
Mr Vincent LAUDENBACH	HCN	Anesthésie et réanimation chirurgicale
Mr Hervé LEFEBVRE	HB	Endocrinologie et maladies métaboliques
Mr Thierry LEQUERRE	HCN	Rhumatologie
Mme Anne-Marie LEROI	HCN	Physiologie
Mr Hervé LEVESQUE	HCN	Médecine interne
Mme Agnès LIARD-ZMUDA	HCN	Chirurgie Infantile
Mr Pierre Yves LITZLER	HCN	Chirurgie cardiaque
M. David MALTETE	HCN	Neurologie
Mr Christophe MARGUET	HCN	Pédiatrie
Mme Isabelle MARIE	HCN	Médecine interne
Mr Jean-Paul MARIE	HCN	Oto-rhino-laryngologie
Mr Loïc MARPEAU	HCN	Gynécologie - Obstétrique
Mr Stéphane MARRET	HCN	Pédiatrie
Mme Véronique MERLE	HCN	Epidémiologie
Mr Pierre MICHEL	HCN	Hépatogastro-entérologie
M. Benoit MISSET (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation Médicale
Mr Marc MURAINÉ	HCN	Ophtalmologie
Mr Christian PFISTER	HCN	Urologie
Mr Jean-Christophe PLANTIER	HCN	Bactériologie - Virologie
Mr Didier PLISSONNIER	HCN	Chirurgie vasculaire
Mr Gaëtan PREVOST	HCN	Endocrinologie
Mr Jean-Christophe RICHARD (<i>détachement</i>)	HCN	Réanimation médicale - Médecine d'urgence
Mr Vincent RICHARD	UFR	Pharmacologie
Mme Nathalie RIVES	HCN	Biologie du développement et de la reproduction
Mr Horace ROMAN (<i>détachement</i>)	HCN	Gynécologie - Obstétrique

Mr Jean-Christophe SABOURIN	HCN	Anatomie – Pathologie
Mr Mathieu SALAUN	HCN	Pneumologie
Mr Guillaume SAVOYE	HCN	Hépatogastrologie
Mme Céline SAVOYE–COLLET	HCN	Imagerie médicale
Mme Pascale SCHNEIDER	HCN	Pédiatrie
Mr Lilian SCHWARZ	HCN	Chirurgie Viscérale et Digestive
Mr Michel SCOTTE	HCN	Chirurgie digestive
Mme Fabienne TAMION	HCN	Thérapeutique
Mr Luc THIBERVILLE	HCN	Pneumologie
Mr Hervé TILLY (<i>surnombre</i>)	CHB	Hématologie et transfusion
M. Gilles TOURNEL	HCN	Médecine Légale
Mr Olivier TROST	HCN	Anatomie -Chirurgie Maxillo-Faciale
Mr Jean-Jacques TUECH	HCN	Chirurgie digestive
Mr Benoît VEBER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale
Mr Pierre VERA	CHB	Biophysique et traitement de l'image
Mr Eric VERIN Réadaptation		Les Herbiers Médecine Physique et de
Mr Eric VERSPYCK	HCN	Gynécologie obstétrique
Mr Olivier VITTECOQ	HC	Rhumatologie
Mr David WALLON	HCN	Neurologie
Mme Marie-Laure WELTER	HCN	Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme Najate ACHAMRAH	HCN	Nutrition
Mme Elodie ALESSANDRI-GRADT	HCN	Virologie

Mme Noëlle BARBIER-FREBOURG	HCN	Bactériologie – Virologie
Mr Emmanuel BESNIER	HCN	Anesthésiologie - Réanimation
Mme Carole BRASSE LAGNEL	HCN	Biochimie
Mme Valérie BRIDOUX HUYBRECHTS	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Gérard BUCHONNET	HCN	Hématologie
Mme Mireille CASTANET	HCN	Pédiatrie
Mme Nathalie CHASTAN	HCN	Neurophysiologie
M. Vianney GILARD	HCN	Neurochirurgie
Mr Serge JACQUOT	UFR	Immunologie
Mr Joël LADNER	HCN	Epidémiologie, économie de la santé
Mr Jean-Baptiste LATOUCHE	UFR	Biologie cellulaire
M. Florent MARGUET	HCN	Histologie
Mme Chloé MELCHIOR	HCN	Gastroentérologie
M. Sébastien MIRANDA	HCN	Chirurgie Vasculaire
Mr Thomas MOUREZ (<i>détachement</i>)	HCN	Virologie
Mr Gaël NICOLAS	UFR	Génétique
Mme Muriel QUILLARD	HCN	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Laëticia ROLLIN	HCN	Médecine du Travail
Mme Pascale SAUGIER-VEBER	HCN	Génétique
M. Abdellah TEBANI	HCN	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Anne-Claire TOBENAS-DUJARDIN	HCN	Anatomie
Mr Julien WILS	HCN	Pharmacologie

PROFESSEUR AGREGÉ OU CERTIFIÉ

Mr Thierry WABLE	UFR	Communication
Mme Mélanie AUVRAY-HAMEL	UFR	Anglais

ATTACHE TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE à MI-TEMPS

Mme Justine SAULNIER	UFR	Biologie
-----------------------------	-----	----------

II - PHARMACIE

PROFESSEURS DES UNIVERSITES

Mr Jérémy BELLIEN (PU-PH)	Pharmacologie
Mr Thierry BESSON	Chimie Thérapeutique
Mr Jean COSTENTIN (Professeur émérite)	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUS	Biochimie
Mr Abdelhakim EL OMRI	Pharmacognosie
Mr François ESTOUR	Chimie Organique
Mr Loïc FAVENNEC (PU-PH)	Parasitologie
Mr Jean Pierre GOULLE (Professeur émérite)	Toxicologie
Mme Christelle MONTEIL	Toxicologie
Mme Martine PESTEL-CARON (PU-PH)	Microbiologie
Mr Rémi VARIN (PU-PH)	Pharmacie clinique
Mr Jean-Marie VAUGEOIS	Pharmacologie
Mr Philippe VERITE	Chimie analytique

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES

Mme Cécile BARBOT	Chimie Générale et Minérale
Mr Frédéric BOUNOURE	Pharmacie Galénique
Mr Thomas CASTANHEIRO MATIAS	Chimie Organique
Mr Abdeslam CHAGRAOUI	Physiologie

Mme Camille CHARBONNIER (LE CLEZIO)	Statistiques
Mme Elizabeth CHOSSON	Botanique
Mme Marie Catherine CONCE-CHEMTOB économie de la santé	Législation pharmaceutique et
Mme Cécile CORBIERE	Biochimie
Mme Nathalie DOURMAP	Pharmacologie
Mme Isabelle DUBUC	Pharmacologie
Mme Dominique DUTERTE- BOUCHER	Pharmacologie
Mr Gilles GARGALA (MCU-PH)	Parasitologie
Mme Nejla EL GHARBI-HAMZA	Chimie analytique
Mme Marie-Laure GROULT	Botanique
Mr Chervin HASSEL	Biochimie et Biologie Moléculaire
Mme Maryline LECOINTRE	Physiologie
Mme Hong LU	Biologie
Mme Marine MALLETER	Toxicologie
M. Jérémie MARTINET (MCU-PH)	Immunologie
M. Romy RAZAKANDRAINIBÉ	Parasitologie
Mme Tiphaine ROGEZ-FLORENT	Chimie analytique
Mr Mohamed SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Malika SKIBA	Pharmacie galénique
Mme Christine THARASSE	Chimie thérapeutique
Mr Frédéric ZIEGLER	Biochimie

PROFESSEURS ASSOCIES

Mme Cécile GUERARD-DETUNCQ	Pharmacie officinale
Mme Caroline BERTOUX	Pharmacie

PAU-PH

M. Mikaël **DAOUPHARS**

PROFESSEUR CERTIFIE

Mme Mathilde **GUERIN**

Anglais

ASSISTANTS HOSPITALO-UNIVERSITAIRES

Mme Alice **MOISAN**

Virologie

M. Henri **GONDÉ**

Pharmacie

ATTACHES TEMPORAIRES D'ENSEIGNEMENT ET DE RECHERCHE

Mme Soukaina **GUAOUA-ELJADDI**

Informatique

Mme Clémence **MEAUSOONE**

Toxicologie

ATTACHE TEMPORAIRE D'ENSEIGNEMENT

Mme Ramla **SALHI**

Pharmacognosie

LISTE DES RESPONSABLES DES DISCIPLINES PHARMACEUTIQUES

Mme Cécile **BARBOT**

Chimie Générale et minérale

Mr Thierry **BESSON**

Chimie thérapeutique

Mr Abdeslam **CHAGRAOUI**

Physiologie

Mme Elisabeth **CHOSSON**

Botanique

Mme Marie-Catherine **CONCE-CHEMTOB**

Législation et économie de la santé

Mme Isabelle **DUBUS**

Biochimie

Mr Abdelhakim **EL OMRI**

Pharmacognosie

Mr François **ESTOUR**

Chimie organique

Mr Loïc **FAVENNEC**

Parasitologie

Mr Michel **GUERBET**

Toxicologie

Mme Martine **PESTEL-CARON**

Microbiologie

Mr Mohamed **SKIBA**

Pharmacie galénique

Mr Rémi **VARIN**

Pharmacie clinique

M. Jean-Marie **VAUGEOIS**

Pharmacologie

Mr Philippe **VERITE**

Chimie analytique

III – MEDECINE GENERALE

PROFESSEUR MEDECINE GENERALE

Mr Jean-Loup **HERMIL** (PU-MG)

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCE MEDECINE GENERALE

Mr Matthieu **SCHUERS** (MCU-MG)

UFR Médecine générale

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTE

Mr Pascal **BOULET**

UFR Médecine générale

Mr Emmanuel **LEFEBVRE**

UFR Médecine Générale

Mme Elisabeth **MAUVIARD**

UFR Médecine générale

Mr Philippe **NGUYEN THANH**

UFR Médecine générale

Mme Yveline **SEVRIN**

UFR Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS – MEDECINS GENERALISTES

Mme Laëtitia **BOURDON**

UFR Médecine Générale

Mme Elsa **FAGOT-GRIFFIN**

UFR Médecine Générale

Mr Emmanuel **HAZARD**

UFR Médecine Générale

Mme Lucile **PELLERIN**

UFR Médecine générale

ENSEIGNANTS MONO-APPARTENANTS

PROFESSEURS

Mr Paul MULDER (phar)	Sciences du Médicament
Mme Su RUAN (med)	Génie Informatique

MAITRES DE CONFERENCES

Mr Sahil ADRIOUCH (med) (Unité Inserm 905)	Biochimie et biologie moléculaire
Mme Gaëlle BOUGEARD-DENOYELLE (med) moléculaire (UMR 1079)	Biochimie et biologie
Mme Carine CLEREN (med)	Neurosciences (Néovasc)
M. Sylvain FRAINEAU (med)	Physiologie (Inserm U 1096)
Mme Pascaline GAILDRAT (med) (UMR 1079)	Génétique moléculaire humaine
Mr Nicolas GUEROUT (med)	Chirurgie Expérimentale
Mme Rachel LETELLIER (med)	Physiologie
Mr Antoine OUVRARD-PASCAUD (med)	Physiologie (Unité Inserm 1076)
Mr Frédéric PASQUET	Sciences du langage, orthophonie
Mme Anne-Sophie PEZZINO	Orthophonie
Mme Christine RONDANINO (med)	Physiologie de la reproduction
Mr Youssan Var TAN	Immunologie
Mme Isabelle TOURNIER (med)	Biochimie (UMR 1079)

DIRECTEUR ADMINISTRATIF : M. Jean-Sébastien VALET

HCN - Hôpital Charles Nicolle

HB - Hôpital de BOIS GUILLAUME

*CB - Centre Henri Becquerel
Rouvray*

CHS - Centre Hospitalier Spécialisé du

**Intoxication au cannabis par ingestion accidentelle chez l'enfant : état
des lieux de la connaissance et de la prévention par les médecins
généralistes de la Seine-Maritime et de l'Eure.**

2021

Par délibération en date du 3 mars 1967, la faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



Université de Rouen

SERMENT D'HIPPOCRATE

« Au moment d'être admis(e) à exercer la médecine, je promets et je Jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux. Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité. J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences. Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis(e) dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés. Reçu(e) à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs. Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité. Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré(e) et méprisé(e) si j'y manque. »

Remerciements

A Madame la Professeure Priscille Gérardin,

Vous me faites l'honneur de présider ce jury de thèse. Veuillez recevoir le témoignage de tout mon respect pour l'intérêt que vous portez à mon travail.

A Monsieur le Docteur Jean Thiberville,

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ce travail de thèse. Merci pour vos conseils et votre accompagnement au cours de cette étape tant redoutée.

A Madame la Professeure Elisabeth Mauviard,

Je vous remercie d'avoir accepté d'évaluer mon travail et d'être membre de ce jury, de prendre du temps pour les étudiants en médecine générale.

A Monsieur le Docteur Emmanuel Hazard,

Je vous remercie de prendre le temps d'être membre de ce jury afin de juger mon travail. Merci d'enseigner la médecine générale comme vous le faites.

A Madame la Docteure Juliette Raghani,

Je te remercie d'avoir accepté de faire partie de mon jury, merci de m'avoir fait adorer ce stage de pédiatrie et de m'avoir aiguillé sur ce sujet.

A mes maîtres de stage,

Merci de m'avoir transmis vos connaissances et votre passion pour la médecine générale.

A tous les médecins de Seine-Maritime et de l'Eure,

Pour avoir pris le temps de répondre à mon questionnaire.

A mes parents,

A mon père, le Docteur Coussens que j'admire et qui m'inspire depuis si longtemps. Pour m'avoir transmis ton amour de la médecine et surtout ton amour des patients. Pour pouvoir partager toutes ces anecdotes avec toi, continuer à nous former mutuellement sur ce vaste sujet qu'est la médecine et qui nous unit par la même passion. Merci de m'avoir transmis ta malice, merci d'être le père que tu es.

A ma mère, qui a toujours cru en moi, dans chacune des grandes étapes. Merci d'être si fière de tes enfants. Merci pour toutes les valeurs et le courage que tu nous as transmis.

C'est grâce à vous que j'en suis ici, je vous aime.

A mes frères (les meilleurs) et belles-sœurs,

A Paul, pour toutes tes connaissances, ta culture générale, tes passions, tes nombreux sujets de conversation, ta curiosité sans faille. Tu es et tu resteras toujours un modèle à mes yeux.
A Caroline, pour nos moments footing et lecture, dans une piscine en Guadeloupe. Vivement qu'on reprenne ça !

A Antoine, pour tous ces moments passés ensemble, pour m'avoir appris que quand on veut on peut, pour ta gentillesse et ta bienveillance, pour nos délires. Toi aussi, tu es et tu resteras toujours un modèle à mes yeux.

A Alice, pour être toi, pour me faire rire, parfois malgré toi !

A Romane, la plus belle, la meilleure et la plus merveilleuse des nièces (la concurrence est limitée)

A toute ma famille

A mes beaux-parents,

Patrick et Monique, pour toute votre gentillesse, pour vos attentions.

A Doriane,

Pour tous les bons moments passés avec toi, pour les nuits blanches à chanter du Céline.

A Yanis, Jules et Elie, mes neveux, bientôt officiellement par alliance.

A Virginie,

Pour avoir fait de moi qui je suis aujourd'hui à travers toutes les étapes qu'on a traversé ensemble. Merci pour ton soutien pour cette thèse. Tout simplement merci pour tout.

Tu me manques du fin fond de ta Haute Savoie.

A Vincent pour prendre soin d'elle.

A Agnès,

Merci pour tous ces moments où tu me fais tant rire. Merci d'être toi. Merci pour ton soutien dans les bonnes et les mauvaises étapes. Merci de me rassurer quand il le faut.

Merci d'être là depuis 17 ans ! Merci Merci Merci.

A Etienne, d'être là pour elle.

A Laure,

Merci d'avoir été mon acolyte pendant cet internat si difficile par certains moments. On en a bavé mais on l'a fait ensemble. Merci pour ton sourire, si précieux. Merci pour ta présence indéfectible, nos moments passés ensemble sont toujours une bouffée d'air.

A Ben,

Merci pour tous ces moments passés ensemble, pour nos délires.

A Martin, pour adorer chaque fois que je l'entends dire « tata Laauure »

A Louison, qui vient parfaire cette petite famille.

A Jeanne,

Pour nos cafés, nos petits moments, ton sourire, ta bienveillance, ta présence, ton accompagnement, ta gentillesse. Merci.

A Guillaume,

Pour m'autoriser à faire partie de tes meubles.

A Marion,

Ma coloc, la seule et l'unique. Pour avoir fait partie de la meilleure année de mes études et être encore là 11 ans après ! L'année 2010-2011 restera gravée à jamais. Pour m'avoir fait apprendre le cycle de la peste, le Rate-Floh-Mensch,

Pour tous nos moments passés et à venir. Merci

A Cloé,

Parce que je peux venir chez toi comme ça, parce que c'est toujours un pur plaisir de bruncher et/ou de boire une bière avec toi. Parce que tu me soutiens depuis si longtemps, parce qu'on a nos moments à nous, où on rit tant.

A Marie,

Merci pour tous ces moments passés ensemble, pour tes infos Marie, pour me rendre précautionneuse avec mes livres. Merci d'être l'amie que tu es.

A Benoit, pour rire à chaque fois que je te vois.

A Lucille,

Pour nos moments partagés trop rares, pour ce super stage de gynéco, pour ta gentillesse.

A Matthieu, Mon co-remplaçant, parce que c'est toujours un vrai plaisir de travailler avec toi.

A Alex,

Pour toutes les questions médicales étonnantes que tu me poses (parfois agrémentées d'images), et qui finissent généralement avec de magnifiques diagnostics.

A tous mes co-internes

Croisés au cours de cet internat, pour avoir rendu encore plus belles ces années.

A Hélène, A Anais, A Odile,

Auprès de qui je continue à me former tous les jours, merci pour votre gentillesse et votre bienveillance.

A Mme Lecoq,

Qui me stimule depuis trois ans bientôt à passer ma thèse.

A Marie-Caroline,

Pour nos séances de crossfit souvent entourées de papotage.

Et pour finir, à Victorien,

A toi, mon amour. Merci de me faire rire depuis 10 ans, de me soutenir, de m'aimer, de croire en moi. Merci de m'avoir supporté pendant toutes ces études. Que tu sois fier de moi est le plus important à mes yeux. Je suis fière d'être ta future femme. Je t'aime.

Au 26 juin, vivement.

Table des matières

PREMIERE PARTIE : INTRODUCTION	26
I. LE CANNABIS	26
A. Informations générales	26
B. Épidémiologie de la consommation	28
C. Toxicocinétique et toxicopharmacologie	29
D. Dépistage dans l'organisme	30
E. Effets et complications du cannabis chez l'adulte	31
1) Les complications somatiques	32
a. Risques aigus	32
b. Risques chroniques	32
2) Les complications psychiatriques	33
a. Troubles psychiatriques aigus	33
b. Troubles psychiatriques chroniques	34
F. Aspects légaux	35
II. LES ACCIDENTS DOMESTIQUES	36
A. Définitions	36
B. Épidémiologie	36
C. Accidents domestiques et pédiatrie	37
III. INTOXICATIONS PAR INGESTION ACCIDENTELLE AU CANNABIS	38
A. Définition	38
B. Signes cliniques	38
C. Gravité de l'intoxication	39
D. Épidémiologie de l'intoxication pédiatrique	40
E. Prise en charge sociale	40

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE	43
I. OBJECTIF	43
II. MATERIEL ET METHODES	43
A. Choix du type d'étude	43
B. Population	43
C. Élaboration du questionnaire	44
D. Diffusion du questionnaire et recueil des données	44
E. Analyse des réponses	45
III. RESULTATS	46
A. Population d'étude	46
B. Caractéristiques démographiques de la population ayant répondu	47
C. Analyse des réponses concernant la connaissance et la prévention de l'intoxication au cannabis chez les enfants par les médecins généralistes	50
D. Analyse des réponses concernant le questionnaire court proposé en support de prévention	58

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION	61
I. REPRESENTATIVITE DE L'ENQUETE	61
II. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PREVENTION	64
III. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI PEDIATRIQUE	66
IV. LA PREVENTION DES ACCIDENTS DOMESTIQUES	67
V. LA CONNAISSANCE ET LA PREVENTION DE L'INTOXICATION AU CANNABIS	68
A. Connaissance de l'intoxication	68
B. Informations reçues et prévention possible	69
VI. UN QUESTIONNAIRE COURT PROPOSE EN SUPPORT DE PREVENTION	71
QUATRIEME PARTIE : CONCLUSION	73
BIBLIOGRAPHIE	74
ANNEXES	81
RESUME	92

Table des figures

Figure 1 : Diagramme de flux

Figure 2 : Répartition des répondants par sexe

Figure 3 : Répartition des répondants par âge

Figure 4 : Répartition des zones d'exercice des répondants

Figure 5 : Répartition du mode d'exercice des répondants partie 1

Figure 6 : Répartition du mode d'exercice des répondants partie 2

Figure 7 : Connaissance de l'intoxication au cannabis

Figure 8 : Connaissance des intoxications en fonction de l'âge

Figure 9 : Connaissance des intoxications en fonction du sexe

Figure 10 : Connaissance des intoxications en fonction du lieu d'exercice

Figure 11 : Pourcentage des médecins ayant reçu ou non une information ou une formation sur l'intoxication au cannabis chez les enfants

Figure 12 : Pourcentage de médecins ayant rencontré des cas dans leur patientèle

Figure 13 : Cas rencontrés dans la patientèle en fonction du lieu d'exercice

Figure 14 : Pourcentage des médecins estimant la prévention de l'intoxication au cannabis justifiée et importante

Figure 15 : Intégrer le questionnaire en fonction de l'importance estimée de la prévention au sujet des intoxications au cannabis

Figure 16 : Nombre de médecins et densités correspondantes dans les territoires de proximité

Figure 17 : Pyramide des âges des médecins généralistes actifs de Haute-Normandie en 2015

Figure 18 : La « marguerite » des compétences du médecin généraliste

Table des annexes

Annexe 1 : Point d'information de l'ANSM de 2015 et 2018

Annexe 2 : Le questionnaire

Annexe 3 : Plaquette d'informations sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson : Protégez-moi ! Les règles d'or de ma première année.

