

http://portaildoc.univ-lyon1.fr

Creative commons : Paternité - Pas d'Utilisation Commerciale - Pas de Modification 2.0 France (CC BY-NC-ND 2.0)



http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.0/fr

ANNEE 2016 / N° 316

REPRESENTATIONS ET RESSENTIS DES CONSOMMATEURS DE CANNABIS FACE A LEUR MEDECIN

Une enquête auprès de 15 patients en région Auvergne Rhône Alpes

THESE D'EXERCICE DE MEDECINE

Présentée à l'Université Claude Bernard Lyon 1
Et soutenue publiquement le 22 novembre 2016
En vue d'obtenir le titre de Docteur en Médecine

Par

MEJEAN Virginie Née le 31.12.1986 à Thionville (57)

Sous la direction du Docteur FIGON Sophie

MEJEAN Virginie: REPRESENTATIONS ET RESSENTIS DES CONSOMMATEURS DE CANNABIS FACE A

LEUR MEDECIN: une enquête auprès de 15 patients en région Auvergne Rhône Alpes

Nbr f . 103 ill. 1 tab. 1

Th. Med: Lyon 2016

RESUME:

Introduction : En France, le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée et les problématiques associées à cette consommation ne peuvent être ignorées. Principal acteur des soins de premier recours, le médecin généraliste est le mieux placé pour dépister cet usage. Le dialogue entre un patient et son médecin traitant sur la question du cannabis n'est pourtant pas aisé.

L'objectif de cette étude est d'explorer les freins et les motivations des patients à aborder la question du cannabis avec leur médecin et d'étudier ce qu'ils attendent de cette interaction.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-structurés auprès de 15 patients consommateurs réguliers de cannabis en région Auvergne Rhône Alpes. Une analyse thématique a été effectuée à partir des données retranscrites.

Résultats: La relation de confiance avec leur médecin ou le sentiment de prendre un risque à consommer du cannabis étaient les deux motivations évoquées par les patients pour aborder la question du cannabis. Ils identifiaient de nombreux obstacles au dialogue. Certains étaient inhérents au patient comme la peur d'être jugé, la peur du non-respect du secret professionnel ou l'absence de problématique ressentie. D'autres étaient liés au médecin comme une attitude parfois inadaptée, des capacités limitées de prise en charge ou une méconnaissance des problématiques liées au cannabis.

Les attentes des consommateurs de cannabis en matière de prise en charge concernaient à la fois l'attitude du médecin, basée sur l'écoute et l'objectivité, et son action pendant la consultation. Ils imaginaient que le médecin devait repérer l'usage et donc poser la question pour les accompagner dans leur consommation. Parfois ils pensaient au sevrage, et attendaient que le médecin les aide ou les oriente vers une structure adaptée.

Discussion: Malgré de nombreux obstacles, les patients sont prêts à discuter de leur consommation de cannabis avec leur médecin. Pour cela, le médecin ne doit pas hésiter à poser la question. Il semble nécessaire de développer la formation des médecins généralistes sur cette problématique pour qu'ils se sentent moins démunis et qu'ils osent ouvrir le dialogue.

MOTS-CLES: médecine générale, relation médecin-patient, cannabis, ressenti, représentation, qualitative

JURY:

Président : Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent

Membres assesseurs:

Monsieur le Professeur FRANCK Nicolas Madame le Professeur ERPELDINGER Sylvie Madame le Docteur FIGON Sophie

DATE DE SOUTENANCE: 22 novembre 2016

Adresse de l'auteur :

123 rue Louis Becker, 69100 VILLEURBANNE mejean.virginie@gmail.com

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD – LYON 1

Président Frédéric FLEURY

Président du Comité de Pierre COCHAT

Coordination des Etudes Médicales

Directrice Générale des Services Dominique MARCHAND

Secteur Santé

UFR de Médecine Lyon Est Doyen : Gilles RODE

UFR de Médecine Lyon Sud- Doyen : Carole BURILLON

Charles Mérieux

Institut des Sciences Pharmaceutiques Directrice : Christine VINCIGUERRA

Et Biologiques (ISPB)