Annexe 4 : Brochure de prévention des accidents domestiques

Annexe 5 : Prévention de l'intoxication au cannabis par ingestion accidentelle : données du site drogues info service

Table des tableaux

Tableau 1 : Comparatif des mesures sociales mises en place dans la littérature

Tableau 2 : Prévention estimée justifiée et importante en fonction des connaissances des intoxications et des cas déjà rencontrés

Tableau 3 : Possible utilisation du questionnaire en fonction du profil des patients

Tableau 4 : Age des femmes comparé à l'âge de la population d'étude

Liste des abréviations

AcVC : accidents de la vie courante

ANSM : Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé

BIUM : Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine

CHU : Centre Hospitalier Universitaire

CNAMTS : Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés

CNOM : Conseil de l'Ordre des Médecins

COVID-19 : COrona VIRUS Disease-19

CRIP : Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes

Δ 9-THC: delta-9-TranstétraHydroCannabinol

Δ 9-THC-COOH : delta9-11-nor-9-carboxy- Δ 9-tetrahydrocannabinol

ECG : ElectroCardioGramme

EEG : ElectroEncéphaloGramme

EMIT : Enzyme Multiplied Immunoassay Technique

EPAC : Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante

HAS : Haute Autorité de Santé

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

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

OPP : Ordonnance de Placement Provisoire

PMI : Protection Maternelle et Infantile

PMSI : Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information

SUDOC : Système Universitaire de DOCumentation

THC : Tétrahydrocannabinol

THC-COOH : 11-nor-9-carboxy- Δ 9-tetrahydrocannabinol

WONCA: World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians

11-OH THC: 11-hydroxy- Δ 9-Tétrahydrocannabinol

L'intoxication au cannabis par ingestion accidentelle chez les enfants présente un problème de santé dont la fréquence et la gravité sont en hausse. Celle-ci présente un caractère évitable par des mesures adaptées de prévention et d'information.

L'ANSM (Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé) a effectué deux alertes (une en 2015 et l'autre en 2018) (Annexe 1) sous forme de points d'information au sujet des intoxications au cannabis par ingestion accidentelle chez l'enfant avec, entre 2015 et 2018, une prévalence accrue et des cas plus graves. (140 cas sur 60 mois pour la période de 2010 à 2014 et 194 cas pour 33 mois du 1 janvier 2015 au 30 septembre 2017, avec deux fois plus d'hospitalisations dans la deuxième période, et cinq fois plus de cas graves)

A l'ère de la légalisation du cannabis, avec une consommation en augmentation, notamment chez les jeunes adultes, âge de la parentalité, le risque de survenue de ces intoxications s'accroît.

Devant ce risque, les mesures préventives semblent justifiées et appropriées. Dans ce contexte, le médecin généraliste occupe une place majeure puisqu'il est un acteur central dans la prise en charge de tout patient y compris des enfants, à tout niveau et notamment dans les soins primaires de prévention.

Dans ce contexte : nous avons réalisé une étude afin d'effectuer un état des lieux de la connaissance et de la prévention des intoxications au cannabis par ingestion accidentelle chez les enfants par les médecins généralistes.

Nous allons dans une première partie faire un rappel sur le cannabis, les accidents domestiques, et l'ingestion accidentelle au cannabis, puis dans une deuxième partie nous allons exposer notre étude avec ses résultats, dans une troisième partie nous analyserons et discuterons ces résultats et pour finir nous conclurons cette étude.

I. LE CANNABIS

Le cannabis représente la drogue la plus consommée dans le monde avec 188 millions de consommateurs en 2017 (soit environ 4% de la population mondiale). (1)

En France, il est également de loin la substance illicite la plus consommée. En 2017, 45% des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. (2)

La France devance clairement les autres membres de l'Union Européenne comme le décrit l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) avec une prévalence d'usage nettement supérieure à celles observées dans la plupart des pays. (2)

A. Informations générales

La plante :

Le cannabis, se regroupant en deux espèces avec l'humulus lupulus : le houblon, appartient à la famille des Cannabinacées. Ceux-ci sont des dicotylédones.

Les botanistes modernes ne retiennent qu'une seule espèce : le cannabis sativa (ou chanvre fibreux) (3).

Les deux principales formes de ce dernier sont le chanvre textile (cannabis sativa sativa) le THC (tétrahydrocannabinol) y étant limité à 0,2%, (4) répandu dans les climats tempérés où il est cultivé pour ses fibres et pour ses graines oléagineuses, et le chanvre indien ou type « drogue » (cannabis sativa indica) avec un taux de THC variant entre 1 et 50% en fonction de sa forme, il pousse de façon endémique dans les zones tropicales ou subtropicales.

La spécificité du cannabis tient à la présence de cannabinoïdes responsables des effets psychotropes, les composés actifs sont le tétrahydrocannabinol mais aussi le cannabinoïde et le cannabidiol, surtout présents dans la résine. (3)

Le principal responsable des effets psychoactifs recherchés lors de la consommation récréative est le delta-9-tétrahydrocannabinol (Δ^9 -THC), qui est classé comme stupéfiant.

Il représente le produit final de la dégradation des cannabinoïdes dans la plante.

La consommation peut se faire sous plusieurs formes : (3,4)

- L'herbe ou marijuana, ganja représente un mélange séché de sommités fleuries (feuilles tiges graines en proportions variables) Son taux de THC varie entre 1 et 10%.
- La résine de cannabis ou haschich, forme la plus consommée, obtenue en tamisant ou en séparant les sommités florales séchées puis comprimées ensuite en forme de barrettes, pains, savons... Elle contient entre 5 et 15 % de THC.
- L'huile obtenue à partir de l'extraction de la résine par de l'alcool à 90°. Elle est la plus concentrée en THC avec un taux variant de 10 à 50%.

L'herbe et la résine sont le plus souvent fumées sous forme d'un joint mélangées ou non à du tabac tandis que l'huile, dont l'usage en Europe est moins répandu, est consommée à l'aide d'une pipe.

Moins souvent le cannabis peut aussi être ingéré dans des préparations alimentaires (space cake) ou bu (infusions).

Histoire du cannabis :

Le cannabis ou chanvre est une plante connue et cultivée depuis longtemps par l'Homme.
(3)

La mention de cannabis, est retrouvée dans plusieurs textes égyptiens dont un datant du XVIIIème siècle avant JC avec mention de « la plante médicale de la marijuana ».

Des textes anciens chinois et indiens rapportent aussi l'utilisation du cannabis notamment dans le Shen nung Ts'ao king, le plus vieux recueil traitant des plantes médicinales, attribué à l'empereur Shennong, avec pour principales prescriptions les vomissements, maladies infectieuses parasitaires et hémorragies.

En occident, bien plus tard, au 19^{ème} siècle, son utilisation thérapeutique est attribuée à Sir William Brooke O'Shaughnessy, qui étudiera les effets thérapeutiques du chanvre en Inde, notamment sur des patients atteints de rhumatisme, hydrophobie, choléra ou tétanos. Il en importera des spécimens à Londres et en popularisera son utilisation.

Le chanvre entre dans la pharmacopée américaine en 1851. On rapporte son utilisation en tant que sédatif, analgésique, antispasmodique ou encore antiémétique, son usage étant donc multiple.

C'est au cours du XX^{ème} siècle que les utilisations médicinales commencent à décliner avec arrêt des recherches et développement des applications thérapeutiques devant l'intérêt accru d'analgésiques de synthèse, le manque de standardisation de ces préparations et la prohibition globale du cannabis dans la moitié du 20^{ème} siècle.

C'est également à la moitié du 20^{ème} siècle que la composition du cannabis sera identifiée avec découverte du delta-9-tetrahydrocannabinol comme étant l'ingrédient psycho-actif primaire du cannabis.

L'utilisation ludique du cannabis va alors se développer de manière importante dans les sociétés occidentales.

L'usage du cannabis ne se limite pas à ces seules utilisations récréatives ou médicinales.

En effet on retrouve l'utilisation multiple du chanvre avec faible teneur en THC depuis l'antiquité. En Chine il servait tant à la fabrication de toile de papier ou de matériaux de construction. En occident on l'utilisait pour la fabrication de toile, cordage et linges.

B. Épidémiologie de la consommation

Dans le monde en 2017, environ 271 millions de personnes soit 5,5% de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans avaient consommé des drogues dans l'année précédente, avec, à noter, une augmentation de 30% des consommateurs depuis 2009. (1)

Pour le cannabis, la consommation est estimée à 188 millions de personnes en 2017.

En Europe, la France, avec L'Italie, l'Espagne et la République Tchèque forment le quatuor de tête.

Le cannabis reste la drogue la plus consommée au monde, en Europe et en France (5). En 2017, 45% des adultes de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie contre 33 % en 2010. (En France) (2,6)

En 2014, la proportion d'usagers réguliers ou occasionnels est maximale entre 18 et 34 ans, âge compatible avec la parentalité.

Par ailleurs, 8 % des 18-25 ans sont des usagers réguliers (au moins 10 consommations de cannabis dans le mois) et 4 % quotidiens (7).

C. Toxicocinétique et toxicopharmacologie :

Les effets neuropsychiques du cannabis fumé apparaissent environ 15 à 20 min après son inhalation chez un consommateur occasionnel, un peu plus tard chez un usager régulier. (8)

Après inhalation et selon la manière de fumer 15 à 50 % du Δ 9-THC présents dans la fumée sont absorbés et passent dans le flux sanguin et les concentrations sanguines maximales sont très rapidement atteintes, en 7 à 10 minutes. (9,10) Ces dernières sont également dose-dépendante. Sa détection plasmatique est alors quasiment « immédiate ». (4)

Par inhalation il est une perte importante de THC d'une part par la pyrolyse lors de la combustion et d'autre part, moindre, dans la fumée secondaire qui n'est pas inhalée.

Très lipophile le Δ 9-THC se distribue rapidement dans tous les tissus riches en lipides, dont le cerveau, expliquant ses effets psychoactifs. Il entraîne une euphorie associée à une somnolence. Des troubles psychiatriques aigus peuvent apparaître. (11)

Cette distribution tissulaire importante entraîne une diminution rapide des concentrations sanguines. (9)

La biodisponibilité varie entre 2 et 56 % avec une forte variabilité intra- et interindividuelle, fonction de la fréquence et du mode de consommation. (10)

En cas d'ingestion, le THC est facilement résorbé du fait de sa lipophilie, mais celle-ci est plus lente que l'absorption pulmonaire. La biodisponibilité du THC par ingestion est inférieure à l'inhalation, par une dégradation dans l'estomac et un premier passage hépatique important, les pics plasmatiques sont alors plus faibles et observés plus tardivement, en moyenne 60 à 120 minutes après l'ingestion (10), maximum 4 à 6 heures.

Au total, la biodisponibilité du THC par voie orale varie de 4 à 20% (4)

Plusieurs pics sont possibles, le THC est métabolisé dans le foie en 11-OH THC (11-hydroxy- Δ 9-tetrahydrocannabinol), métabolite au moins aussi actif que le THC lui-même.

Ce métabolisme actif est formé principalement lors de l'ingestion, sa concentration plasmatique sera alors supérieure à celle du THC (12) et ses effets seront prolongés par ce mode de consommation. Lors d'une prise orale de cannabis, on estime que c'est ce composé qui agit, plus encore que le THC.

Les récepteurs du THC sont des récepteurs membranaires localisés principalement au niveau du système nerveux central : cortex frontal, cortex occipital, locus niger, cervelet, hippocampe. Chez l'adulte il n'y a pas de récepteur dans le bulbe, ce qui explique l'absence

de décès directement imputable à une surdose de cannabis (12). Chez l'enfant, ces récepteurs sont plus nombreux dans le tronc cérébral (13).

Cette différence est responsable d'une toxicité neurovégétative et centrale.

La symptomatologie neurologique est donc au premier plan chez l'enfant.

La voie d'intoxication, majoritairement inhalation chez l'adulte et ingestion chez l'enfant, et sa pharmacodynamie expliquent les différences en termes de gravité.

De rares cas d'inhalation chez l'enfant ont été rapportés. (14,15)

D. Dépistage dans l'organisme : (9)

Le cannabis peut être recherché de plusieurs façons :

➤ Dans les urines :

Technique enzymatique EMIT (Enzyme multiplied immunoassay technique) et l'immunopolarisation de fluorescence.

Le prélèvement d'urine apparaît ce jour comme le prélèvement le plus approprié pour un dépistage rapide de consommation de cannabis. (9)

Le métabolite recherché est le Δ^9 -THC-COOH (delta9-11-nor-9-carboxy- Δ^9 -tetrahydrocannabinol), métabolite inactif du THC.

Il s'agit d'une méthode non invasive et facile à exécuter.

Ce sera celle-là qui sera également privilégiée dans les intoxications pédiatriques au cannabis.

Cette technique est considérée comme efficace même si elle présente une spécificité moindre (9), avec de possibles faux positifs notamment lors de la prise d'acide niflumique ou ibuprofène.

Dans de nombreux CHU (Centre Hospitalier Universitaire) le dépistage s'effectue via l'appareil COBAS (Roche ®), technique considérée comme très efficace, les cas de faux positifs par réaction croisée restant anecdotiques.

Les résultats sont seulement qualitatifs et ne peuvent pas renseigner sur la date de la dernière consommation et des doses.

Certains tests permettent de détecter simultanément les quatre principales classes de stupéfiants (cannabis, opiacés, amphétamine, cocaïne).

Cette technique semble la plus appropriée pour la recherche de l'intoxication chez l'enfant.

➤ Dans le sang :

Méthodes chromatographiques

Le sang est le liquide biologique le plus approprié dans les contextes médico-légaux permettant de confirmer un usage récent de cannabis.

En effet seule l'analyse du sang permet d'effectuer une analyse quantitative dont les résultats peuvent donner lieu à une interprétation, (9) les méthodes utilisées permettant d'estimer un temps écoulé entre la dernière consommation et la prise de sang, les concentrations sanguines de THC significatives se traduiront par des effets pharmacologiques (mydriase, hyperhémie conjonctivale, troubles comportementaux (9)).

➤ Dans les cheveux :

L'analyse segmentaire des cheveux est une référence en toxicologie adulte pour les dépistages voire même pour le suivi des sevrages. (16)

La discrimination formelle entre consommateurs occasionnels et réguliers de cannabis ne peut être établie que par une analyse de cheveux, celle-ci permettant de prédire la chronicité et le niveau de consommation (faible, moyen, important).

C'est le THC qui sera le plus retrouvé, le TCH-COOH pouvant témoigner d'une contamination passive (sudorale ou manuportée) notamment dans les cheveux d'enfants, ceux-ci étant plus fins et poreux.

L'étude CanHairKid (17), en cours, a pour objectif d'évaluer la performance diagnostique de la recherche capillaire de cannabinoïdes dans le diagnostic de l'exposition de l'enfant au cannabis.

➤ Dans la salive :

Devant la présence des cannabinoïdes uniquement par contamination buccale et ceux-ci n'étant pas excrétés, la positivité des tests peut s'avérer compliquée à interpréter.

De plus le THC disparaît rapidement de la muqueuse buccale, des consommateurs pourraient alors avoir un test salivaire négatif.

Il est plus intéressant dans le cadre des contrôle routiers par les forces de police.

E. Effets et complications du cannabis chez l'adulte : (18)

L'utilisation de cannabis fumé de manière ponctuelle ou au long cours, peut avoir un impact sur la santé physique et psychologique des individus.

Les effets peuvent être liés soit au principe actif (Δ^9 -THC), soit aux substances résultantes de sa combustion comme les goudrons.

Les produits ajoutés au cannabis de façon intentionnelle (produits de coupe) ou involontaire (contaminants) pourraient être également des facteurs d'évènements pathologiques.

Les risques de la consommation sont différents en fonction de l'usage : récréatif, compulsif, en petites quantités ou de façon intensive.

La consommation entraîne une euphorie modérée, un bien être puis une somnolence, un affaiblissement de la mémoire à court terme et des troubles de l'attention.

1) Les complications somatiques :

a) Risques aigus :

Le cannabis n'est pas décrit comme donnant lieu à surdose. Les risques de mort violente sont liés aux accidents de la route ou aux suicides.

Le cannabis peut aussi jouer un rôle dans le déclenchement d'infarctus du myocarde pouvant conduire au décès, le THC augmentant la fréquence cardiaque et modifiant la tension artérielle après la prise.

Le cannabis est aussi associé, selon des rapports de cas, à la survenue de troubles du rythme cardiaque.

b) Risques chroniques :

Le cannabis est le plus souvent fumé accompagné de tabac en France, le tableau observé pour le cannabis fumé est alors très proche de celui connu de longue date pour le tabac.

➤ Risque de cancers :

Celui-ci n'est pas lié à la présence du Δ^9 -THC qui ne semble pas être un agent cancérigène dans les études, mais à la concentration de goudrons et de composés cancérigènes dans la fumée d'une cigarette de cannabis plus élevée que celle d'une cigarette de tabac.

Les cancers concernés sont essentiellement les cancers broncho-pulmonaires, les cancers des voies aéro-digestives supérieures mais également le cancer de vessie ou encore des gliomes malins.

On retrouve dans les études que le cannabis constitue un risque propre, la survenue de ces cancers étant retrouvée également chez les consommateurs de cannabis fumé seul (sans association au tabac) (19).

➤ Risque vasculaire :

Outre les risques aigus, il existe également un risque chronique vasculaire notamment d'artérites. De nombreux cas ont été publiés, il s'agit d'une forme de maladie de Buerger.

➤ Risque de maladies respiratoires :

Ils sont semblables à ceux du tabac avec majoritairement bronchique chronique et risque de cancer broncho-pulmonaire.

➤ Risque de maladies infectieuses :

Ce risque est délicat à évaluer, car il concerne avant tout les maladies sexuellement transmissibles.

➤ Troubles de la reproduction :

Les risques vont être retrouvés à plusieurs niveaux, avec des effets hormonaux sur la conception, mais également des effets lors de la grossesse avec en partie des risques de malformations congénitales et des risques sur l'enfant avec une augmentation de la morbi-mortalité.

2) Les complications psychiatriques :

a) Troubles psychiatriques aigus :

Des symptômes psychiatriques de sévérité variable peuvent survenir lors de la consommation de cannabis. En théorie, ces symptômes aigus ne durent que quelques heures à quelques semaines, mais peuvent aussi être les signes inauguraux d'un trouble chronique.

➤ Les troubles anxieux :

L'apparition de ses symptômes anxieux à type d'attaque de panique représente la complication psychiatrique aiguë la plus fréquente du cannabis, rapportée par au moins un quart des usagers (18).

Ils se caractérisent par la survenue brutale d'une anxiété très intense avec association de signes physiques (palpitations, vertiges...)

Ils peuvent apparaître lors de la première consommation ou lors d'un usage chronique.

Ils sont spontanément résolutifs et ne nécessitent aucun traitement.

Ceux sont ces troubles qui définissent le « bad trip ».

➤ Les psychoses cannabiques :

Elles sont caractérisées par l'apparition d'idées délirantes et/ou hallucinations, dans un contexte de grande labilité émotionnelle.

Ces symptômes peuvent durer jusqu'à un mois après la consommation.

Il faut cependant rester prudent sur l'existence de ces pharmacopsychoses cannabiques, la consommation de cannabis pouvant être un épiphénomène ou consécutive à un trouble psychiatrique débutant.

Ces épisodes ne doivent alors jamais être banalisés, car la vulnérabilité révélée par la consommation pourra s'exprimer sous la forme d'un trouble chronique (schizophrénie ou trouble bipolaire de l'humeur).

b) Troubles psychiatriques chroniques :

➤ Troubles psychotiques dont la schizophrénie :

Plusieurs études de cohorte ont montré que l'usage de cannabis augmente le risque de survenue d'un trouble psychotique, et d'une schizophrénie en particulier, chez les sujets initialement indemnes de ces troubles.

Le risque de survenue de troubles psychotiques paraît aussi plus important si l'usage de cannabis débute à l'adolescence plutôt qu'à l'âge adulte et on retrouve l'existence d'une relation dose-effet, c'est-à-dire que le risque de schizophrénie augmente avec l'intensité de la consommation de cannabis.

L'apparition des troubles psychotiques restent néanmoins multi-factorielle avec une vulnérabilité individuelle, dont des facteurs génétiques retrouvés.

➤ Troubles dépressifs et anxieux :

Des études montrent que la consommation de cannabis au cours de l'adolescence augmente le risque de survenue d'un syndrome anxio-dépressif. On retrouve une relation dose-effet entre l'intensité de la consommation et le risque de survenue d'un trouble.

Chez les sujets présentant un trouble psychiatrique avéré, notamment un trouble psychotique, tel que la schizophrénie, ou un trouble de l'humeur tel qu'un trouble bipolaire, l'usage du cannabis a toujours des conséquences négatives sur l'évolution du trouble, que les traitements prescrits soient poursuivis correctement ou non.

Il y aura des récurrences plus fréquentes et les patients seront plus souvent réhospitalisés.

Cela s'explique en partie par le fait que le cannabis a des effets opposés à ceux des traitements antipsychotiques ou régulateurs de l'humeur.

F. Aspects légaux :

La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 et l'arrêté du 22 février 1990 classe le cannabis, sous quelque forme que ce soit, comme stupéfiant en France et son usage est interdit. Cette interdiction est rappelée dans l'article R5132-86 du Code de la santé publique.

L'article L235-1 du Code de la route stipule « *Toute personne qui conduit un véhicule ou qui accompagne un élève conducteur alors qu'il résulte d'une analyse sanguine ou salivaire qu'elle a fait usage de substances ou plantes classées comme stupéfiants est punie de deux ans d'emprisonnement et de 4 500 euros d'amende.* »

L'arrêté du 13 décembre 2016 fixe les modalités du dépistage des substances témoignant de l'usage de stupéfiants, et celles des analyses et examens prévus par le Code de la route.

II. LES ACCIDENTS DOMESTIQUES

A. Définitions

Les accidents domestiques sont des accidents se produisant à la maison ou dans ses abords immédiats.

Ils s'inscrivent dans les accidents de la vie courante (AcVC), avec les accidents de sport, les accidents scolaires, les accidents de vacances ou de loisir, qui sont définis selon l'article 63 de la loi de santé de 2016 comme « l'ensemble des traumatismes non intentionnels à l'exception des accidents de la circulation et des accidents du travail ». (20)

La définition standard de « traumatisme » utilisée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) est la suivante : « Blessure causée par l'exposition aiguë à des agents physiques comme l'énergie mécanique, la chaleur, l'électricité, les produits chimiques et les rayonnements ionisants qui interagissent avec le corps dans des proportions ou à une vitesse qui dépassent le seuil de tolérance humaine. Dans certains cas (noyades et gelures), les traumatismes résultent de la privation subite d'un agent essentiel comme l'oxygène ou la chaleur. »

B. Épidémiologie

Les accidents de la vie courante constituent un problème majeur de santé publique en France, sous-estimé par les professionnels de santé, et plutôt mal connu.

Ils font partie des trois premières causes de mortalité après les cancers et les maladies cardio-vasculaires selon le bulletin hebdomadaire épidémiologique. (21)

Ils sont trois fois plus mortels que les accidents de la route.

Santé Publique France surveille les accidents de la vie courante par l'enquête EPAC (Enquête Permanente sur les Accidents de la vie Courante).

C. Accidents domestiques et pédiatrie

Les accidents domestiques représentent la première cause de mortalité chez les enfants de 1 à 14 ans. (21)

Chez les enfants de moins de 1 an, les chutes représentent la première cause d'accidents domestiques. La noyade, elle, reste la première cause de mortalité par accidents domestiques chez l'enfant de 1 à 4 ans.

En pédiatrie les accidents domestiques se répartissent en suffocation ou étouffement avec un corps étranger (surtout avant un an), noyade (surtout entre 1 et 4 ans), intoxication, brûlures, chute et défenestration.

Les intoxications représentent la deuxième cause d'accident chez les enfants, en particulier avant l'âge de 6 ans.

Classiquement les produits les plus fréquemment en cause sont les produits domestiques et les médicaments. (22)

En 2020 une augmentation des cas graves d'accidents domestiques est rapportée dans les suites du confinement lié à la COVID-19 (COrona Virus Disease-19), mais on note en revanche une diminution du nombre global d'accidents domestiques. (23)

III. INTOXICATION PAR INGESTION ACCIDENTELLE AU CANNABIS

A. Définition :

Aucune définition précise n'a été retrouvée dans la littérature, l'intoxication par ingestion accidentelle sera définie comme la consommation de cannabis par ingestion sous quelque forme que ce soit par l'enfant, entraînant, ou non des signes cliniques.

Elle se définit alors comme une intoxication, ayant le plus souvent lieu au domicile parental, celle-ci s'intégrant alors dans les accidents domestiques.

B. Signes cliniques : (13, 24-30)

Ils peuvent se regrouper par appareil :

○ Atteintes neurologiques :

Ils seront le plus souvent au premier plan et présents dans la majorité des cas.

Ceux-ci regroupent alors plusieurs symptômes possibles non systématiquement présents :

Troubles de la conscience : somnolence pouvant aller jusqu'au coma aréflexique.

Troubles du comportement : agitation, irritabilité, confusion, euphorie.

Troubles du tonus : hypotonie, hypertonie.

Troubles vestibulaires : nystagmus, ataxie.

Convulsions, tremblements.

○ Atteintes cardio-respiratoires :

Troubles du rythme : bradycardie, tachycardie.

Troubles hémodynamiques : hypotension artérielle, pâleur.

Troubles de la ventilation : bradypnée, apnée.

Désaturation.

○ Atteintes ophtalmologiques :

Hyperhémie conjonctivale, mydriase, myosis.

○ Homéostasie :

Hypothermie, fièvre.

- Atteintes digestives :

Vomissements, nausées, douleurs abdominales.

C. Gravité de l'intoxication

Selon les données de la littérature, aucun cas mortel d'intoxication accidentelle pédiatrique au cannabis n'a été retrouvé.

Néanmoins, l'intoxication peut parfois être grave, nécessitant des soins lourds et une surveillance délicate, la gravité semblant s'accroître au fil du temps. (25, 31, 32) (Annexe 1)

L'intoxication va engendrer des complications par les effets pharmacologiques du cannabis mais également par la iatrogénie secondaire à l'errance diagnostic initiale.

En effet selon la littérature (24, 26, 31-33), de nombreux examens complémentaires sont réalisés avant que le diagnostic d'intoxication au cannabis soit établi.

Une thèse réalisée à Grenoble (33) étudiant les cas d'intoxication au cannabis chez les enfants de moins de 6 ans de 2005 à 2015 rapporte 75% de bilan sanguin réalisé, 20% de ponction lombaire, 30% d'imagerie cérébrale, 5% d'EEG (ElectroEncéphaloGramme) et 30% d'ECG (ElectroCardioGramme).

Une autre, réalisée à Paris (24) retrouve également la réalisation de nombreux examens complémentaires et la triade bilan biologique, scanner cérébral et ponction lombaire a eu lieu dans 24,4% des cas.

On retrouve également la réalisation d'échographies abdominales (à la recherche d'invagination intestinale aiguë) et radiographies pulmonaires.

Les examens complémentaires peuvent donc être invasifs (ponction lombaire) et non dénués d'effet iatrogénique (irradiation dans les scanners cérébraux).

La prise en charge s'effectue en hospitalisation avec surveillance des paramètres cardio-respiratoires. Selon la gravité de l'intoxication les moyens de surveillance et traitement vont varier. Sans signe inquiétant une simple surveillance clinique est suffisante mais celle-ci s'effectuera de manière systématique à l'hôpital, la pharmacocinétique de l'intoxication pouvant entraîner des complications, surtout neurologiques, différées.

Pour certains enfants la prise en charge va être plus invasive, avec nécessité de pose d'une voie veineuse périphérique, oxygénothérapie, et même pour certains cas ventilation invasive

avec intubation oro-trachéale. Certains traitements pharmacologiques peuvent être nécessaires avec traitement anticonvulsivant notamment.

Avant la certitude diagnostique, certains patients vont également bénéficier d'un traitement antibiotique, ou antiviral devant la suspicion d'encéphalite ou de méningite.

D. Épidémiologie de l'intoxication pédiatrique

La prévalence nationale des intoxications est difficile à déterminer.

Le réseau d'addictovigilance a rapporté 140 notifications entre 2010 et 2014 selon l'ANSM, lors d'une thèse de Pharmacie en 2017 à Montpellier une requête a été effectuée auprès des données de la base nationale du PMSI (Programme de Médicalisation des Systèmes d'Information) qui rapportent elles 615 cas depuis 2010, majoritairement en 2013 et 2014. Une disparité régionale est également décrite avec les zones les plus touchées retrouvant l'Île-de-France, et le sud (Provence-Alpes Côte d'Azur et Rhône-Alpes).

La prévalence et la gravité des intoxications augmentent.

La teneur accrue en THC dans les résines de cannabis saisies pourrait être une explication à l'augmentation de la gravité, celle-ci ayant doublée entre 1993 et 2004 (34) ainsi que l'augmentation des consommateurs surtout à l'âge de la parentalité.

Il est à noter dans les pays où le cannabis est dépénalisé, une prévalence accrue des intoxications au cannabis (35)

E. Prise en charge sociale

Comme rappelé précédemment le cannabis est classé comme stupéfiant et son usage est interdit.

En 2014, Pélissier et al. ont publié une étude évoquant la nécessité de considérer toutes intoxications accidentelles pédiatriques au cannabis comme un indicateur de négligence parentale (36).

Selon l'OMS : *La maltraitance de l'enfant s'entend de toutes les formes de mauvais traitements physiques et/ ou affectifs, de sévices sexuels, de négligence ou de traitement négligent, ou d'exploitation commerciale ou autre, entraînant un préjudice réel ou potentiel pour la santé de l'enfant, sa survie, son développement ou sa dignité dans le contexte d'une relation de responsabilité, de confiance ou de pouvoir.*

Selon le ministère des solidarités et de la santé (37) les négligences sont le fait, pour la personne responsable de l'enfant (parents, grands-parents, etc.), de le priver des éléments indispensables à son bon développement et à son bien-être. Il peut s'agir par exemple de privations de nourriture, de sommeil, de soins, d'attention... La négligence est ainsi une forme de maltraitance par omission, à savoir l'absence de mobilisation de l'adulte dont dépendent le présent et l'avenir de l'enfant. Invisible et souvent oubliée, la négligence a néanmoins pour enjeu la survie, la sécurisation, l'éveil, l'estime de soi et l'éducation de l'enfant. La négligence peut ne pas être intentionnelle, mais elle met en danger l'enfant : c'est à ce titre qu'elle entre dans le champ de la maltraitance et doit être signalée.

Dans ce contexte une intoxication involontaire au cannabis peut être considérée comme une négligence. Mais s'il s'agit d'un défaut de surveillance des parents ou de la personne responsable, à quel moment ce défaut de surveillance est-il considéré comme de la négligence ? La frontière n'est pas définie et elle paraît difficile à déterminer. Comme dans tous les accidents domestiques, le manque ponctuel de surveillance peut entraîner des conséquences physiques sur l'enfant. Mais une famille bienveillante peut provoquer un accident domestique y compris une intoxication au cannabis, alors qu'un enfant d'une famille négligente, peut ne jamais être atteint dans son intégrité physique. Il est alors difficile de décider d'une prise en charge sociale par les soignants.

En France, il existe deux possibilités d'informer les services sociaux.

-Soit à l'autorité administrative c'est-à-dire au Conseil général via la Cellule de Recueil des Informations Préoccupantes (CRIP) ; il s'agit alors d'une « transmission d'information préoccupante »

-Soit à l'autorité judiciaire c'est-à-dire au procureur de la République, également appelé Parquet ; il s'agit alors d'un « signalement ». Celui-ci peut entraîner une OPP : Ordonnance de Placement Provisoire.

Les différentes prises en charge sociales retrouvées dans la littérature sont regroupées dans le tableau 1.

Tableau 1 : Comparatif des mesures sociales mises en place dans la littérature

Mesures sociales mises en place (%)	Étude Deur M. (30) Loire-Atlantique, Vendée 2004-2016 18 cas	Étude Zitout S. (23) Ile-de-France 2010-2016 188 cas	Étude Ségura D. (32) Grenoble 2005-2015 20 cas	Etude Claudet et al. (34) France 2004-2014 235 cas
Lien PMI *	33	17,6	15	NR
Information préoccupante à la CRIP	39	42,8	60	52
Signalement au procureur	6	6,8	5	17
Placement de l'enfant	0	4,7	0	2
Aucune mesure	22	12	25	23

NR : non renseigné.

Résultats en pourcentage.

* Protection Maternelle et Infantile

DEUXIEME PARTIE : L'ETUDE

Une revue de la littérature des différentes études réalisées au sujet de l'intoxication au cannabis rapporte une augmentation de la prévalence des cas, mais aucune donnée n'est retrouvée concernant la prévention à ce sujet.

Chaque étude sur le sujet conclue par la nécessité d'une prévention, en plaçant le médecin généraliste comme acteur central de celle-ci.

I. OBJECTIF :

Notre étude a pour objectif principal de faire un état des lieux de la connaissance des médecins généralistes de l'intoxication au cannabis par ingestion accidentelle, de connaître leur intérêt à effectuer de la prévention sur le sujet, les éventuels moyens et difficultés à effectuer cette prévention et pour finir, leur proposer un questionnaire restreint de support de prévention et recueillir l'utilisation potentielle de celui-ci.

II. MATERIEL ET METHODES :

A. Choix du type d'étude :

Pour répondre à notre objectif, nous avons choisi de réaliser une enquête régionale de pratique, observationnelle, en médecine générale menée sur les mois de juillet 2020 à janvier 2021.

B. Population :

➤ Critères d'inclusion :

Tout médecin généraliste de l'Eure et de la Seine-Maritime, médecins généralistes dont l'adresse mail était connue.

La population de cette étude correspondait donc :

- aux médecins généralistes libéraux du département de l'Eure et de la Seine Maritime, soit 1527 médecins inscrits sur le tableau du Conseil de l'Ordre des Médecins (CNOM) et exerçant en secteur libéral en 2018 (38).

➤ Critères d'exclusion :

Les spécialistes autre que la médecine générale, et les médecins généralistes exerçant dans un centre hospitalier étaient exclus de l'étude.

Les médecins généralistes libéraux dont les adresses e-mails n'étaient pas connues.

C. Élaboration du questionnaire :

Le questionnaire a été établi suite à une recherche bibliographique sur le sujet de l'intoxication au cannabis chez l'enfant par ingestion accidentelle et le sujet de la prévention en médecine générale.

Les recherches ont été effectuées à partir de thèse de médecine générale et de pharmacie recensées par le catalogue SUDOC (Système Universitaire de Documentation) et par la BIUM (Bibliothèque Inter-Universitaire de Médecine)

Nous avons également consulté la base de données PubMed, Medline et Google Scholar, en langues française et anglaise.

La littérature grise a également été consultée (HAS (Haute Autorité de Santé), Santé Publique France, brochures.)

Le questionnaire est divisé en trois parties et comporte 14 questions (Annexe 2, disponible page 84).

- La première partie (questions 1-3) s'intéresse aux caractéristiques démographiques des médecins interrogés, à leur lieu et mode d'exercice.

- La deuxième partie (questions 4-11) s'intéresse, elle, à la connaissance des intoxications au cannabis par les médecins, les éventuelles informations ou formations reçues sur le sujet. Elle explore l'intérêt de la prévention, ses méthodes, ses freins.

- Dans la troisième partie (questions 12-14) nous proposons un questionnaire court et évaluons la possibilité d'exploitation de ce dernier.

D. Diffusion du questionnaire et recueil des données :

Le questionnaire a été construit via le logiciel LimeSurvey, outil mutualisé de gestion d'enquêtes en ligne, qui a permis un recueil des réponses anonyme grâce à l'absence d'enregistrement de l'adresse e-mail ou IP.

Le questionnaire a été établi avec notre directeur de thèse.

Pour la diffusion du questionnaire nous avons utilisé des listings de garde de médecins généralistes, des listings de médecins inscrits à des formations et notre répertoire personnel, qui nous ont permis de recueillir 235 adresses e-mails de médecins généralistes libéraux.

Le questionnaire a été transmis le 03/07/2020 par e-mail sous la forme d'un lien hypertexte accompagné d'un message d'introduction.

Deux relances ont été effectuées, par courrier électronique, le 28/09/2020 et le 01/11/2020. Nous avons clôturé le recueil des réponses le 03/01/2021.

E. Analyse des réponses :

Les données du questionnaire ont été analysées sur LimeSurvey sous forme d'histogramme avec un croisement des données grâce aux filtres.

Seules les réponses complètes au questionnaire ont été analysées, deux questions n'étaient pas obligatoires.

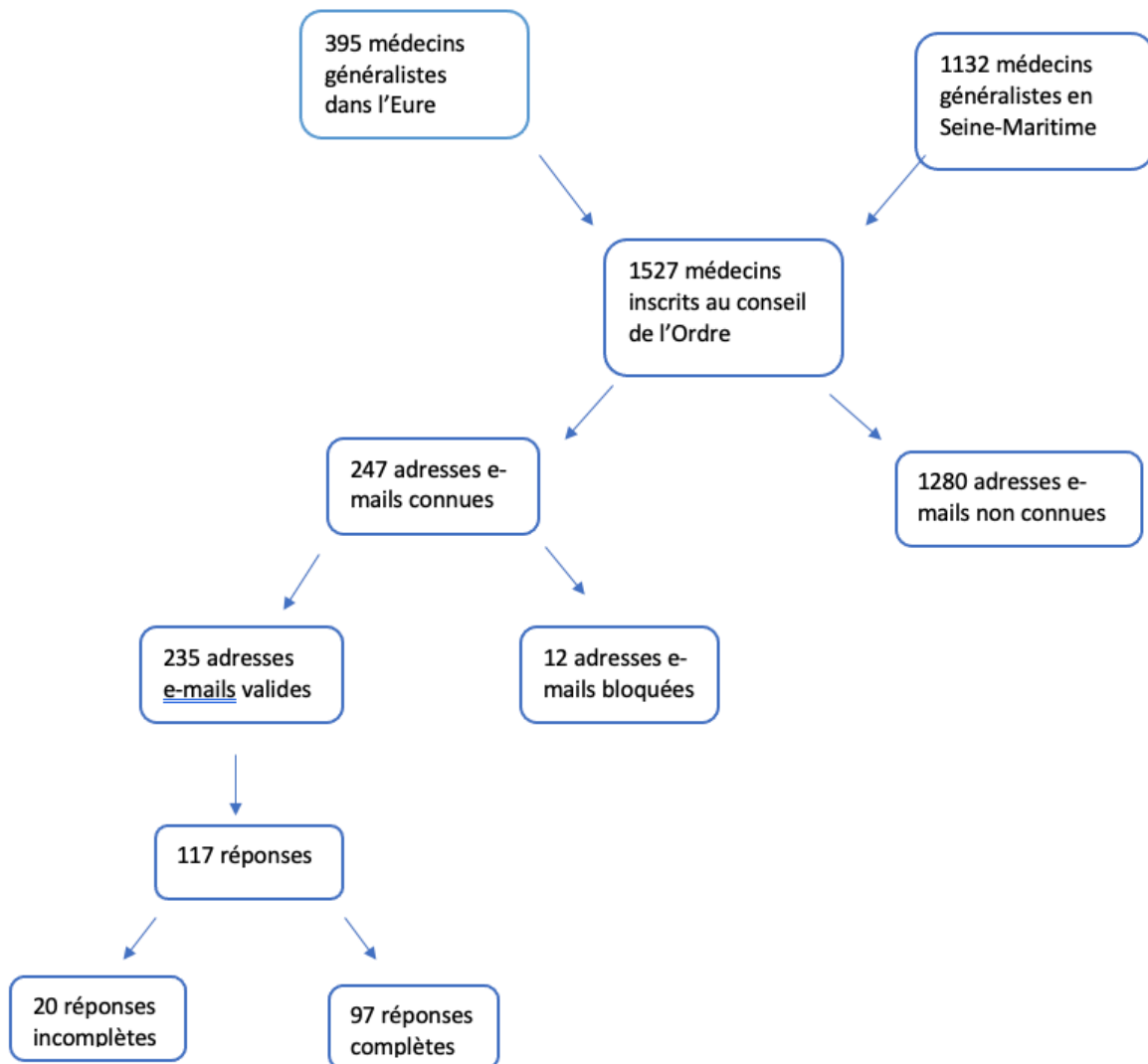
Les réponses incomplètes correspondent soit à une réponse partielle où les réponses n'ont pas été données à toutes les questions soit à une réponse où seule une connexion au questionnaire a été établie.

III. RESULTATS :

Questionnaire disponible page 84 : Annexe 2

A. Population d'étude :

Figure 1 : Diagramme de flux



Au total, notre étude porte sur un échantillon de 6,3% des médecins généralistes libéraux de l'ancienne Haute-Normandie.

Sur les 235 e-mails valides, le taux de réponse est de 41,27%.

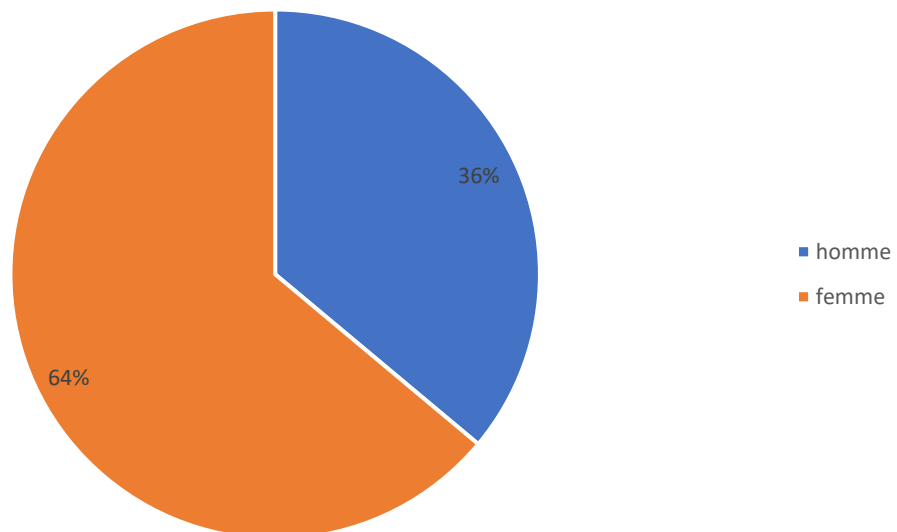
B. Caractéristiques démographiques de la population ayant répondu :

Cette partie analyse les résultats des réponses aux questions 1 à 3.
Elle décrit la population répondante.