UFR d'Odontologie Directeur : Denis BOURGEOIS

Institut des Sciences et Techniques Directeur : Xavier PERROT

De Réadaptation (ISTR)

Département de Biologie Humaine Directrice : Anne-Marie SCHOTT

Secteur Sciences et Technologie

UFR de Sciences et Technologies Directeur : Fabien de MARCHI

UFR de Sciences et Techniques des Directeur : Yannick VANPOULLE

Activités Physiques et Sportives (STAPS)

Polytech Lyon Directeur : Emmanuel PERRIN

I.U.T. Directeur : Christophe VITON

Institut des Sciences Financières Directeur : Nicolas LEBOISNE

Et Assurances (ISFA)

Observatoire de Lyon Directrice : Isabelle DANIEL

Ecole Supérieure du Professorat Directeur : Alain MOUGNIOTTE

Et de l'Education (ESPE)

Faculté de Médecine Lyon Est Liste des enseignants 2016/2017

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 2

Blay Jean-Yves Cancérologie ; radiothérapie

Cochat Pierre Pédiatrie

Cordier Jean-François Pneumologie ; addictologie

Etienne Jérôme Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Gouillat Christian Chirurgie digestive

Guérin Jean-François Biologie et médecine du développement

et de la reproduction ; gynécologie médicale

Mornex Jean-François Pneumologie ; addictologie

Ninet Jacques Médecine interne ; gériatrie et biologie du

vieillissement; médecine générale; addictologie

Philip Thierry Cancérologie ; radiothérapie

Ponchon Thierry Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Revel Didier Radiologie et imagerie médicale Rivoire Michel Cancérologie ; radiothérapie

Rudigoz René-Charles Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Thivolet-Bejui Françoise Anatomie et cytologie pathologiques

Vandenesch François Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Classe exceptionnelle Echelon 1

Borson-Chazot Françoise Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ; gynécologie

médicale

Chassard Dominique Anesthésiologie-réanimation ; médecine

d'urgence

Claris Olivier Pédiatrie

D'Amato Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Delahaye François Cardiologie
Denis Philippe Ophtalmologie

Disant François Oto-rhino-laryngologie

Douek Philippe Radiologie et imagerie médicale

Ducerf Christian Chirurgie digestive

Finet Gérard Cardiologie

Gaucherand Pascal Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Guérin Claude Réanimation ; médecine d'urgence

Herzberg Guillaume Chirurgie orthopédique et traumatologique

Honnorat Jérôme Neurologie Lachaux Alain Pédiatrie

Lehot Jean-Jacques Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Lermusiaux Patrick Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Lina Bruno Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Martin Xavier Urologie

Mellier Georges Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Mertens Patrick Anatomie

Michallet Mauricette Hématologie ; transfusion

Miossec Pierre Immunologie

Morel Yves Biochimie et biologie moléculaire

Moulin Philippe Nutrition

Négrier Sylvie Cancérologie ; radiothérapie

Neyret Philippe Chirurgie orthopédique et traumatologique

Nighoghossian Norbert Neurologie

Ninet Jean Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
Obadia Jean-François Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Ovize Michel Physiologie

Rode Gilles Médecine physique et de réadaptation
Terra Jean-Louis Psychiatrie d'adultes ; addictologie

Zoulim Fabien Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Première classe

André-Fouet Xavier Cardiologie

Argaud Laurent Réanimation ; médecine d'urgence

Badet Lionel Urologie

Barth Xavier Chirurgie générale Bessereau Jean-Louis Biologie cellulaire

Berthezene Yves Radiologie et imagerie médicale

Bertrand Yves Pédiatrie

Boillot Olivier Chirurgie digestive

Braye Fabienne Chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique ;

brûlologie

Breton Pierre Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

Chevalier Philippe Cardiologie

Colin Cyrille Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Colombel Marc Urologie