Sur les 235 médecins interrogés, 117 ont répondu au questionnaire via LimeSurvey (49,8%)
mais seulement 97 réponses étaient complètes (41,27%)

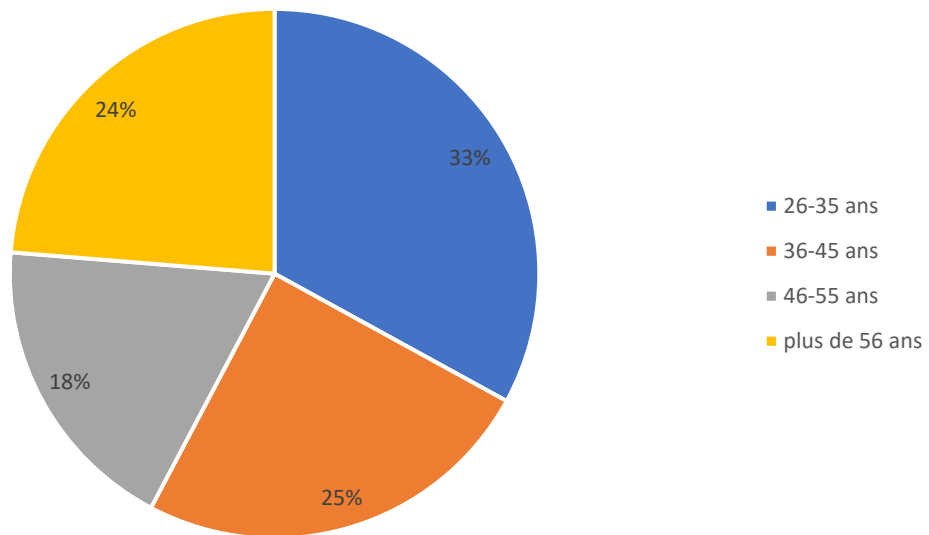
➤ **Sexe ratio :**

Figure 2 : Répartition des répondants par sexe.



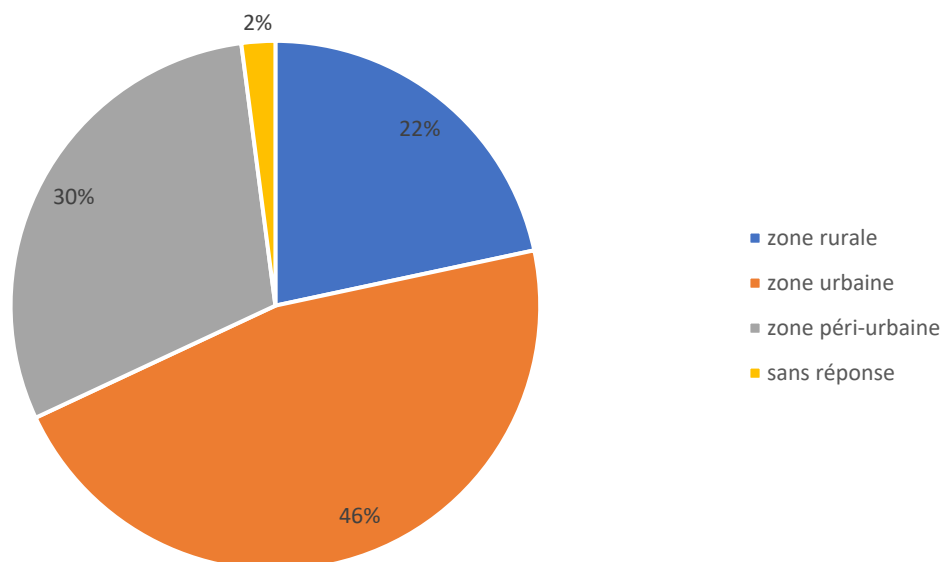
➤ **Age :**

Figure 3 : Répartition des répondants par âge.



➤ **Zone d'exercice :**

Figure 4 : Répartition des zones d'exercice des répondants



Nous n'avons pas défini les zones urbaine, péri-urbaine ou rurale. Pour nous, la définition du péri urbain correspond aux banlieues de ville.

➤ **Mode d'exercice :**

Figure 5 : Répartition du mode d'exercice des répondants partie 1

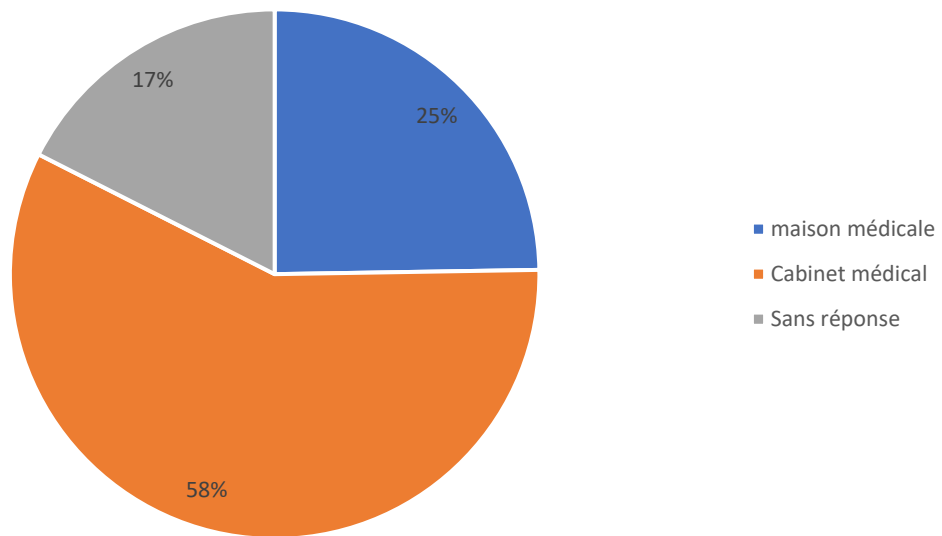
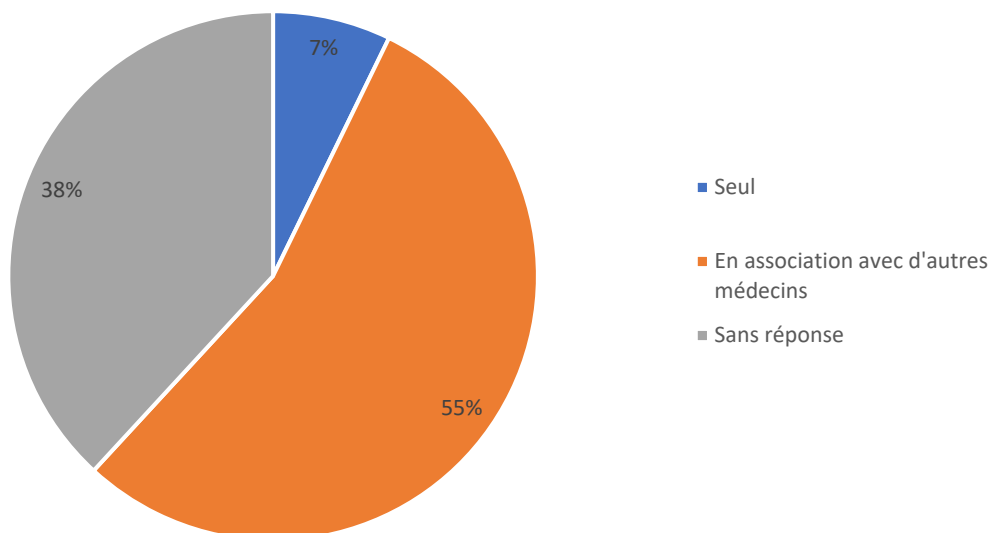


Figure 6 : Répartition du mode d'exercice des répondants partie 2



L'analyse de la question 3 a été répartie en trois groupes (Zone d'exercice et mode d'exercice partie 1 et 2) les réponses étaient multiples et les médecins n'étaient pas obligés de cocher plusieurs cases, ceci explique la part de « sans réponse » dans les données extraites de l'étude de cette question.

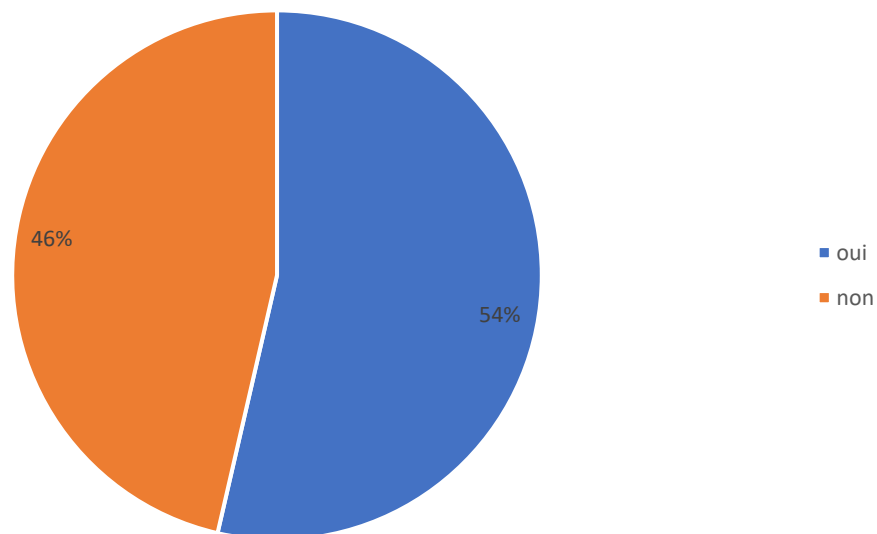
C. Analyse des réponses concernant la connaissance et la prévention de l'intoxication au cannabis chez les enfants par les médecins généralistes

Cette partie analyse les réponses aux questions 4 à 11.

➤ **Connaissance de l'intoxication au cannabis :**

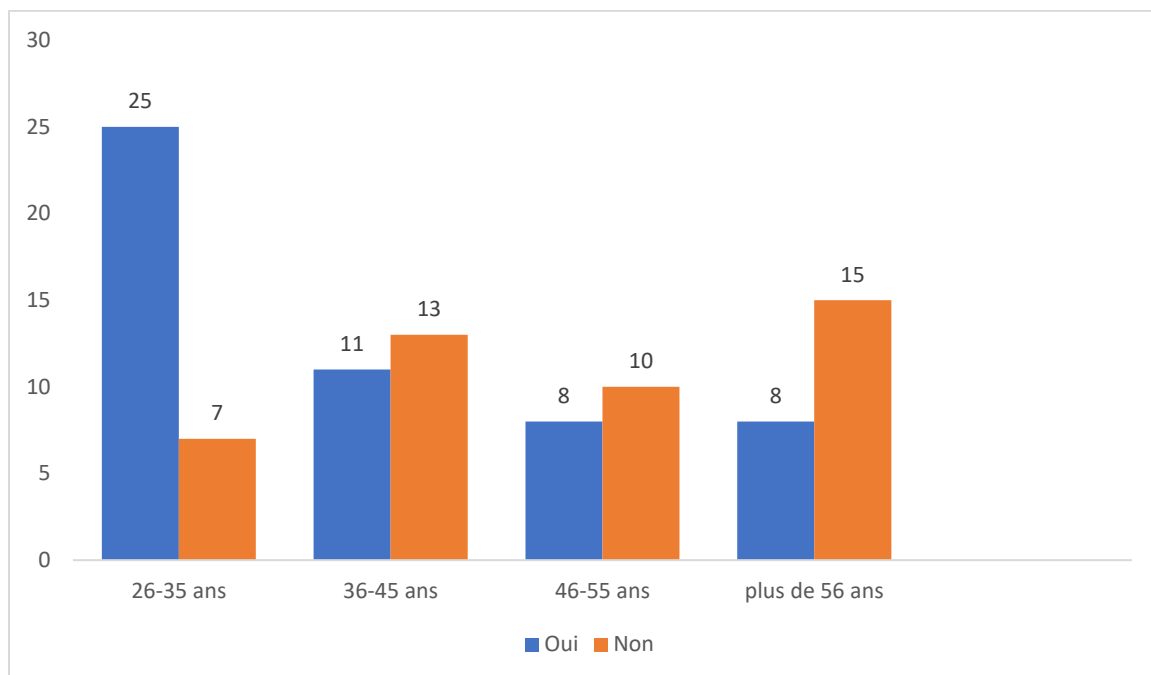
Question 4 : Avez-vous connaissance des intoxications au cannabis chez les jeunes enfants par ingestion accidentelle ?

Figure 7 : Connaissance de l'intoxication au cannabis



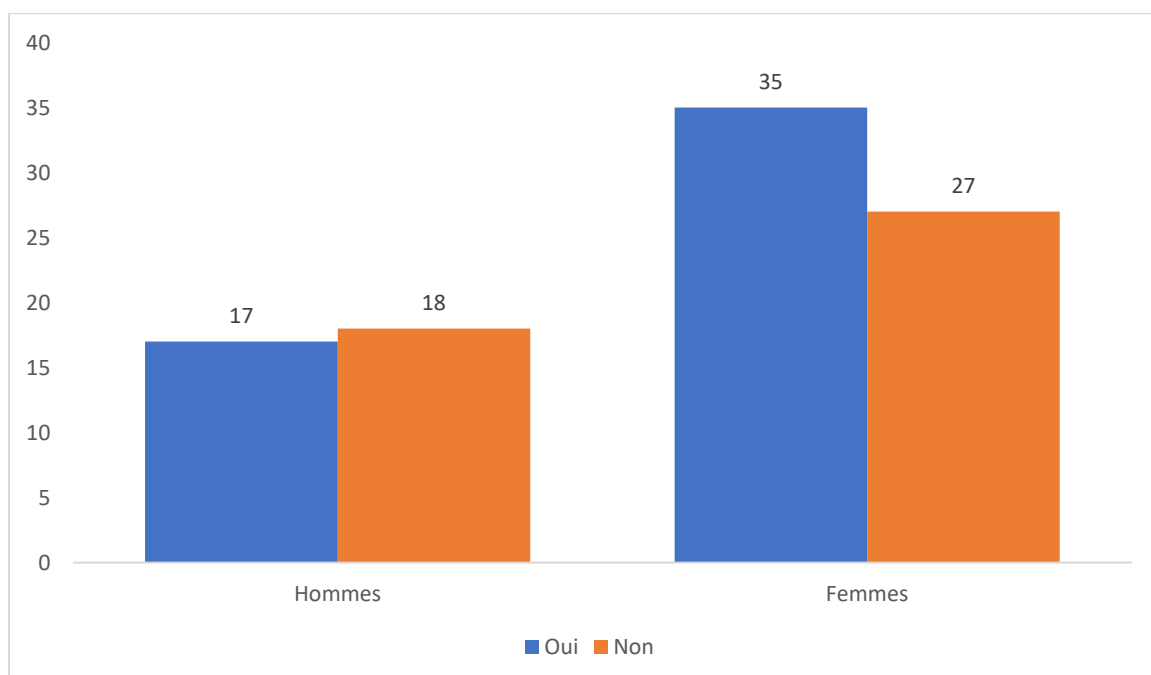
54 % des médecins généralistes répondants ont connaissance de ces intoxications.

Figure 8 : Connaissance des intoxications en fonction de l'âge :



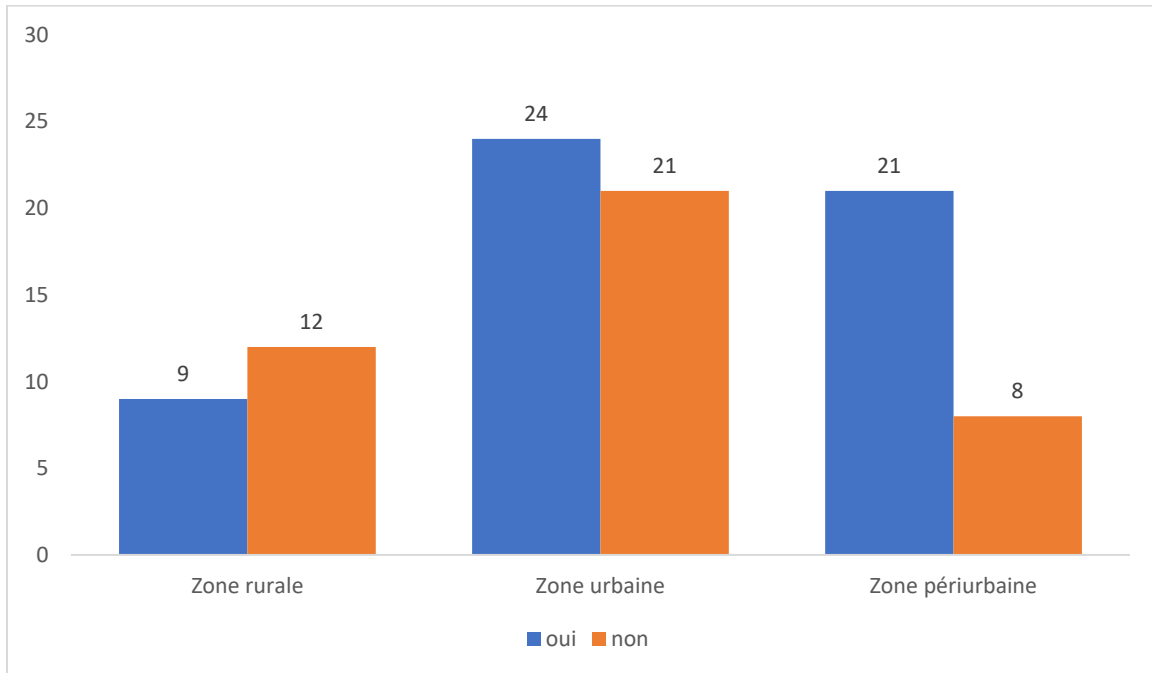
Les médecins plus jeunes ont plus connaissance des intoxications que les médecins plus âgés.

Figure 9 : Connaissance des intoxications en fonction du sexe :



La figure 9 montre que les populations se partagent entre la connaissance ou non, sans que nous retrouvions de différence d'allure significative entre les sexes, l'échantillon de nos participants ne permettant pas de conclure.

Figure 10 : Connaissance des intoxications en fonction du lieu d'exercice :

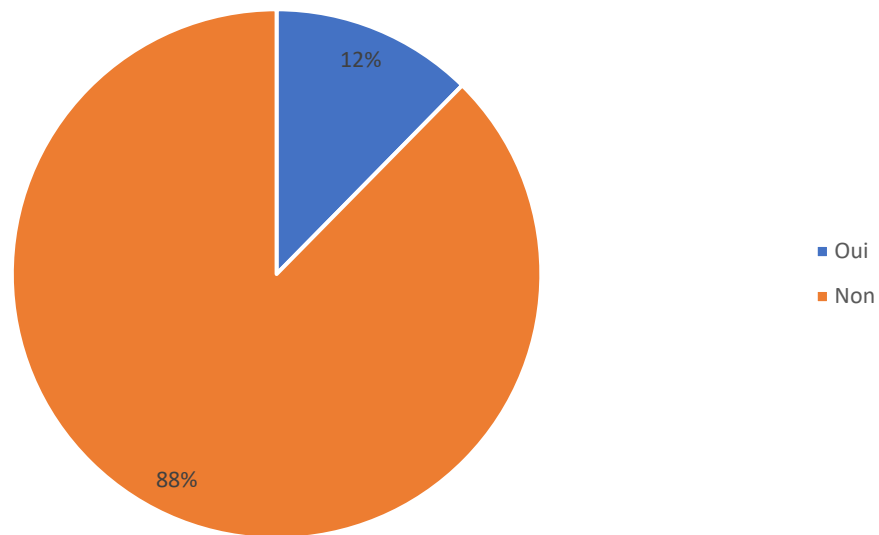


Dans les zones rurales et urbaines, la différence entre la connaissance ou non ne semble pas significative alors qu'en zone périurbaine elle est en faveur de la connaissance.

➤ **Informations ou formations reçues sur le sujet :**

Question 5 : Avez-vous déjà reçu des informations/documents ou formations à ce sujet ?

Figure 11 : Pourcentage des médecins ayant reçu ou non une information ou une formation sur l'intoxication au cannabis chez les enfants.



L'âge des médecins, le sexe, le lieu ou le mode d'exercice ne semblent pas influencer une éventuelle formation/information reçue en dehors des médecins seuls dont aucun n'a reçu d'information ou de formation sur le sujet.

➤ **Cas rencontrés dans la patientèle :**

Question 6 : Avez-vous déjà rencontré des cas dans votre patientèle ?