Cottin Vincent Pneumologie ; addictologie

Devouassoux Mojgan Anatomie et cytologie pathologiques

Di Fillipo Sylvie Cardiologie

Dumontet Charles Hématologie ; transfusion

Durieu Isabelle Médecine interne ; gériatrie et biologie du

vieillissement; médecine générale; addictologie

Edery Charles Patrick Génétique

Fauvel Jean-Pierre Thérapeutique ; médecine d'urgence ; addictologie

Guenot Marc Neurochirurgie

Gueyffier François Pharmacologie fondamentale ; pharmacologie

clinique; addictologie

Guibaud Laurent Radiologie et imagerie médicale

Javouhey Etienne Pédiatrie Juillard Laurent Néphrologie

Jullien Denis Dermato-vénéréologie

Kodjikian Laurent Ophtalmologie

Krolak Salmon Pierre Médecine interne ; gériatrie et biologie du

vieillissement ; médecine générale ; addictologie Biologie et médecine du développement et de la

Lejeune Hervé Biologie et médecine du développement et d

reproduction; gynécologie médicale

Mabrut Jean-Yves Chirurgie générale

Merle Philippe Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

MionFrançoisPhysiologieMorelonEmmanuelNéphrologieMurePierre-YvesChirurgie infantile

Négrier Claude Hématologie ; transfusion

Nicolino Marc Pédiatrie

Picot Stéphane Parasitologie et mycologie

Rouvière Olivier Radiologie et imagerie médicale

Roy Pascal Biostatistiques, informatique médicale et

technologies de communication

Ryvlin Philippe Neurologie

Saoud Mohamed Psychiatrie d'adultes Schaeffer Laurent Biologie cellulaire

Scheiber Christian Biophysique et médecine nucléaire

Schott-Pethelaz Anne-Marie Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Tilikete Caroline Physiologie

Truy Eric Oto-rhino-laryngologie

Turjman Francis Radiologie et imagerie médicale

Vallée Bernard Anatomie

Vanhems Philippe Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Vukusic Sandra Neurologie

Professeurs des Universités – Praticiens Hospitaliers Seconde Classe

Ader Florence Maladies infectieuses ; maladies tropicales

Aubrun Frédéric Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Boussel Loïc Radiologie et imagerie médicale

Calender Alain Génétique Chapurlat Roland Rhumatologie

Charbotel Barbara Médecine et santé au travail

Chêne Gautier Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Cotton François Radiologie et imagerie médicale

Crouzet Sébastien Urologie

Dargaud Yesim Hématologie ; transfusion

David Jean-Stéphane Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Di Rocco Federico Neurochirurgie

Dubernard Gil Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Ducray François Neurologie

Dumortier Jérome Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Fanton Laurent Médecine légale

Fellahi Jean-Luc Anesthésiologie-réanimation ; médecine d'urgence

Ferry Tristan Maladie infectieuses ; maladies tropicales

Fourneret Pierre Pédopsychiatrie ; addictologie

Gillet Yves Pédiatrie
Girard Nicolas Pneumologie

Gleizal Arnaud Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Henaine Roland Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

Hot Arnaud Médecine interne

Huissoud Cyril Gynécologie-obstétrique ; gynécologie médicale

Jacquin-CourtoisSophieMédecine physique et de réadaptationJanierMarcBiophysique et médecine nucléaire

Lesurtel Mickaël Chirurgie générale

Michel Philippe Epidémiologie, économie de la santé et prévention

Million Antoine Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire

Monneuse Olivier Chirurgie générale Nataf Serge Cytologie et histologie

Peretti Noël Nutrition

Pignat Jean-Christian Oto-rhino-laryngologie Poncet Gilles Chirurgie générale

Raverot Gérald Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques ;

Ray-Coquard Isabelle Cancérologie ; radiothérapie

Rheims Sylvain Neurologie

Richard Jean-Christophe Réanimation ; médecine d'urgence

Robert Maud Chirurgie digestive Rossetti Yves Physiologie

Souquet Jean-Christophe Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie

Thaunat Olivier Néphrologie
Thibault Hélène Physiologie

Wattel Eric Hématologie ; transfusion

Professeur des Universités - Médecine Générale

Flori Marie
Letrilliart Laurent
Moreau Alain
Zerbib Yves

Professeurs associés de Médecine Générale

Lainé Xavier

Professeurs émérites

Baulieux Jacques Cardiologie

Beziat Jean-Luc Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie Chayvialle Jean-Alain Gastroentérologie ; hépatologie ; addictologie Daligand Liliane Médecine légale et droit de la santé Droz Jean-Pierre Cancérologie ; radiothérapie

Floret Daniel Pédiatrie
Gharib Claude Physiologie
Mauguière François Neurologie
Neidhardt Jean-Pierre Anatomie

Petit Paul Anesthésiologie-réanimation ; médecine

d'urgence

Sindou Marc Neurochirurgie Touraine Jean-Louis Néphrologie

Trepo Christian Gastroentérologie ; hépatologie ;

addictologie Trouillas Jacqueline Cytologie et histologie

Viale Jean-Paul Réanimation ; médecine d'urgence

Maîtres de Conférence – Praticiens Hospitaliers Hors classe

Benchaib Mehdi Biologie et médecine du développement et de la

reproduction; gynécologie médicale

Bringuier Pierre-Paul Cytologie et histologie

Dubourg Laurence Physiologie Germain Michèle Physiologie

Jarraud Sophie Bactériologie-virologie ; hygiène hospitalière

Le BarsDidierBiophysique et médecine nucléaireNormandJean-ClaudeMédecine et santé au travailPersatFlorenceParasitologie et mycologiePiatonEricCytologie et histologie

Sappey-Marinier Dominique Biophysique et médecine nucléaire Streichenberger Nathalie Anatomie et cytologie pathologiques

Timour-Chah Quadiri Pharmacologie fondamentale; pharmacologie

clinique; addictologie

Voiglio Eric Anatomie

Maîtres de Conférence - Praticiens Hospitaliers Première classe

Barnoud Raphaëlle Anatomie et cytologie pathologiques **Bontemps** Laurence Biophysique et médecine nucléaire Chalabreysse Lara Anatomie et cytologie pathologiques

Charrière Sybil Nutrition

Collardeau Frachon Anatomie et cytologie pathologiques Sophie

Confavreux Cvrille Rhumatologie Cozon Grégoire **Immunologie**

Vanessa Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière **Escuret**

Hervieu Valérie Anatomie et cytologie pathologiques

Marie Nathalie Kolopp-Sarda **Immunologie** Gaëtan Génétique Lesca

Lukaszewicz Anne-Claire Anesthésiologie-réanimation; médecine d'urgence

Biostatistiques, informatique médicale et Maucort Boulch Delphine

> technologies de communication Anatomie et cytologie pathologiques Biophysique et médecine nucléaire

Meyronet David Pina-Jomir Géraldine Plotton Ingrid Biochimie et biologie moléculaire

Rabilloud Muriel Biostatistiques, informatique médicale et

technologies de communication

Rimmele **Thomas** Anesthésiologie-réanimation;

médecine d'urgence

Ritter Epidémiologie, économie de la santé et prévention Jacques

Roman Sabine Physiologie

Biochimie et biologie moléculaire Tardy Guidollet Véronique

Tristan Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière Anne

Venet Fabienne **Immunologie**

Vlaeminck-Guillem Biochimie et biologie moléculaire Virginie

Maîtres de Conférences – Praticiens **Hospitaliers Seconde classe**

Casalegno Jean-Sébastien Bactériologie-virologie; hygiène hospitalière

Curie Aurore Pédiatrie

Epidémiologie, économie de la santé et prévention **Duclos** Antoine

Lemoine Sandrine Physiologie Marignier Romain Neurologie

Phan Alice Dermato-vénéréologie

Schluth-Bolard Caroline Génétique Simonet **Thomas** Biologie cellulaire

Vasiljevic Alexandre Anatomie et cytologie pathologiques

Maîtres de Conférences associés de Médecine Générale

Farge Thierry Pigache Christophe

U.F.R. FACULTE DE MEDECINE ET DE MAIEUTIQUE

LYON SUD-CHARLES MERIEUX

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Classe exceptionnelle)

BERGERET Alain Médecine et Santé du Travail

BROUSSOLLE Emmanuel Neurologie
BURILLON-LEYNAUD Carole Ophtalmologie

CHIDIAC Christian Maladies infectieuses ; Tropicales COIFFIER Bertrand Hématologie ; Transfusion

DUBREUIL Christian O.R.L.