Figure 12 : Pourcentage de médecins ayant rencontré des cas dans leur patientèle

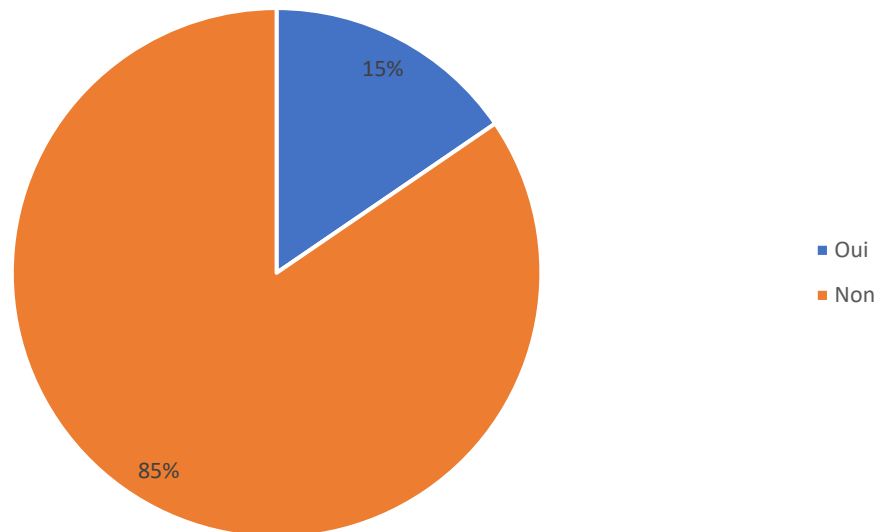
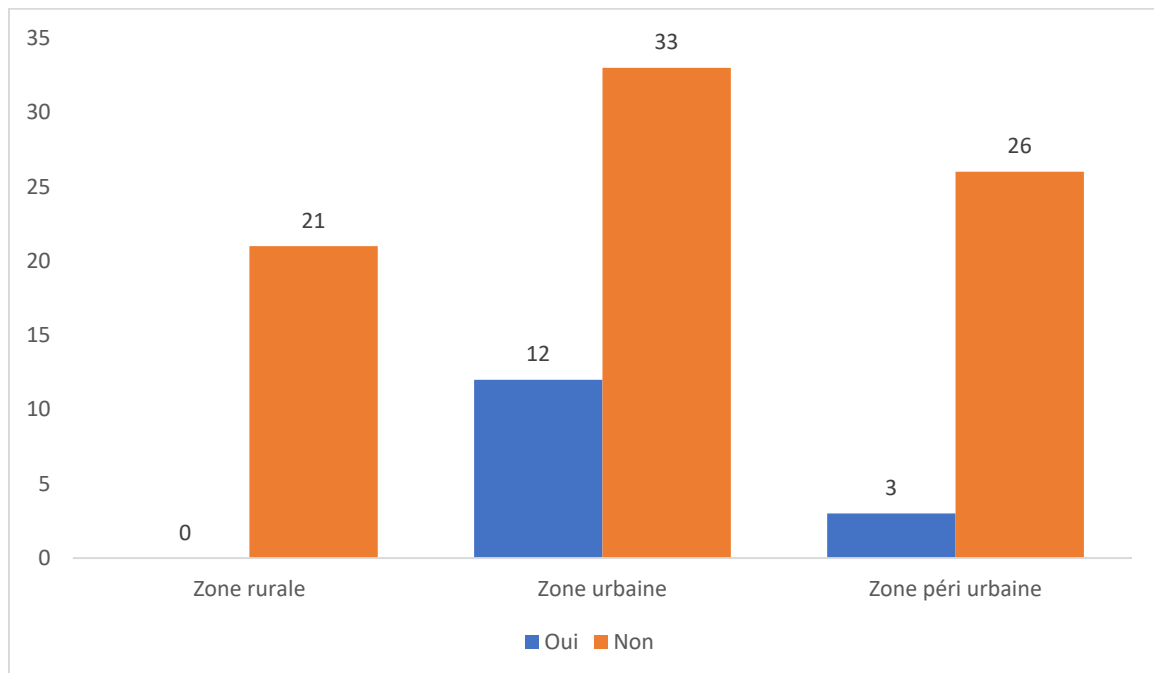


Figure 13 : Cas rencontrés dans la patientèle en fonction du lieu d'exercice :



En zone rurale aucun médecin n'a déjà rencontré de cas dans sa patientèle.

On ne retrouve pas de différence d'allure significative en fonction des âges sur les cas rencontrés dans la patientèle.

➤ **Intérêt d'une prévention :**

Question 7 : Est-ce un sujet qui vous paraît être justifié et important en matière de prévention ?

Figure 14 : Pourcentage des médecins estimant la prévention de l'intoxication au cannabis justifiée et importante :

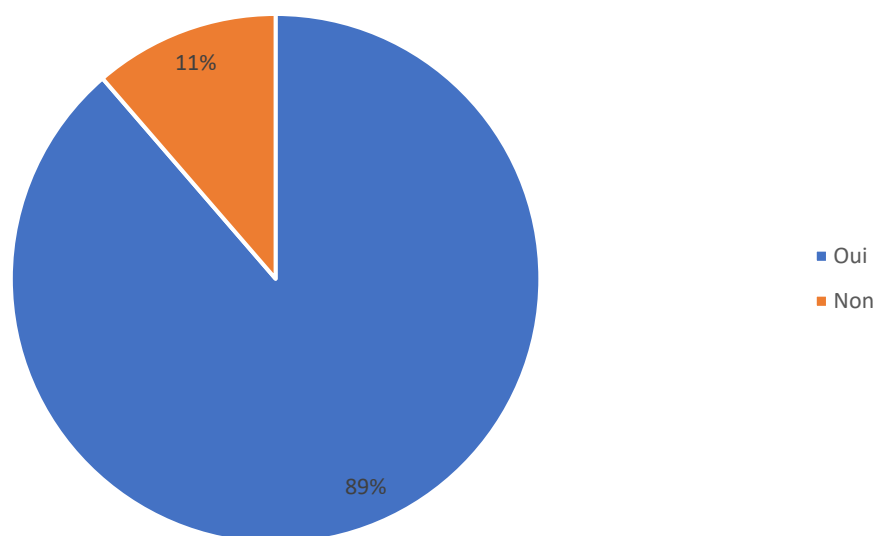


Tableau 2 : Prévention estimée justifiée et importante en fonction des connaissances des intoxications et des cas déjà rencontrés :

Prévention importante et justifiée	Médecins ayant connaissance des intoxications (52)	Médecins n'ayant pas connaissance des intoxications (45)	Médecins ayant déjà rencontré des cas dans leur patientèle (15)	Médecins n'ayant jamais rencontré de cas dans leur patientèle (82)
Oui	50 (96%)	36 (80%)	15 (100%)	71 (87%)
Non	2 (4%)	9 (20%)	0 (0%)	11 (13%)

➤ **Évoquer le sujet en consultation :**

Question 8 : Serait-ce un sujet délicat à évoquer en consultation pour vous ?

Les questions 8 à 10 évaluent la facilité d'aborder le sujet en consultation, et pourquoi celui-ci est perçu comme délicat ou non à évoquer.

Pour 33% des médecins aborder le sujet paraît délicat tandis que pour 67% évoquer le sujet ne semble pas être un frein.

A travers deux questions ouvertes, nous avons demandé aux médecins généralistes pourquoi le sujet était-il, ou n'était-il pas délicat à évoquer en consultation.

32 médecins avaient répondu « oui » à la question 8 : « serait-ce un sujet délicat à évoquer en consultation pour vous ? » mais 34 ont répondu à la question « si oui, pourquoi ? ».

En effet les questions 9 et 10 étant des questions ouvertes, non obligatoires, certains ont répondu aux deux questions : « si oui, pourquoi ? » et « si non, pourquoi ? » expliquant ce taux de réponse supérieur.

Les raisons évoquées, expliquant que le sujet est délicat à évoquer, sont :

- Chez 6 médecins la notion de manque de temps, le fait que les sujets de prévention sont déjà nombreux :

« ...déjà beaucoup de messages de prévention ... » « manque de temps » « ...manque de temps en consultation courante... » « ...il y a une limite aux informations qu'on peut donner en 1 consultation. » « ...consultation pour un et plus souvent pour plusieurs motifs précis. Ils viennent très rarement pour de la prévention... »

- 13 médecins rapportent que le sujet peut être tabou, stigmatisant, intrusif dans la vie privée, ils ont également peur que le patient se sente jugé ou négligent :

« ... peut être stigmatisant pour le patient. » « Comment aborder le sujet sans que les parents se sentent jugés... » « sujet tabou » « Cela renvoie aux parents que...ils sont négligents... » « intrusion dans la vie privée » « Peur du jugement » « ...puisse être négligent avec ses enfants. » « Appréhension de la réaction du patient. »

- L'absence de connaissance du statut de consommateurs des parents nous est rapportée également 13 fois :

« Consommation de cannabis...non évoquée en consultation... » « ...consommation des parents...difficile à obtenir. » « Consommation souvent cachée... » « ... le patient ne nous parle pas de sa consommation » « ...si les parents fument réellement... »

- 2 médecins rapportent également la difficulté à « placer ce motif » dans la consultation et un éprouve des difficultés du fait d'un « manque de connaissance en addictologie ».

65 médecins avaient, eux, répondu « non » à la question 8 et 56 ont répondu à « si non pourquoi ? ».

Les raisons pour lesquelles ce sujet ne paraît pas délicat sont :

- Pour 19 médecins, les addictions (alcool, tabac, cannabis, autres drogues) sont déjà évoquées en consultation permettant un éventuel tremplin pour aborder ce sujet :
« ... souvent connaissance de la consommation de nos patients... » « Je pose systématiquement la question du cannabis avec tabac et alcool donc pourquoi pas parler de cela » « Nous connaissons nos patients, leurs habitudes, leurs modes de vie » « Je demande régulièrement la consommation de drogue par le patient » « Dans la mesure où j'aborde la consommation de cannabis avec mes patients, la porte est ouverte... » « Je pose assez souvent directement la question de leur conso de cannabis aux adultes. »

- 17 médecins expliquent l'absence de difficultés à évoquer le sujet car il s'agit d'un sujet de prévention entrant dans les compétences du médecin généraliste, et la relation de confiance ainsi que le contact facile avec leurs patients sont rapportés :
« ...c'est un sujet de prévention qui fait partie de nos compétences. » « Relation de confiance patient médecin traitant » « d'en parler en termes de prévention lorsqu'on est face à un consommateur » « Rien ne doit s'opposer à la prévention dans notre profession » « Contact facile avec ma patientèle.... on aborde tous les sujets facilement » « La mission d'un MG est de pouvoir aborder toutes les problématiques dans le champ de la santé »

- Dans 11 réponses c'est la notion d'absence de tabou ou de sujets difficiles à évoquer dans les consultations de médecine générale :
« Pas de tabou » « Aucun problème pour évoquer les problèmes difficiles... » « Aucun sujet n'est tabou en consultation » « Lieu où l'on peut tout dire ou demander mais avec tact » « tout sujet peut être abordé » « La relation de confiance médecin patient permet de parler de la consommation de cannabis sans tabou ni culpabilisation »

- Pour 5 médecins, le sujet est rapporté comme suffisamment grave et important pour qu'il n'y ait pas de frein à l'aborder en consultation.

« Le sujet est suffisamment grave pour que les parents en aient conscience. » « C'est un sujet important... » « Important, préventif » « Problème pouvant entraîner souci majeur donc il est justifié de l'aborder » « Parce que le sujet est tellement vital pour la sécurité de l'enfant qu'il est primordial de l'aborder »

- Enfin, les médecins nous rapportent, pour 5 d'entre eux, aborder les accidents domestiques ou les intoxications en consultation, justification que ce sujet n'est pour eux pas délicat.

« Fait partie de la prévention au même titre que l'exposition au tabac, la prévention des accidents domestiques : ingestion de lessive... » « Intoxication facilement évoquée en consultation » « rôle de sensibilisation du médecin généraliste par rapport aux intoxications médicamenteuses et toxiques »

Les questions 9 et 10 étant ouvertes, plusieurs réponses ont pu être données par les médecins.

➤ **Aides/support à la prévention :**

Question 11 : Quelle(s) aide(s) aimeriez-vous avoir en support de prévention ?

- Formation
- Support papier libre-service type prospectus ou poster en salle d'attente
- Support papier délivré individuellement
- Informations dans le carnet de santé
- Autres

30 médecins seraient intéressés par des formations, 58 par un support papier libre-service par prospectus ou poster disponible en salle d'attente, 34 par un support papier délivré lui individuellement, 60 par des informations dans le carnet de santé et 8 par un autre support.

Les réponses étaient multiples expliquant le pourcentage de réponses supérieur au nombre de répondants.

D. Analyse des réponses concernant le questionnaire court proposé en support de prévention :

Dans les questions 12 à 14 nous avons proposé un questionnaire court et avons évalué si les médecins interrogés pourraient l'utiliser, et envers quels patients.

Questionnaire court :

- Fumez-vous ?
- Consommez-vous du cannabis ?
- Connaissez-vous le risque d'intoxication au cannabis chez les enfants ?

➤ Possibilité d'intégrer le questionnaire en fonction du profil des patients :

Question 12 : Pensez-vous possible d'intégrer de façon simple ces 3 questions :

- Chez tout patient
- Chez les patients à risque de consommation de cannabis
- Chez les parents d'enfant en bas âge
- Chez les parents d'enfant en bas âge à risque de consommation du cannabis
- Aucune de ces propositions

La question 12 s'intéresse à la possibilité d'intégrer le questionnaire en consultation, et plus précisément pour quels profils de patients les médecins l'utiliseraient ils.

Tableau 3 : Possible utilisation du questionnaire en fonction du profil des patients.

Possibilité d'intégrer le questionnaire court en consultation	Chez tout patient	Chez les patients à risque de consommation de cannabis	Chez les parents d'enfant en bas âge	Chez les parents d'enfants en bas âge à risque de consommation	Aucune proposition
N (%)	27 (27,84%)	43 (44,33%)	47 (48,45%)	50 (51,55%)	3 (3,08%)

On retrouve que les médecins auraient tendance à utiliser une prévention plutôt ciblée.

Les facteurs de risque de consommation de cannabis regroupent des facteurs sociodémographiques et des facteurs familiaux. La consommation sera également liée à la précocité de l'intoxication, à la présence ou non d'une polytoxicomanie. La personnalité et le tempérament seront aussi éventuellement un facteur de risque. (39)

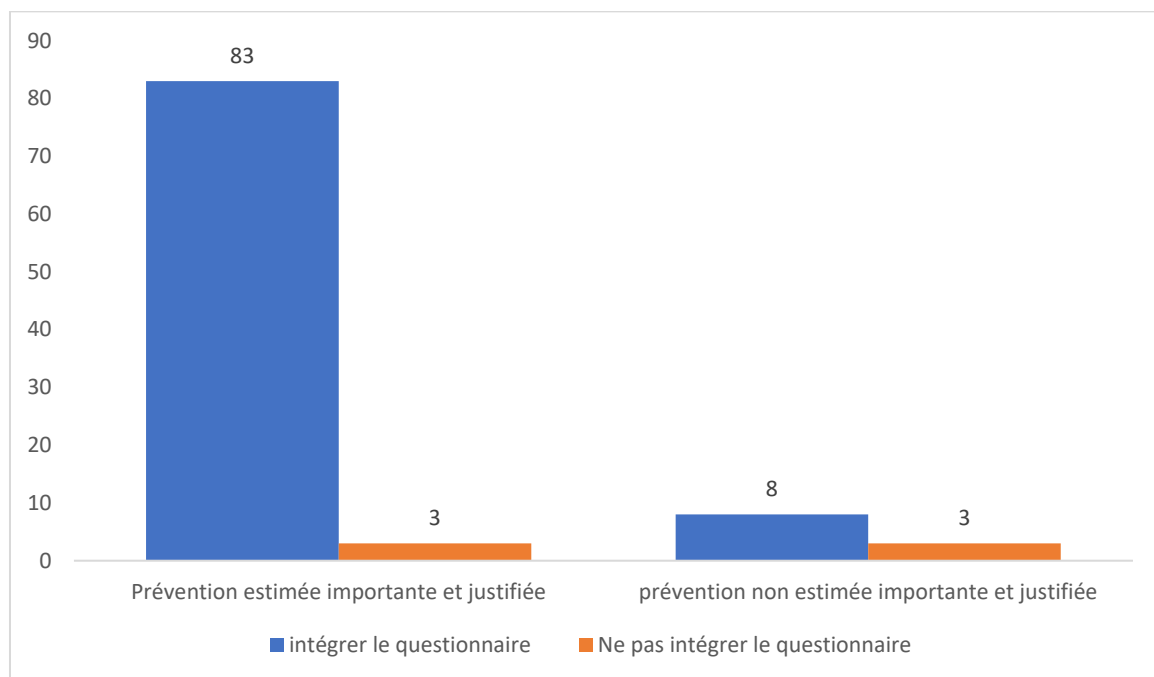
Question 13 : Pensez-vous essayer d'intégrer ce questionnaire dans certaines de vos consultations ?

- Oui
- Non

Dans la question 13 nous demandons aux médecins s'ils vont essayer d'intégrer ces trois questions dans leurs prochaines consultations.

91 médecins, soit 93,81%, pensent essayer d'intégrer ces questions dans leurs prochaines consultations, contre 6 (6,19%) qui ne pensent pas.

Figure 15 : Intégrer le questionnaire en fonction de l'importance estimée de la prévention au sujet des intoxications au cannabis.



La figure 15 nous montre que parmi les médecins n'estimant pas la prévention justifiée et importante, 8 (72%) pensent essayer d'intégrer les trois questions à leurs prochaines consultations.

Pour finir, nous avons proposé d'utiliser ces trois questions en support d'une affiche de prévention à proposer en salle d'attente :

- *Fumez-vous ?*
- *Consommez-vous du cannabis ?*
- *Connaissez-vous le risque d'intoxication au cannabis chez les enfants ?*

Parlez-en à votre médecin.

Question 14 : Pensez-vous que ce questionnaire réduit pourrait être le support d'une affiche de prévention à proposer en salle d'attente ?

Pour cette proposition 86 des 97 médecins interrogés estiment que ces questions pourraient être le support d'une affiche.

TROISIEME PARTIE : DISCUSSION

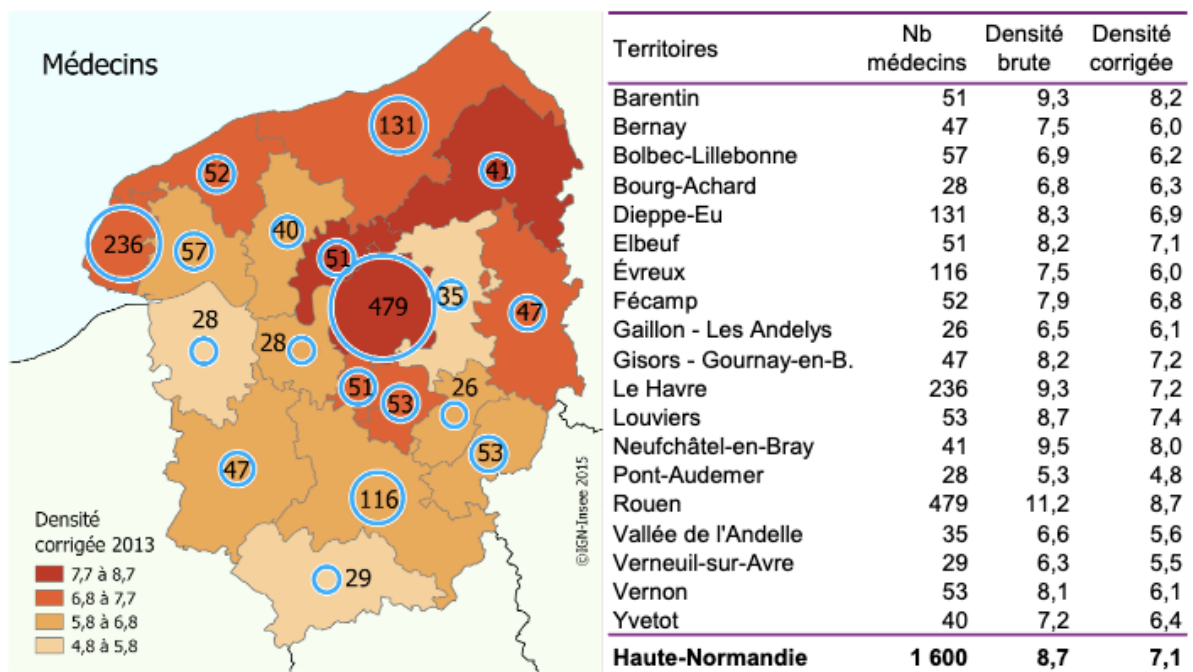
Cette partie est consacrée à l'étude des différents points positifs et négatifs extraits de cette enquête menée sur 97 médecins généralistes de Seine-Maritime et de l'Eure avec discussion des résultats.

I. REPRESENTATIVITE DE L'ENQUETE :

Le taux de réponse complète à cette enquête est un point fort. En effet, sur les 235 adresses e-mails valides, nous avons recueilli 97 réponses complètes après un premier envoi par courriel puis deux relances, ce qui correspond à 41,27% de répondants.

La majorité des répondants exercent en milieu urbain ou péri-urbain (76%), ce qui correspond à la tendance démographique médicale en Haute Normandie avec dans les zones urbaines et péri-urbaines une densité médicale plus importante.

Figure 16 : Nombre de médecins et densités correspondantes dans les territoires de proximité



Source : ARS, caisses d'Assurance Maladie, extraction C@rtoSanté - traitement INSEE

Malgré un taux de réponse important, un de nos principal point faible dans cette enquête réside dans le fait que nous n'ayons pu nous procurer seulement 235 adresses électroniques valides sur les 1527 médecins généralistes de Haute-Normandie.

Cette faiblesse s'explique par l'absence de répertoire d'adresses mail regroupant ces médecins généralistes, nous avons contacté l'Ordre des Médecins qui a répondu négativement à notre requête, l'Union régionale des Médecins Libéraux de Normandie et le département de médecine générale de la faculté de médecine de Rouen également dans un souci de conformité aux règles de protection des données.

Ainsi notre enquête ne concernait que 15,4% des médecins généralistes de l'ancienne Haute-Normandie inscrits au Conseil de l'Ordre et les médecins ayant répondu ne concernent que 6,3%.

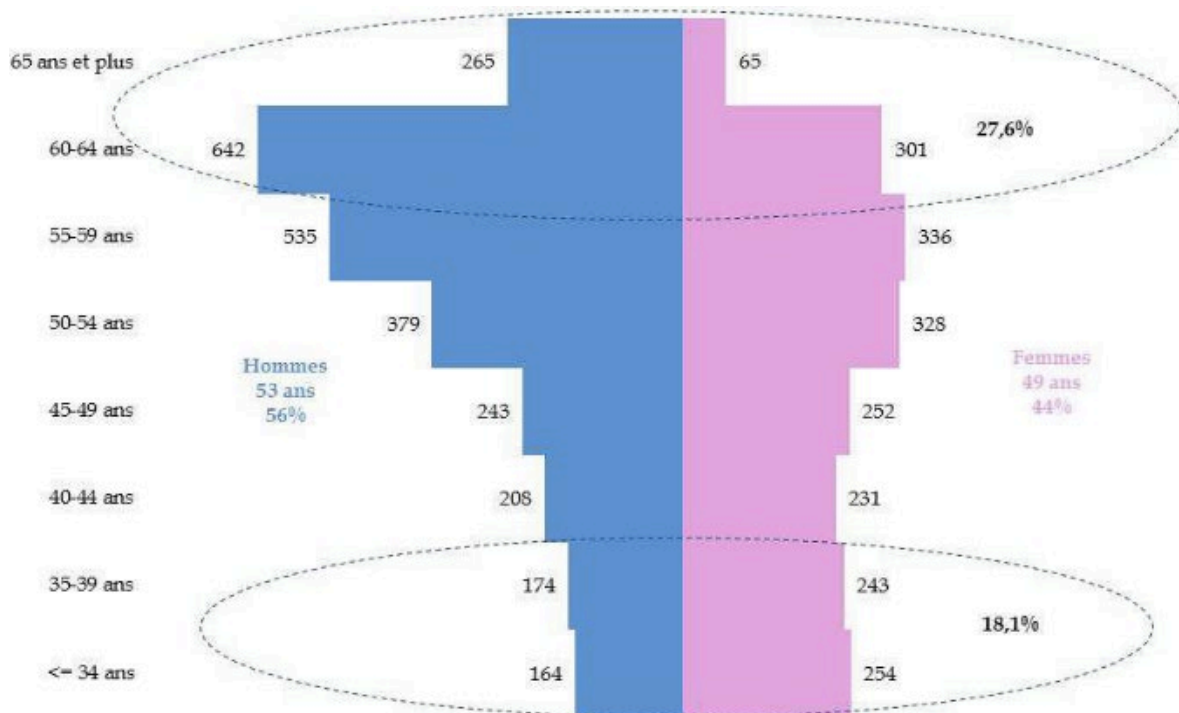
Concernant l'âge de notre population participante, la moyenne d'âge est de 43 ans, soit nettement plus jeune avec un écart de 10 ans par rapport à la moyenne des médecins de Haute Normandie (38). 33% des médecins répondants ont moins de 35 ans. Cet écart peut possiblement s'expliquer par :

- Un intérêt porté sur le sujet de l'intoxication au cannabis par les médecins généralistes plus jeunes. Ceci s'explique éventuellement par la fin de leur formation récente. La problématique de l'intoxication s'intensifiant sur les dernières années, ils ont pu y être sensibilisés pendant un possible stage d'internat en pédiatrie.
- La méthodologie employée pour le recueil des réponses, les enquêtes informatiques ciblent plus spécifiquement les populations plus jeunes.

Au sujet du sexe ratio, les femmes sont nettement plus représentées que dans la moyenne de la région Haute-Normandie avec dans notre étude 64% de femmes ayant répondu contre 41,5% des médecins généralistes pour la région (38).

Ceci peut s'expliquer par l'âge des répondants avec une féminisation récente de la profession des médecins généralistes.

Figure 17 : Pyramide des âges des médecins généralistes actifs de Haute-Normandie en 2015.



En effet, sur la figure 17 on peut voir que chez les médecins de moins de 40 ans, 59,5% sont des femmes.

Les exercices diffèrent également selon le sexe, les médecins femmes vont avoir une population pédiatrique plus importante et vont également plus suivre les grossesses que les hommes, elles ont alors peut-être été plus sensibles à notre enquête et à ce sujet de prévention.

Concernant le type de pratique médicale, la majorité rapporte exercer en association avec d'autres médecins, ce qui est en accord avec les données concernant les médecins généralistes libéraux de Haute-Normandie (40). 58 % exercent en cabinet médical ce qui correspond au mode d'exercice le plus fréquent des médecins généralistes au niveau national (41).

Donc au total, les médecins ayant répondu à notre étude sont en majorité de jeunes femmes exerçant en association avec d'autres médecins en zone urbaine ou péri-urbaine.

II. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LA PREVENTION :

Le médecin généraliste est un acteur majeur de la prévention étant au centre de la prise en charge de tout patient.

La prévention se définit comme *l'ensemble de moyens médicaux et médico-sociaux mis en œuvre pour empêcher l'apparition, l'aggravation ou l'extension des maladies, ou leurs conséquences à long terme.*

Il existe plusieurs façons de classer les méthodes de prévention : la prévention primaire qui agit en amont de la maladie, la prévention secondaire qui agit elle à un stade précoce de l'évolution d'une maladie et la prévention tertiaire qui agit sur les complications de la maladie et les risques de récurrence.

Mais ce n'est pas la seule classification possible.

On peut également classer par prévention universelle qui cible la population générale, groupe qui n'a pas de facteur de risque particulier, la prévention sélective qui s'adresse à des populations en contact avec un environnement social ou familial considéré à risque pour la pathologie et pour finir la prévention indiquée, qui est spécifique aux personnes qui ont des facteurs de risque ou qui présentent des manifestations de symptômes de la pathologie.

Quel que soit le stade de la prévention, le médecin généraliste y aura une place.

Comme le définit la WONCA (World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians) Europe en 2002 (42), les médecins généralistes ou médecins de famille, sont le médecin traitant de chaque patient, chargés de dispenser des soins globaux et continus à tous ceux qui le souhaitent indépendamment de leur âge. Cela implique donc une formation adéquate pour la prise en charge de tous ces patients et notamment pour celle des enfants.

Parmi les caractéristiques définissant la médecine générale selon cette dernière, (42) *elle favorise la promotion et l'éducation pour la santé par une intervention appropriée et efficace.*

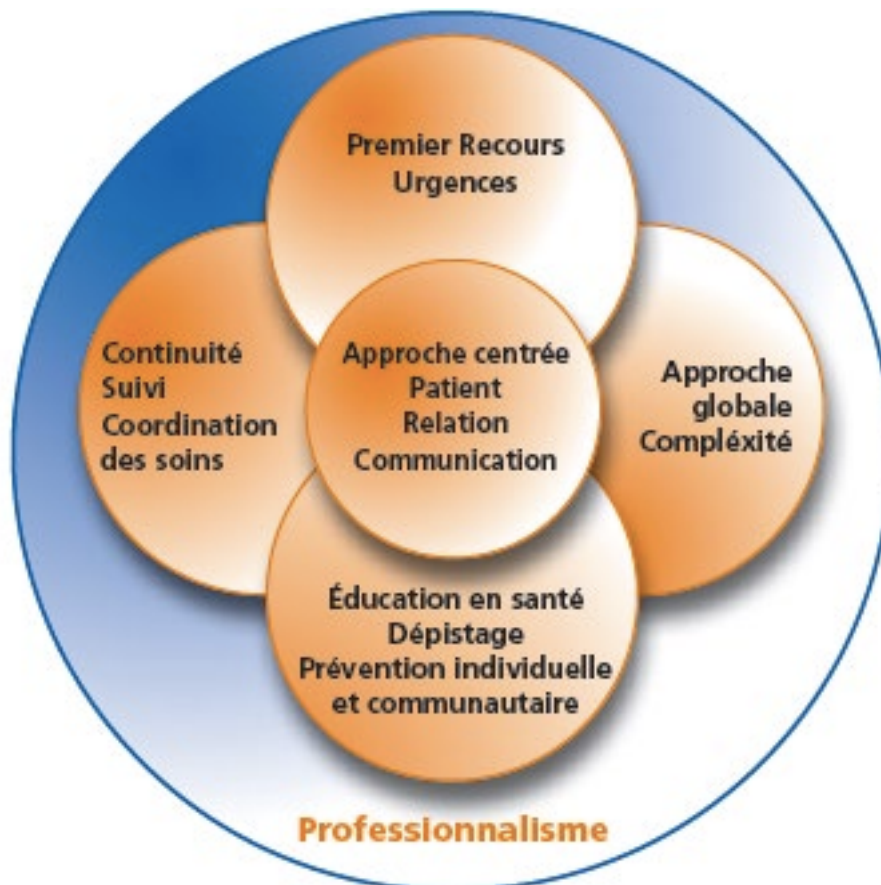
Le médecin traitant constitue souvent le premier recours et un point d'entrée naturel dans le système de soins, le médecin relaie et personnalise les messages de santé publique de dimension collective en messages individualisés, adaptés à chacun. (43)

Selon l'arrêté du 22 septembre 2011 portant approbation de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes, parmi les missions du médecin traitant, celui-ci *participe à la prévention, au dépistage, au diagnostic, au traitement et au suivi des maladies ainsi qu'à l'éducation pour la santé de ses patients.*

La médecine générale se consacre aux soins primaires, elle n'est pas une compilation des autres disciplines.

De ce fait elle regroupe des compétences génériques transversales au nombre de six qu'on retrouve dans la marguerite des compétences. (44) (Figure 18)

Figure 18 : La « marguerite » des compétences du médecin généraliste.



La prévention et la promotion de la santé vont également représenter un enjeu national voir international.

La déclaration d'Alma-Ata du 12 septembre 1978 (45) déclare que *les soins de santé primaires visent à résoudre les principaux problèmes de santé de la communauté, en assurant les services de promotion, de prévention, de soins et de réadaptation nécessaires à cet effet.*

La loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique met en place de nombreux objectifs notamment au sujet de la prévention.

La stratégie nationale de santé (46) s'articule autour de quatre axes complémentaires dont un qui consiste à mettre en place une politique de promotion de la santé, incluant la prévention, dans tous les milieux et tout au long de la vie.

La prévention nationale est déjà présente sur plusieurs sujets, notamment par campagnes nationales et actions comme par exemple le mois sans tabac en novembre, ou des campagnes publicitaires (Affiches, spots télévisés etc)

La prévention de l'enfant débute avant la naissance de celui-ci lors du suivi de grossesse et dès ses premiers jours de vie.

De nombreux conseils sont délivrés aux parents individuellement mais également via plusieurs supports, dont un majeur, le carnet de santé et des plaquettes d'information, comme par exemple celle sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson : *Protégez-moi ! Les règles d'or de ma première année.* (Annexe 3)

III. PLACE DU MEDECIN GENERALISTE DANS LE SUIVI PEDIATRIQUE :

Les médecins généralistes, comme rappelé précédemment, sont le médecin de chaque patient. Ils occupent une place centrale dans le suivi pédiatrique.

En effet, pour son suivi, la population pédiatrique peut avoir recours soit aux médecins généralistes, soit aux pédiatres soit les deux. Chez les enfants de moins de 3 ans, environ 40% sont suivis uniquement par le médecin généraliste, 55% sont suivis conjointement par les deux professions selon une étude de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) en 2002 (47) tandis que la société française de médecine générale rappelle elle en 2005 qu'en France 79% des enfants de moins de 15 ans sont pris en charge exclusivement par leur médecin de famille.

Depuis 2016, la désignation d'un médecin traitant a été étendue aux enfants de moins de 16 ans, mais pour ces derniers il n'y a pas de réduction du remboursement en l'absence de déclaration de médecin traitant ou de non-respect du parcours de soins coordonnés comme pour l'enfant de plus de 16 ans et l'adulte.

L'accessibilité à la consultation en médecine générale met en premier plan le médecin généraliste dans les consultations d'urgence.

La démographie médicale peut également expliquer le recours au médecin généraliste plutôt qu'au pédiatre.

En effet en 2017 on comptait en France 88137 médecins généralistes pour 7257 pédiatres dont 33% seulement exercent en libéral. (38)

Concernant la démographie, en Normandie, la population des moins de dix-huit ans en 2017 compte 768 431 enfants. (48)

La population médicale comporte 4114 médecins généralistes inscrits au Conseil de l'Ordre et 290 pédiatres dont 27% exercent en libéral. (40) Cela rapporte une densité médicale avec 1 médecin généraliste pour 187 enfants et seulement 1 pédiatre libéral pour 9814 enfants.

IV. LA PREVENTION DES ACCIDENTS DOMESTIQUES :

L'intoxication au cannabis par ingestion accidentelle se rapporte à un accident domestique, intégrant les accidents de la vie courante.

Ceux-ci font l'objet de prévention à l'échelle nationale avec en 2006, par le concours de l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (INPES) associé au ministère de la Santé et des Solidarités et à l'assurance maladie, la création d'une campagne de prévention d'envergure nationale avec des spots publicitaires et une brochure distribuée dans les lieux d'accueil et de soins des enfants. (Annexe 4)

Un des objectifs est de réduire d'au moins 25 %, en 5 ans, chez les enfants de moins de 15 ans, la mortalité par accidents de la vie courante dans la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé.

Cet objectif de réduction des accidents de la vie courante n'a pas été atteint.

La prévalence des accidents de la vie courante, chez l'enfant, a diminué de 70% en 20 ans, mais elle reste élevée. (49)

La prévention de ces accidents sera donc universelle mais aussi sélective, notamment par les médecins intervenant dans le suivi de l'enfant et donc les médecins généralistes si ils retrouvent des situations à risque.

Les accidents domestiques et notamment les intoxications sont évoquées en consultation au moment des examens obligatoires de l'enfant du 9ème mois et du 24ème mois (50).

Les accidents domestiques se renouvellent avec les changements sociétaux et les nouveaux modes de vie et de consommation, nécessitant une adaptation de la prévention.

Au sujet de la prévention des intoxications au cannabis, le site drogues info service rend disponible une information au grand public sur <https://www.drogues-info-service.fr/Actualites/Intoxications-par-le-cannabis-attention-aux-jeunes-enfants>.

Elle n'est pas diffusée par un autre moyen de communication. (Annexe 5)

V. LA CONNAISSANCE ET LA PREVENTION DE L'INTOXICATION AU CANNABIS :

Un premier point d'information de l'ANSM en 2015 (Annexe 1) rapporte une hausse des signalements d'intoxications pédiatriques au cannabis depuis 2014. Elles touchent principalement les enfants de moins de 2 ans.

Un second point d'information en 2018 (Annexe 1) précise la tendance d'augmentation du nombre de cas et l'aggravation des intoxications.

En effet entre les deux périodes 2010-2014 et 01/01/2017-30/09/2017, l'ANSM rapporte 2,5 fois plus d'intoxications, 2 fois plus d'hospitalisations et 5 fois plus de cas graves (ceux mettant en jeu le pronostic vital et nécessitant une admission en réanimation).

Cette dynamique est également rapportée dans les différentes études et thèses sur le sujet. (24-26, 31-33, 35, 51)

Les intoxications surviennent le plus souvent dans un cadre familial ou au sein de l'entourage proche et le lieu le plus fréquent est le domicile parental.

Il s'agit donc d'un sujet de santé de plus en plus fréquent avec une prévalence et une gravité à la hausse. Il s'agit d'un accident évitable par des mesures simples de prévention et d'information.

Notre étude nous a permis d'évaluer si les médecins ont connaissance de cette intoxication et d'étudier la prévention possible.

A. Connaissance de l'intoxication :

Dans notre étude, 54% des médecins généralistes ont connaissance des intoxications.

Comme montré dans la figure 8, les médecins jeunes (surtout les moins de 35 ans), connaissent plus ces intoxications.

Ceci peut s'expliquer par la prévalence croissante des intoxications, qui relèvent le plus souvent d'une consultation hospitalière, et de la fin récente de formation des médecins plus jeunes, avec le plus souvent un stage en pédiatrie au cours de leur internat.

Les médecins généralistes jeunes ont donc pu connaître ces intoxications avant leur exercice en médecine générale, pendant leur internat.

La figure 9 elle sur les connaissances en fonction du sexe, ne montre pas de différence d'allure significative vu la taille de notre échantillon. On pourrait y voir une tendance que les femmes rapportent plus connaître ces intoxications.

Il peut s'agir d'un biais, comme expliqué précédemment avec une féminisation récente de la profession et donc les femmes étant plus représentées chez les médecins jeunes qui eux, ont plus connaissance des intoxications, ce qui est bien le cas dans notre étude comme montré dans le tableau 4.

Tableau 4 : âge des femmes comparé à l'âge de la population d'étude

	Femme (n=62)	Population totale (n=97)
26-35 ans	25 (40%)	32 (33%)
36-45 ans	19 (31%)	24 (25%)
46-55 ans	11 (18%)	18 (18%)
Plus de 56 ans	7 (11%)	23 (24%)

B. Informations reçues et prévention possible.

La figure 11 montre que seulement 12% des médecins ont déjà reçu des documents ou formations au sujet de l'intoxication. Nous n'avons pas retrouvé de différences en fonction de l'âge ou du sexe, mais il ressort que parmi les sept médecins installés seuls, aucun n'a reçu d'informations sur le sujet.

Nous expliquons ceci par un échange d'informations probablement plus faciles entre les médecins installés à plusieurs.

Nous n'avons pas demandé quelles avaient été les sources d'informations que les médecins avaient pu recevoir au sujet des intoxications. Il est à noter que la revue « Prescrire » a écrit deux articles à ce sujet (52), et rappelons que l'ANSM a émis deux alertes. (Annexe 1)

Dans ce cas, l'absence de différence en fonction de l'âge des médecins s'explique, tous les médecins ayant le même accès à ces données. Nous pouvons également extrapoler qu'aucun enseignement n'est délivré à ce sujet au cours des études de médecine et notamment de l'internat, si tel avait été le cas, une probable différence se serait retrouvée entre les médecins jeunes et plus âgés.

Nous nous sommes ensuite intéressés aux cas rencontrés dans la patientèle afin d'évaluer si le fait d'en avoir déjà eu influençait la perception de l'importance de la prévention.

Dans notre étude, 15 médecins rapportent avoir été face à cette pathologie.

L'âge des médecins n'est pas un facteur discriminant. En revanche le lieu d'installation l'est, avec la zone urbaine nettement représentée et la zone rurale complètement absente.

Nous expliquons cette différence géographique par l'épidémiologie de la consommation et de l'accessibilité du cannabis, avec les zones rurales moins représentées. (53)

86 des médecins interrogés estiment la prévention importante et justifiée.

Rappelons que 52 avaient connaissance des intoxications et seulement 15 ont déjà rencontré des cas. Les répondants sont donc sensibles à ce sujet même sans en avoir eu connaissance avant ce questionnaire.

Néanmoins, comme le montre le tableau 2, les médecins connaissant ces intoxications montrent un plus grand intérêt à la prévention avec 96% la jugeant justifiée et encore plus pour les médecins ayant rencontré des cas, dont 100% l'estiment importante.

Nous retrouvons donc l'intérêt à promouvoir la connaissance de cette intoxication, les médecins effectueront une meilleure prévention pour un sujet qu'ils connaissent et dont ils estiment la prévention importante.

Nous avons cherché à savoir si les médecins évoqueraient ce sujet facilement en consultation.

La majorité nous rapporte pouvoir aborder ce sujet sans complication avec leurs patients, car les médecins évoquent souvent déjà les addictions en consultation, ils estiment que la prévention est un sujet entrant dans leurs compétences (43), comme le rappelle la « marguerite des compétences », l'absence de tabou est aussi souvent rapportée et l'importance et la gravité de cette intoxication en font un sujet abordé sans difficulté par les médecins généralistes.

Mais 33% des médecins estimaient quand même qu'il est délicat de parler de ce sujet, avec souvent un manque de temps mentionné, un sujet considéré comme étant tabou, et les médecins rapportent que lorsqu'ils n'ont pas connaissance de la consommation de cannabis de leur patient il trouve le sujet compliqué à évoquer.

Les addictions au tabac et à l'alcool sont déjà considérées comme un sujet tabou pour certains médecins (54,55), nous pouvons alors facilement préjuger cela concernant le cannabis et d'autant plus s'il s'agit d'une part d'évoquer une intoxication pédiatrique, qui peut, comme nous le mentionne quelques répondants au questionnaire, insinuer une négligence et d'autre part de parler d'une consommation qui est illicite.

Nous soulignons que les médecins nous rapportent un manque de temps. En effet, les missions du médecin généraliste sont déjà nombreuses, et les temps de consultation courts, la moyenne de la durée des consultations en médecine générale étant comprise entre 10 et 20 minutes (56), y compris pour le suivi pédiatrique avec une moyenne de 15,2 minutes pour les consultations des enfants de 0 à 6 ans.

Au cours des consultations, de nombreux sujets sont déjà évoqués (56,57) et les interrogations parentales souvent multiples. (58)

Ajouter l'intoxication au cannabis peut en effet paraître compliquée et chronophage.

Nous avons voulu déterminer par la suite quelles préventions les médecins souhaiteraient, et notamment par quels supports.

Nous avons fait le choix de proposer des supports nécessitant une intervention du médecin, et d'autres non.

Un support indirect semble le plus approprié avec 58 médecins favorables au support papier libre-service type prospectus ou affiche en salle d'attente et 60 à une information dans le carnet de santé. En effet, dans ces cas, la prévention serait faite sans l'action directe du médecin généraliste. Nous pouvons rapprocher cette dernière donnée aux difficultés évoquées précédemment du temps de consultation, de la multiplicité des demande et motifs de consultation et du sujet potentiellement délicat à aborder.

Nous mettons également en évidence que ces méthodes de prévention indirectes intéressent autant les médecins qui ont connaissance ou non des intoxications, les médecins ayant déjà rencontré des cas dans leur patientèle ou non et les médecins estimant la prévention importante et justifiée ou non.

Néanmoins, 31% des répondants souhaiteraient une formation et 35% un support papier qu'ils délivreraient individuellement, sans différence retrouvée selon l'âge ou le sexe des médecins interrogés.

Les intoxications et les accidents domestiques sont évoqués aux consultations obligatoires du 9^{ème} et 24^{ème} mois, nous n'avons pas mentionné ce fait dans le questionnaire, il serait intéressant de savoir si les médecins généralistes souhaiteraient qu'un item spécifiant l'intoxication au cannabis soit ajouté à ces certificats des consultations obligatoires, pouvant alors être un moyen d'initier un dialogue à ce sujet et d'effectuer de la prévention.

VI. UN QUESTIONNAIRE COURT PROPOSE EN SUPPORT DE PREVENTION :

Nous avons voulu proposer dans cette dernière partie un questionnaire court afin d'analyser si les médecins seraient intéressés de se voir proposer un tel support pour leur prévention.

Comme le montre le tableau 3, les médecins interrogés utiliseraient ces trois questions de manière ciblée, pour les patients à risque de consommation de cannabis, les parents de jeunes enfants et encore plus pour les parents de jeunes enfants à risque de consommation de cannabis.

Ces réponses sont adaptées au risque puisqu'en effet, les intoxications ont le plus souvent lieu au domicile parental.

Un point que nous aurions pu évoquer, était d'utiliser ce questionnaire lors des suivis de grossesse afin de sensibiliser les couples avant la naissance de l'enfant. En effet, lors de la

grossesse, la femme est suivie une fois par mois, avec des temps dédiés de prévention notamment de la période périnatale, ce sujet pourrait alors être abordé dans ce contexte. Nous n'avons pas interrogé les médecins sur l'utilisation éventuelle, selon eux, de ce questionnaire en maternité ou par les sages-femmes, ou encore en protection maternelle et infantile.

Nous avons pu sensibiliser les médecins au sujet de l'intoxication accidentelle via notre enquête, car comme nous l'avons montré dans la question 13, 91 médecins pensent intégrer ces questions dans leurs prochaines consultations et notamment 8 parmi les 11 médecins qui n'estimaient pas la prévention importante et justifiée.

Ceci permet de souligner que ce simple questionnaire est facile d'utilisation et accessible à tous.

Nous avons pensé à en faire une base pour une affiche de prévention, avec ces trois questions dont la dernière interpellante, *Connaissez-vous le risque d'intoxication au cannabis chez les enfants ? Parlez-en à votre médecin.*

Ceci permettrait que le patient soit acteur dans la prévention, limiterait les freins exposés par les médecins pour aborder le sujet, et toucherait toute la population consultante en médecine générale.

86 des répondants pensent que ces questions pourraient en effet être le support d'une affiche de prévention.

Nous n'avons pas précisé où cette affiche pourrait être exposée, il serait intéressant d'évaluer l'utilisation éventuelle de celle-ci dans d'autre lieu que le cabinet de médecine générale, ceux-ci pouvant être multiples : cabinet sages-femmes, protection maternelle et infantile, cabinet de pédiatres, ou encore centre de suivi d'addiction, cabinets de médecins addictologues, voir même en dehors de centre de soins ou de cabinets médicaux/paramédicaux.

QUATRIEME PARTIE : CONCLUSION

L'intoxication au cannabis par ingestion accidentelle chez les enfants représente un problème de santé préoccupant avec une prévalence et une gravité croissante, justifiant une prévention.

Le médecin généraliste est un acteur fondamental de la prise en charge pédiatrique et occupe une place majeure dans la prévention.

L'objectif de ce travail était de faire un état des lieux des connaissances et de la prévention par le médecin généraliste de l'intoxication au cannabis par ingestion accidentelle chez les enfants.

Notre enquête montre que les médecins ont connaissance pour environ la moitié des répondants de ces intoxications, ce qui reste insuffisant pour permettre une prévention efficace. Néanmoins nous retrouvons que les médecins ont été sensibilisés à ce sujet, et qu'ils envisagent d'en effectuer la prévention.

Pour cette dernière, la forme la plus adaptée semble être une prévention indirecte avec, si besoin, le concours des médecins généralistes, à travers des supports d'accès direct pour le patient (affiches, prospectus pour notre étude).

Il serait enrichissant d'étudier l'intérêt de ce genre de supports dans d'autres secteurs de prise en charge, par les sages-femmes ou en maternité par exemple.

A l'ère de la légalisation de la consommation du cannabis, avec une situation devenant de plus en plus inquiétante, il serait également intéressant d'effectuer des études sur ce sujet, à plus grande échelle, régionale voir nationale.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Rapport mondial sur les drogues en 2019 disponible sur internet :
https://www.unodc.org/unodc/fr/frontpage/2019/June/world-drug-report-2019_-35-million-people-worldwide-suffer-from-drug-use-disorders-while-only-1-in-7-people-receive-treatment.html
- (2) Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues et addictions, données essentielles, 2019. Cannabis et cannabinoïdes de synthèse, E. Janssen, S. Spilka, M. Martinez, M. Gandilhon, A-C. Brisacier, C. Palle, T. Néfau, 2019. Pp. 117-123 Disponible sur <https://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/drogues-et-addictions-donnees-essentielles/>
- (3) Costes JM, Legleye S, Cadet-Taïrou A. Les usagers réguliers de cannabis, les contextes et les modalités de leurs usages. In Costes JM. Cannabis, données essentielles, Saint-Denis; OFDT;2007:p42-51
- (4) Gaulier JM. Cannabis : les nouveaux défis du biologiste. Revue Francophone des Laboratoires 2016 ; 479 : 43–50.
- (5) Rapport européen sur les drogues 2019 disponible sur internet :
https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001FR_N_PDF.pdf
- (6) Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Drogues, chiffres clés 8ème édition.2019. [Internet]. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/drogues-chiffres-cles/drogues-chiffres-cles-8eme-edition-2019/>
- (7) Spilka S., Richard J.-B., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Andler R., Cogordan C. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. Tendances, OFDT, 2018, n° 128, 6 p.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssyb.pdf>
- (8) Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies. Cannabis- Synthèse des connaissances. C06/2015. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/#perc>

- (9) Sylvain Aquatias, Jocelyne Arditti, Isabelle Bailly, Marie-Berthe Biecheler, Monsif Bouaboula, et al..Cannabis: quels effets sur le comportement et la santé?. [Rapport de recherche] Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM). 2001, 432 p., tableaux, graphiques, références bibliographiques disséminées. hal-01570677
- (10) F. Grotenhermen Pharmacokinetics and pharmacodynamics of cannabinoids
Clin Pharmacokinet, 42 (2003), pp. 327-360
- (11) Le Nézet O. Cannabis, Drogues et addictions, données essentielles, OFDT, 2013 ;214-225 [Internet]. <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/da13can.pdf>
- (12) Mura P, Brunet B, Papet Y, Hauet T. Cannabis sativa var. indica : une plante complexe aux effets pervers. Ann Toxicol Anal. 2004;16(1):7-17.
- (13) Evrard M, Boltz P, Manel J. « Intoxication sévère par résine de cannabis chez un enfant de moins de 2 ans. », Toxicol Anal Clin, sept 2016 ;28(3):257-8
- (14) Zarkin Y, Yefet E, Abozaid S, Nasser W, Mor T, Finkelstein Y. Infant with altered consciousness after cannabis passive inhalation. Child Abuse Negl. 2012 ;36(2):81-°©-83
- (15) Blackstone M, Callahan J. An unsteady walk in the park. Pediatr Emerg Care.2008 ;24(3):193-195
- (16) Goullé J-P, Kintz P. Un nouveau moyen d'investigation biologique: l'analyse des cheveux. Intérêt en pratique médicale. Rev Médecine Interne. Oct 1996;17(10):826-35.
- (17) Winckel M, Dulaurent S, Morichon J, Gaulier J-M. CANHAIRKID (évaluation des analyses capillaires dans le diagnostic d'exposition significative des enfants au cannabis) : résultats préliminaires. 23e Congrès SFTA 53e Congrès STC. 1 juin 2015;27(2, Supplement):S18-9.
- (18) Sasco A., Verdoux H., Tournier M., Canarelli T., Martineau H. Estimation du chiffre d'affaires du cannabis, dans Costes J.-M. (Dir.), Cannabis, données essentielles. Saint-Denis, OFDT, 2007, p. 88-109.
disponible sur internet sur <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/cdeconse.pdf>
- (19)_Tashkin DP. Smoked marijuana as a cause of lung injury. Monaldi Arch Chest Dis. 2005 Jun;63(2):93-100. doi: 10.4081/monaldi.2005.645. PMID: 16128224
- (20) LOI n° 2016-41 du 26 janvier 2016 de modernisation de notre système de santé .

(21) Lasbeur L, Thélot B. Mortalité par accident de la vie courante en France métropolitaine, 2000-2012. Bull Epidemiol Hebd. 2017;(1):2-12.

(22) Cremer R, Mathieu-Nolf M. Epidemiologie des intoxications de l'enfant. Arch Pediatr. 2004;6(11):677-9.

(23) « 20.4.8-Accidents-domestiques-enfants.pdf ». Consulté le 30 novembre 2020. <http://www.academie-medecine.fr/wp-content/uploads/2020/04/20.4.8-Accidents-domestiques-enfants.pdf>.

(24) Zitout Sonia, Intoxication involontaire au cannabis chez le jeune enfant de 2010 à 2016 en Ile de France, (Thèse pour le diplôme d'Etat de Docteur en médecine) Université Paris Diderot, Paris 7. 2017.

(25) Barbara d'Andrea. Intoxications accidentelles par cannabis chez l'enfant. Sciences pharmaceutiques. 2018. <dumas-01976987>

(26) Feodon M. Intoxication accidentelle pédiatrique au cannabis dans la région Languedoc-Roussillon [Thèse d'exercice]. [2015, France]: Université de Montpellier. UFR des sciences pharmaceutiques et biologiques; 2017.

(27) Wang GS, Narang SK, Wells K, Chuang R. case series of marijuana exposures in pediatric patients less than 5 years of age. Child Abuse Negl. 2011 ;35(7) :563-5

(28) Monte AA, Zane RD, Heard KJ. The Implications of Marijuana Legalization in Colorado. JAMA. 2015;313(3):241.

(29) Intoxications pédiatriques au cannabis - Urgences-Online. Disponible le 14 avril 2017 sur: <http://www.urgences-serveur.fr/intoxications-pediatriques-au,2168.html>

(30) Lacroix J, Farrell C, Gaudreault P, Gauthier M, Lapierre G. Intoxication orale au cannabis chez sept enfants. Réan. Urg., 1992. 1(6), 906-909

(31) N° 2018-58 Mélanie Deur. Intoxications accidentelles au cannabis chez le jeune enfant en Loire-Atlantique et Vendée : étude rétrospective de 2004 à 2016. Nantes: Université de Nantes faculté de Médecine; 2018

(32) Hautin Louise. Intoxications accidentelles au cannabis des nourrissons en Bourgogne : un nouveau type d'accident domestique. Série de cas et analyse des pratiques locales. Dijon : Université de Bourgogne UFR des Sciences de Santé Circonscription Médecine ; 2017

(33) Delphine Segura. Intoxications accidentelles au cannabis chez les enfants de moins de 6 ans diagnostiquées au CHU de Grenoble de 2005 à 2015 : état des lieux, fréquence, conséquences administratives et prévention pour 20 cas. Médecine humaine et pathologie. 2016. dumas-01382806

(34) Néfau T. Le Point SINTES. 2018(4) ;Saint Denis, OFDT:p13. [Internet]. Disponible sur <https://www.ofdt.fr/BDD/sintes/LePointSINTES04.pdf>

(35) Claudet I, Mouvier S, Labadie M, Manin C, Michard-Lenoir AP, Didier Eyer MD, et al. Unintentional cannabis intoxication in toddler. Pediatrics. 2017;140(3)

(36) Péliissier F, Claudet I, Péliissier-Alicot A-L, Franchitto N. Parental cannabis abuse and accidental intoxications in children: prevention by detecting neglectful situations and at-risk families. Pediatr Emerg Care. 2014 Dec;30(12):862-6

(37) DICOM_Gabriel.DS, et DICOM_Gabriel.DS. « Qu'est-ce que la maltraitance faite aux enfants ? » Ministère des Solidarités et de la Santé, 15 décembre 2020. <https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/familles-enfance/protection-de-l-enfance-10740/article/qu-est-ce-que-la-maltraitance-faite-aux-enfants>.

(38) BOUET P. MOURGUES JM. Profils comparés : 2007/2017 – Les territoires au cœur de la réflexion, Situation au 1er janvier 2017. Atlas de la démographie médicale en France. Conseil National de l'Ordre des Médecins ; 2017, 323p.

(39) facteurs de vulnérabilité à la consommation abusive de cannabis: [expcol_2001_cannabis_04ch.pdf](http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/171/expcol_2001_cannabis_04ch.pdf). Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/171/>

(40) DRESS - Démographie médicale Tableau sur le nombre d'activités exercées par les médecins par spécialité, secteur d'activité, tranche d'âge et sexe. [Internet] <http://www.data.drees.sante.gouv.fr/TableViewer/tableView.aspx?ReportId=3804>

(41) Hélène Chaput, Martin Monziols (DREES), Lisa Fressard, Pierre Verger (ORS Provence-Alpes- Côte d'Azur), Bruno Ventelou, Anna Zaytseva (AMSE), 2019, « Plus de 80 % des médecins généralistes libéraux de moins de 50 ans exercent en groupe », Études et Résultats, n°1114, DREES, mai.

(42) WONCA Europe. La définition européenne de la médecine générale - médecine de famille. 2002 ; 52p.

(43) Fournier et Buttet, « Prévention, éducation pour la santé et éducation thérapeutique en médecine générale ».

(44) Compagnon, Laurence, Philippe Bail, Jean-François Huez, Bertrand Stalnikiewicz, Christian Ghasarossian, Yves Zerbib, Claude Piriou, et al. « Définitions et descriptions des compétences en médecine générale ». *Vo l u m e* s. d., 8.

(45) WHO. « OMS | Déclaration d'Alma-Ata sur les soins de santé primaires ». disponible sur internet sur https://www.who.int/topics/primary_health_care/alma_ata_declaration/fr/.

(46) « La stratégie nationale de santé 2018-2022 ». disponible sur internet sur <http://www.ars.sante.fr/index.php/la-strategie-nationale-de-sante-2018-2022-1>.

(47) Franck, Le Vaillant, et Pelletier-Fleury Rosman. « La prise en charge des enfants en médecine générale : une typologie des consultations et visites », s. d., 8.

(48) INSEE. Bilan démographique 2017 : la population normande stoppe sa progression. Insee Analyses Normandie. 2018 ; 50 : 1-4.

(49) Danet S, Brocas A. L'état de santé de la population en France. Suivi des objectifs annexés à la loi de santé publique. Rapport 2011. Disponible sur: http://solidaritesante.gouv.fr/IMG/pdf/Etat_sante-population_2011.pdf

(50) Les certificats de santé aux 8e jour, 9e mois et 24e mois | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sources-outils-et-enquetes/les-certificats-de-sante-aux-8e-jour-9e-mois-et-24e-mois>

(51) Spadari M, Arditti J, Affaton MF, David JM, Valli M. Intoxications accidentelles par stupéfiants et buprénorphine chez les enfants notifiés au centre antipoison de Marseille de 1993 à 1999. *Thérapie*. 2000;55:705-8

(52) Prescrire Rédaction "Intoxications au cannabis chez de jeunes enfants" *Rev Prescrire* 2016 ; 36 (388) : 111.

(53) Finke L et al. Cannabis - Quels effets sur le comportement et la santé? Données épidémiologiques sur la consommation de cannabis. Disponible sur: <http://www.ipubli.inserm.fr/bitstream/handle/10608/171/?sequence=6>

(54) F. Beck, R. Guignard, I. Obradovic, A. Gautier, L. Karila Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France
Rev Epidemiol Sante Publique, 59 (5) (2011), pp. 285-294

(55) C. Cogordan, G. Quatremère, R. Andler, R. Guignard, J.B. Richard, V. Nguyen-Thanh Dialogue entre médecin généraliste et patient: les consommations de tabac et d'alcool en question, du point de vue du patient Rev Epidemiol Sante Publique, 68 (6) (2020), pp. 319-326

(56) Breuil-Genier P. et al., 2006. "La durée des séances des médecins généralistes", *Etudes et Resultats*, n°481, avril, Dress disponible sur <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er481.pdf>

(57) Laura Villeneuve. Déterminants des demandes multiples en consultation de médecine générale : étude qualitative par entretiens semi dirigés auprès de patients de la Gironde. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01716038

(58) Cleo Bergeron. Place du médecin généraliste dans le suivi de l'enfant. Étude qualitative auprès de parents dont le suivi de l'enfant est assuré par un pédiatre. Thèse pour diplôme d'État de docteur en médecine. Faculté de Santé, université d'Angers. 2019. Disponible sur: <http://dune.univ-angers.fr/fichiers/14007478/2019MCEM10667/fichier/10667F.pdf>

Annexe 1 : Point d'information de l'ANSM de 2015 et 2018



Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

Cliquez ici pour effectuer une recherche... 

L'ANSM
S'informer
Décisions
Activités
Dossiers
Publications
Services
Déclarer un effet indésirable
Produits de santé

Accueil > S'informer > Points d'inform... > Augmentation des signalements d'intoxications pédiatriques au cannabis par ingestion accidentelle - Point d'information

S'informer

- > Actualité
- Points d'information**
- > Informations de sécurité
- > Communiqués
- > Travaux de l'Agence Européenne des Médicaments (EMA)
- > Répertoire des médicaments
- > Autorisation et déclaration des activités relatives aux MPU
- > Base de données des établissements pharmaceutiques
- > Déclaration des établissements de fabrication ou de conditionnement de produits cosmétiques
- > Déclaration de ventes annuelles
- > Déclaration des codes LPP
- > Dépôt de demande d'enregistrement, d'autorisation de mise sur le marché ou de publicité
- > E-Saturne : faire une demande d'ATU nominative
- > E-FIT
- > Obtenir un numéro d'enregistrement pour une RIPH
- > Offres d'emploi
- > Opérations réalisées par l'ANSM donnant lieu au paiement d'un droit
- > Prise en charge des frais de déplacements des experts
- > Répertoires des essais cliniques de médicaments
- > Signalement/Alerte
- > Suivi des signalements de matériovigilance
- > Télédéclaration des intérêts

[< précédent](#)

Augmentation des signalements d'intoxications pédiatriques au cannabis par ingestion accidentelle - Point d'information

19/10/2015



Une hausse des signalements d'intoxications pédiatriques au cannabis est observée depuis 2014. Ces intoxications touchent principalement les enfants de moins de 2 ans. Elles font le plus souvent suite à l'ingestion accidentelle de cannabis dans l'environnement familial. L'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) alerte les professionnels de santé et le grand public sur la sous-estimation des dangers liés à l'ingestion de cannabis et sur la gravité de ces intoxications qui conduisent très souvent à une hospitalisation de plus de 24 heures.

L'ANSM recommande par ailleurs d'effectuer une analyse toxicologique en présence de troubles respiratoires (apnée) ou neurologiques (sommolence, ataxie, tremblements) inexpliqués.

Éléments de contexte

Une augmentation des intoxications au cannabis par ingestion accidentelle chez de jeunes enfants est observée en France depuis 2014. Ce phénomène a été mis en évidence par de nombreux médecins, notamment urgentistes, qui ont signalé des cas parfois graves d'intoxications. Une analyse de l'ensemble des notifications reçues par les Centres d'addictovigilance [1] entre 2010 et 2014 pour les enfants de moins de 10 ans a donc été réalisée. En parallèle, une requête a été effectuée dans la base nationale des hospitalisations[2] pour rechercher les admissions d'enfants de moins de 10 ans en lien avec une consommation de cannabis.

Analyse des données disponibles

Au total, le réseau d'addictovigilance a rapporté 140 notifications[3] d'intoxications pédiatriques au cannabis entre 2010 et 2014, dont 59 pour la seule année 2014. La grande majorité concerne des enfants de moins de 2 ans. Parmi ces notifications, 120 ont débouché sur des hospitalisations de 24 heures ou plus, avec 9 cas graves, correspondant à des situations ayant mis en jeu le pronostic vital et entraîné une admission en réanimation pédiatrique ou en soins continus. L'évolution de ces cas a été favorable et à ce jour aucun décès n'a été rapporté. Les manifestations cliniques décrites ont été des troubles cardiaques, ventilatoires et neurologiques.

Les données de la base nationale du PMSI ont également montré une augmentation du nombre d'hospitalisations en relation avec le cannabis chez les enfants de moins de 10 ans, majoritairement chez les moins de 2 ans, avec 615 cas, survenus principalement en 2013 (151 cas) et 2014 (247 cas). On observe une forte disparité régionale, les zones les plus touchées étant l'Ile-de-France et celles du sud (PACA, Rhône-Alpes).

Les investigations ont montré que les intoxications surviennent le plus souvent dans un cadre familial ou au sein de l'entourage proche.

Cette hausse des intoxications pédiatriques se fait en parallèle de l'augmentation de la consommation de cannabis dans la population générale et sans doute également de celle des teneurs en tétrahydrocannabinol (THC) du cannabis qui sont de plus en plus élevées. Les moyennes des teneurs en THC ont ainsi été multipliées par 3 environ depuis 15 ans pour atteindre, en 2013, 17,4 % dans la résine et 12,6 % dans l'herbe.

A l'échelle internationale, cette augmentation des intoxications pédiatriques au cannabis semble être observée en Espagne, aux Etats-Unis, au Maroc, en Israël et en Italie.

Préconisations de l'ANSM

Au vu de ces résultats, l'ANSM attire l'attention des professionnels de santé et du grand public sur les risques que présente l'ingestion de cannabis par le nourrisson ou l'enfant.

En cas d'ingestion ou de suspicion d'ingestion de cannabis, les structures d'urgences (Samu Centres 15) doivent être immédiatement prévenues. Les principaux signes cliniques retrouvés au cours d'une intoxication aiguë au cannabis peuvent être une somnolence avec des phases d'agitation, des vomissements, des tremblements, des convulsions, une détresse respiratoire, voire un coma.

L'ANSM invite également les professionnels de santé, devant des troubles neurologiques ou respiratoires inexpliqués chez un enfant ou un nourrisson à faire effectuer une analyse toxicologique pour rechercher la présence de cannabis.

L'ANSM rappelle qu'en vertu de l'article L3421-1 du Code de la santé publique la consommation de cannabis est interdite en France.

Accueil > S'informer > Points d'inform... > Augmentation du nombre d'intoxications au cannabis par ingestion accidentelle chez les enfants - Point d'information



S'informer

> Actualité

Points d'information

Informations de sécurité

Communiqués

Travaux de l'Agence Européenne des Médicaments (EMA)

> Répertoire des médicaments

> Autorisation et déclaration des activités relatives aux MPUP

> Base de données des établissements pharmaceutiques

> Déclaration des établissements de fabrication ou de conditionnement de produits cosmétiques

> Déclaration de ventes annuelles

> Déclaration des codes LPP

> Dépôt de demande d'enregistrement, d'autorisation de mise sur le marché ou de publicité

> E-Saturne : faire une demande d'ATU nominative

> E-FIT

> Obtenir un numéro d'enregistrement pour une RIPH

> Offres d'emploi

> Opérations réalisées par l'ANSM donnant lieu au paiement d'un droit

> Prise en charge des frais de déplacements des experts

> Répertoires des essais cliniques de médicaments

> Signalement/Alerte

> Suivi des signalements de matériovigilance

> Télédéclaration des intérêts

← précédent

Augmentation du nombre d'intoxications au cannabis par ingestion accidentelle chez les enfants - Point d'Information

20/08/2018



Une étude du réseau national d'addictovigilance de l'ANSM rapporte une hausse constante, depuis 2014, du nombre d'intoxications par ingestion accidentelle de cannabis, principalement chez les enfants de moins de 2 ans, survenant le plus souvent dans le cadre familial. L'ANSM alerte à nouveau[1] les professionnels de santé et le grand public sur la gravité de ces intoxications, souvent sous-estimée, qui conduisent très fréquemment à une hospitalisation.

Une première enquête sur les intoxications par ingestion accidentelle de cannabis chez les enfants a été réalisée en 2015 sur les données de 2010 à 2014 (60 mois) par le réseau des centres d'addictovigilance. L'actualisation de ces données a été menée sur la période du 1er janvier 2015 au 30 septembre 2017 (33 mois).

Comparativement aux cas enregistrés sur la précédente période, l'analyse de ces nouvelles données met en évidence chez les enfants :

2,5 fois plus d'intoxications [2]

La première enquête a rapporté 140 cas sur 60 mois *versus* 194 cas sur 33 mois pour la seconde. Les enfants de moins de 2 ans restent les plus concernés (le plus jeune est âgé de 7 mois, le plus âgé de 5 ans).

2 fois plus d'hospitalisations [2]

Lors de la première enquête (sur 60 mois), 120 enfants sur 140 ont été hospitalisés *versus* 140 enfants sur 194 lors de la seconde enquête (sur 33 mois). Dix enfants ont été hospitalisés plus de 48 heures, dont un pendant 11 jours.

5 fois plus de cas graves [2]

Le nombre de cas graves avec mise en jeu du pronostic vital, nécessitant une admission en réanimation, est passé de 9 enfants sur 140 (sur 60 mois) à 27 enfants sur 194 (sur 33 mois) lors de la seconde enquête.

Les principaux symptômes retrouvés sont : somnolence (56%), agitation (30%), mydriase (27%), hypotonie (20%), tachycardie (10%), coma (10%), bradypnée (8%), convulsions (8%).

Aucun décès n'a été rapporté.

Ces intoxications surviennent le plus souvent dans un cadre familial, avec une recrudescence au cours de la période estivale et lors des fêtes de fin d'année.

Pour rappel, les risques encourus lors d'intoxications au cannabis sont d'autant plus importants que la teneur en delta-9-THC est élevée. Selon le point "Drogues, chiffres clés" de juin 2017 de l'OFDT, la teneur moyenne de delta-9-THC dans la résine de cannabis a triplé en dix ans pour atteindre 23 %.

En cas d'ingestion ou de suspicion d'ingestion de cannabis, les structures d'urgences (Samu Centres 15) doivent être immédiatement prévenues.

L'ANSM souhaite également rappeler aux services d'urgences pédiatriques la nécessité d'une recherche systématique de cannabis (urines et/ou sang et/ou cheveux) chez les enfants qui présenteraient des signes cliniques compatibles avec cette intoxication.

L'ANSM rappelle aux professionnels de santé de :

déclarer tout cas grave de pharmacodépendance et d'abus sur le site signalement-sante.gouv.fr se rapprocher du centre d'addictovigilance (CEIP) de leur secteur géographique pour toute information

[1] Augmentation des signalements d'intoxications pédiatriques au cannabis par ingestion accidentelle (19/10/15) - Point d'information

[2] Prenant en compte la durée de chacune des enquêtes : 60 mois pour la première, 33 mois pour la dernière

Annexe 2 : Le questionnaire.

1) Êtes-vous ?

- Un homme
- Une femme

2) Dans quelle tranche d'âge figurez-vous ?

- 26-35 ans
- 36-45 ans
- 46-55 ans
- Plus de 56 ans

3) Vous exercez majoritairement ? (Plusieurs réponses possibles)

- En zone rurale
- En zone urbaine
- En zone péri-urbaine
- En maison médicale
- En cabinet médical
- Seul
- En association avec d'autres médecins

4) Avez-vous connaissance des intoxications au cannabis chez les jeunes enfants par ingestion accidentelle ?

- Oui
- Non

5) Avez-vous déjà reçu des informations/documents ou formations à ce sujet ?

- Oui
- Non

6) Avez-vous déjà rencontré des cas dans votre patientèle ?

- Oui
- Non

7) Est-ce un sujet qui vous paraît justifié et important en matière de prévention ?

- Oui
- Non

8) Serait-ce un sujet délicat à évoquer en consultation pour vous ?

- Oui
- Non

9) Si oui, pourquoi ?

10) Si non, pourquoi ?

11) Quelle(s) aide(s) aimeriez-vous avoir en support de prévention ? (Plusieurs réponses possibles)

- Formation
- Support papier libre-service type prospectus ou poster en salle d'attente
- Support papier délivré individuellement
- Informations dans le carnet de santé
- Autres

Nous vous proposons un questionnaire court de trois questions à proposer aux patients dans une consultation de médecine générale :

Fumez-vous ?

Consommez-vous du cannabis ?

Connaissez-vous le risque d'intoxication au cannabis chez les enfants ?

12) Pensez-vous possible d'intégrer de façon simple ces 3 questions :

- Chez tout patient
- Chez les patients à risque de consommation de cannabis
- Chez les parents d'enfant en bas âge
- Chez les parents d'enfant en bas âge à risque de consommation du cannabis
- Aucune de ces propositions

13) Pensez-vous essayer d'intégrer ce questionnaire dans certaines de vos consultations ?

- Oui
- Non

14) Pensez-vous que ce questionnaire réduit pourrait être le support d'une affiche de prévention à proposer en salle d'attente ? type :

Fumez-vous ?

Consommez-vous du cannabis ?

Connaissez-vous l'intoxication au cannabis chez les enfants ?

Parlez-en à votre médecin

- Oui
- Non

Annexe 3 : Plaquette d'informations sur la prévention de la mort inattendue du nourrisson :
Protégez-moi ! Les règles d'or de ma première année.

PROTÉGEZ -MOI

DE L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE

DORMIR SUR LE DOS NE FAVORISE PAS L'APLATISSEMENT DE MA TÊTE A CONDITION QUE JE SOIS LIBRE DE TOUS MES MOUVEMENTS .

POUR FACILITER MES MOUVEMENTS

- Je suis installé à plat sur une surface ferme (tapis d'éveil, parc).
- Mes jouets sont disposés autour de moi.
- J'aime découvrir par moi-même,
- J'aime être avec vous.

Si j'ai tendance à tourner la tête toujours du même côté quand je suis éveillé, attirez mon attention du côté opposé.

Je ne suis pas dans une coque (sauf pour le transport) ni dans une poussette ou un cocon car je ne bouge pas librement.




PROTÉGEZ MA SANTÉ

EN RESPECTANT MON ENVIRONNEMENT

FAVORISEZ L'ALLAITEMENT MATERNEL AUTANT QUE POSSIBLE .

NE FUMEZ PAS EN MA PRÉSENCE

Le tabac augmente les risques d'infections, d'asthme et de mort inattendue du nourrisson.

PROTÉGEZ -MOI DES INFECTIONS

- Avant de vous occuper de moi, lavez-vous les mains avec de l'eau et du savon.
- Évitez de me mettre en contact avec les personnes malades.
- Je suis sensible aux microbes, évitez de m'amener dans des lieux publics très fréquentés, surtout en période hivernale.
- Mes vaccins doivent être à jour tout comme ceux des membres de ma famille (fratrie, parents, grands-parents...) et ceux des personnes qui me gardent.

CONTACTEZ MON MÉDECIN SI :

- Je ne me comporte pas comme d'habitude.
- J'ai une température supérieure à 38°C ou inférieure à 36°C (pour les nourrissons de moins de 3 mois).
- Je suis gêné pour respirer même après m'avoir nettoyé le nez.
- Je vomis.
- J'ai des selles abondantes et liquides.

ALLO DOCTEUR



SAMU 15
ou 112 par téléphone portable



PROTÉGEZ -MOI !



Les règles d'or de ma première année




www.chu-montpellier.fr / Naitre et Vivre : 01 47 23 05 08 - www.naitre-et-vivre.org

PROTÉGEZ-MOI

TOUT AU LONG DE MA JOURNÉE

NE ME LAISSEZ JAMAIS SEUL

- Sur ma table à langer (**risque de chute**).
- Dans mon bain (**risque de noyade**).
- Dans une pièce avec un animal même familier.
- Dans la voiture.
- Sous la surveillance d'un autre enfant.

L'écoute bébé ne remplace jamais la présence des adultes.

DRING! **JE SUIS OCCUPÉ, JE NE RÉPOND PAS.**

SOYEZ ATTENTIF

- Ne me laissez pas boire seul mon biberon (**risque de fausse route**).
- Protégez moi du soleil, je risque de me déshydrater et de prendre des coups de soleil.
- Évitez les chaînes et colliers autour de mon cou, ainsi que les attaches sucette pendant mon sommeil (**risque d'étranglement**).
- N'utilisez pas le trotteur (**risque de chute ou autres traumatismes**).

NE ME SECOUÉZ PAS

Parfois mes pleurs deviennent difficiles à supporter. Demandez alors de l'aide (famille, amis, médecin traitant, PMI, urgences). Évitez de crier et surtout de me secouer (**risque de décès ou de handicap à vie**).






PROTÉGEZ-MOI

LORS DE MES DÉPLACEMENTS

POUR MES PROMENADES

Je suis mieux dans un landau, puis dans une poussette en fonction de mon âge, sous le regard de mes parents.

POUR LE TRANSPORT EN VOITURE

Je dois être attaché :

- Soit dans un siège auto adapté à mon âge.
- Soit dans une nacelle.

La coque est un moyen de transport et non un lieu de sommeil (**risque de malaise et d'aplatissement de la tête**).

www.securite-routiere.gouv.fr

EN ÉCHARPE OU PORTE BÉBÉ

Ma tête, mon nez et ma bouche sont bien dégagés et à l'air libre.

- Je suis en position verticale, la tête soutenue.






PROTÉGEZ MON SOMMEIL

EN PRÉVENTION DE LA MORT INATTENDUE DU NOURRISSON

DÈS LA NAISSANCE, JE DORS UNIQUEMENT SUR LE DOS TANT QUE JE NE ME RETOURNE PAS TOUT SEUL

- Jamais sur le ventre (**risque d'asphyxie**), ni sur le côté (**risque de basculer sur le ventre**), bien à plat dans une turbulette à ma taille et adaptée à la saison.

Si je supporte mal la position sur le dos pour dormir, mes parents doivent en discuter avec mon médecin.

JE DORS DANS MON LIT DE BÉBÉ

- Sur un matelas ferme, aux dimensions du lit, sans tour de lit, pour ne pas risquer de m'étouffer.
- Si je dors dans un lit parapluie, ne jamais rajouter de matelas, car je risque de me coincer.

JE DORS SEUL DANS MON LIT

- Jamais dans le lit de mes parents même quand je suis malade (**risque d'étouffement**).
- Je dors dans la même pièce que mes parents pendant mes 6 premiers mois.
- Je suis en sécurité : sans cale-tête, cale bébé, oreiller, coussin, cocon, peluches, couverture, chaîne, collier d'ambre, ou autre objet (**risque de gêner ma respiration**).

L'HIVER, JE DORS DANS UNE PIÈCE DE 18 À 20°C. L'ÉTÉ ON ME DÉCOUVRE.







ENFANTS 0 - 6 ANS

Protégez votre enfant des accidents domestiques



Un réflexe en plus,
un risque en moins.

Mieux vaut prévenir que guérir !

Apprenons à éviter les accidents domestiques de l'enfant. Un accident peut rapidement arriver. Alors, pour éviter les petits et gros bobos tout en laissant l'enfant s'épanouir, il existe des solutions :

- **Surveillez votre enfant** : il n'a pas conscience des risques qu'il prend. Vous pouvez l'aider à faire des progrès en grandissant et l'accompagner dans sa découverte du monde. Votre enfant doit toujours être sous la surveillance d'un adulte. Il ne faut pas le laisser sous la garde d'un autre enfant.
- **Expliquez les dangers à votre enfant** : faites-lui comprendre, de façon claire et adaptée à son âge, les risques qu'il court et la manière de les éviter.
- **Suivez les conseils de professionnels** : demandez conseil à votre médecin, à une puéricultrice ou à votre pharmacien pour toute question concernant votre enfant.
- **Ayez les bons réflexes** : certains gestes simples peuvent éviter un accident. Ce guide vous apprendra ces gestes essentiels.

**Apprenez à votre enfant les dangers
et comment les éviter. Dans tous les cas,
ne le laissez jamais sans surveillance.**

Les réflexes pour éviter les intoxications



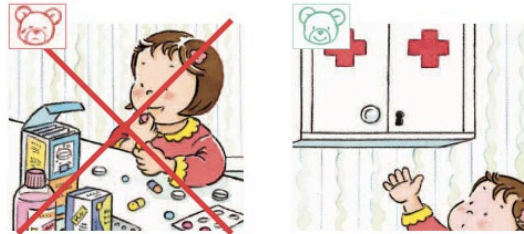
Pendant leurs premières années, les enfants portent tout à leur bouche.

Les principales causes d'intoxication des enfants sont l'ingestion de médicaments, de produits ménagers et de bricolage qui sont laissés à leur portée.

17

Les médicaments

Ne laissez jamais de médicaments à portée de votre enfant



Que faire pour éviter les intoxications ?

- Rangez toujours les médicaments dans une armoire en hauteur, fermée à clé.
- Ne laissez pas de médicaments dans un sac à main, sur une table...

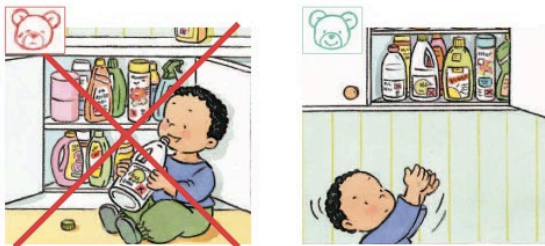
Des conseils pratiques pour donner des médicaments à votre enfant :

- Respectez toujours les doses de médicaments prescrites par le médecin, les délais entre chaque prise et lisez attentivement les notices d'utilisation.
- Ne présentez jamais un médicament comme un bonbon.

18

Les produits ménagers et de bricolage

Gardez les produits ménagers et de bricolage hors de portée de votre enfant



Que faire pour éviter les intoxications ?

- Rangez toujours les produits ménagers et de bricolage en hauteur, hors de portée des enfants et si possible dans un placard fermé à clé.
- Expliquez à votre enfant les dangers que représentent ces produits et éloignez-le quand vous les utilisez.
- Ne transvasez jamais un produit ménager dans une autre bouteille.
- Utilisez des produits munis de bouchons de sécurité.

Des produits toxiques méconnus

Lisez attentivement les étiquettes des produits que vous utilisez pour en connaître la toxicité. Votre enfant peut, par exemple, s'intoxiquer avec des produits cosmétiques (dissolvant, teinture pour les cheveux).

Certaines plantes vertes d'intérieur peuvent être toxiques.

19

Annexe 5 : Prévention de l'intoxication au cannabis par ingestion accidentelle : données du site drogues info service

INTOXICATIONS PAR LE CANNABIS : ATTENTION AUX JEUNES ENFANTS !



Par **Drogues info service**

Posté le 21/02/2018 à 17h48

Voir les commentaires



Le cannabis est la drogue illicite la plus consommée en France. Son image positive auprès des adultes consommateurs banalise le risque que peut représenter une ingestion accidentelle de cannabis par un jeune enfant. Or, de plus en plus de cas d'intoxication grave de jeunes enfants sont signalés aux autorités sanitaires. Un message s'impose : il est indispensable de garder le cannabis hors de portée des enfants.

Ranger le cannabis et ne pas susciter la curiosité des enfants

Pour éviter tout risque d'accident il est conseillé de sortir le cannabis uniquement au moment de sa consommation et de le ranger juste après. Il est également recommandé d'éviter de le manipuler devant les enfants afin de ne pas susciter leur curiosité pour ce qui pourrait ressembler parfois à du « chocolat ». Enfin, il ne faut jamais baisser sa garde : les intoxications sont plus fréquentes en périodes de fêtes et de vacances.

Reconnaître les signes et appeler les secours

Un enfant intoxiqué par le cannabis présente notamment une somnolence inhabituelle avec des phases d'agitation, des vomissements et des tremblements. Il peut faire des convulsions et se retrouver en détresse respiratoire voire dans le coma.

Dès les premiers signes ou en cas de suspicion d'ingestion, il faut appeler le 15 (Samu) sans attendre. Les services de secours d'urgence sont soumis au secret médical et ne sont pas là pour juger.

N'hésitez pas à informer vos proches consommateurs de cannabis.

Par **Drogues info service**

Posté le 19/06/2018 à 14h14

 **Voir les commentaires**

L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) signale que de plus en plus d'intoxications accidentelles au cannabis ont eu lieu ces dernières années chez les jeunes enfants. Ces intoxications peuvent être graves et engager le pronostic vital.

Entre 2010 et 2014, 140 cas d'intoxication au cannabis chez des enfants ont été signalés, dont 59 cas pour la seule année 2014. Ces intoxications concernent surtout des enfants de moins de 2 ans et 120 d'entre elles ont débouché sur des hospitalisations de plus de 24 heures. Neuf cas graves, où l'enfant a failli mourir, ont nécessité une hospitalisation en réanimation pédiatrique ou en soins continus. Heureusement, aucun décès n'a été rapporté.

D'après l'ANSM, cette augmentation des intoxications au cannabis chez les jeunes enfants va de pair avec l'augmentation de la consommation de cannabis dans la population générale et sans doute aussi l'augmentation des teneurs en THC du cannabis.

L'ingestion du cannabis par un jeune enfant nécessite d'appeler les secours (Samu : 15). Elle se reconnaît par les symptômes suivants : somnolence avec des phases d'agitation, vomissements, tremblements, convulsions, détresse respiratoire et parfois coma.

Parents et proches de bébés et jeunes enfants : rangez le cannabis hors de leur portée.

RESUME :

L'agence nationale de la sécurité du médicament et des produits de santé a effectué deux alertes en 2015 et 2018 au sujet de l'intoxication au cannabis par ingestion accidentelle chez l'enfant. Celle-ci représente un problème de santé préoccupant avec une prévalence croissante et une gravité accrue, justifiant une prévention.

Le médecin généraliste occupe une place de choix dans le suivi pédiatrique et représente un acteur central de la prévention.

L'objectif de ce travail était d'effectuer un état des lieux de la connaissance et de la prévention par les médecins généralistes de la Seine-Maritime et de l'Eure au sujet de l'intoxication au cannabis chez l'enfant par ingestion accidentelle.

Il s'agit d'une enquête observationnelle effectuée par questionnaire envoyé par courriel, menée des mois de juillet 2020 à janvier 2021.

L'analyse des réponses au questionnaire de 97 médecins généralistes interrogés (6,3% de la population de médecins généralistes en Haute-Normandie) montre qu'environ la moitié des médecins ont connaissance de ce problème, néanmoins très peu rapportent avoir déjà rencontré des cas dans leur patientèle.

Ils estiment pour une grande majorité nécessaire d'effectuer de la prévention, même si seulement 12% ont déjà reçu une formation ou des documents à ce sujet. Les supports de prévention indirects tels que les affiches, prospectus ou informations dans le carnet de santé semblent plus intéresser les médecins qu'une prévention ciblée.

Nous avons proposé un questionnaire court directement adressé au patient avec pour dernière question *Connaissez-vous le risque d'intoxication au cannabis chez les enfants ? Parlez-en à votre médecin*, celui-ci intéresse la plupart des praticiens et ils en voient l'utilisation possible dans un support de prévention type affiche en salle d'attente.

Les nombreuses missions du médecin généraliste et le manque de temps, ainsi que la sensibilité du sujet évoqué, sont pour beaucoup des freins à effectuer de la prévention concernant ces intoxications. Proposer un support de prévention indirect semble alors le plus adapté et permettrait de toucher le plus de patients possible sans une intervention obligatoire du médecin.

Mots clés : Cannabis, ingestion accidentelle, prévention, médecine générale, accidents domestiques