FLOURIE Bernard Gastroentérologie ; Hépatologie

FOUQUE Denis Néphrologie
GILLY François-Noël Chirurgie générale

GOLFIER François Gynécologie Obstétrique ; gynécologie médicale

GUEUGNIAUD Pierre-Yves Anesthésiologie et Réanimation urgence

LAVILLE Martine Nutrition
LAVILLE Maurice Thérapeutique

MALICIER Daniel Médecine Légale et Droit de la santé

MATILLON Yves Epidémiologie, Economie Santé et Prévention

MORNEX Françoise Cancérologie ; Radiothérapie

MOURIQUAND Pierre Chirurgie infantile
NICOLAS Jean-François Immunologie
PEIX Jean-Louis Chirurgie Générale
SALLES Gilles Hématologie ; Transfusion
SAMARUT Jacques Biochimie et Biologie moléculaire

SIMON Chantal Nutrition

THIVOLET Charles Endocrinologie et Maladies métaboliques

VALETTE Pierre Jean Radiologie et imagerie médicale

VIGHETTO Alain Neurologie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

ADHAM Mustapha Chirurgie Digestive
ANDRE Patrice Bactériologie – Virologie

BERARD Frédéric Immunologie

BONNEFOY Marc Médecine Interne, option Gériatrie

BONNEFOY- CUDRAZ Eric Cardiologie

BROUSSOLLE Christiane Médecine interne ; Gériatrie et biologie vieillissement

CAILLOT Jean Louis Chirurgie générale

CERUSE Philippe O.R.L

DES PORTES DE LA FOSSE Vincent Pédiatrie

ECOCHARD René Bio-statistiques

FESSY Michel-Henri Anatomie

FLANDROIS Jean-Pierre Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

FRANCK Nicolas Psychiatrie Adultes

FREYER Gilles Cancérologie ; Radiothérapie

GEORGIEFF Nicolas Pédopsychiatrie

GIAMMARILE Francesco Biophysique et Médecine nucléaire

GLEHEN Olivier Chirurgie Générale JOUANNEAU Emmanuel Neurochirurgie

KIRKORIAN Gilbert Cardiologie

LANTELME Pierre Cardiologie

LEBECQUE Serge Biologie Cellulaire

LINA Gérard Bactériologie

LLORCA Guy Thérapeutique

LONG Anne Chirurgie vasculaire

LUAUTE Jacques Médecine physique et Réadaptation

MAGAUD Jean-Pierre Hématologie ; Transfusion PEYRON François Parasitologie et Mycologie

PICAUD Jean-Charles Pédiatrie

PIRIOU Vincent Anesthésiologie et réanimation chirurgicale

POUTEIL-NOBLE Claire Néphrologie

PRACROS J. Pierre Radiologie et Imagerie médicale RODRIGUEZ-LAFRASSE Claire Biochimie et Biologie moléculaire

SAURIN Jean-Christophe Hépato gastroentérologie

TEBIB Jacques Rhumatologie

THOMAS Luc Dermato -Vénérologie
TRILLET-LENOIR Véronique Cancérologie ; Radiothérapie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BARREY Cédric Neurochirurgie
BOHE Julien Réanimation urgence

BOULETREAU Pierre Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie

CHAPET Olivier Cancérologie, radiothérapie

CHOTEL Franck Chirurgie Infantile
COTTE Eddy Chirurgie générale

DAVID Jean Stéphane Anesthésiologie et Réanimation urgence

DEVOUASSOUX Gilles Pneumologie

DISSE Emmanuel Endocrinologie diabète et maladies métaboliques
DORET Muriel Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale
DUPUIS Olivier Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale

FARHAT Fadi Chirurgie thoracique et cardiovasculaire

FEUGIER Patrick Chirurgie Vasculaire

FRANCO Patricia Physiologie GHESQUIERES Hervé Hématologie

KASSAI KOUPAI Berhouz Pharmacologie Fondamentale, Clinique

LASSET Christine Epidémiologie., éco. santé LEGER FALANDRY Claire Médecine interne, gériatrie

LIFANTE Jean-Christophe
LUSTIG Sébastien
MOJALLAL Alain-Ali
NANCEY Stéphane
Chirurgie Générale
Chirurgie. Orthopédique,
Chirurgie. Plastique.,
Gastro Entérologie

PAPAREL Philippe Urologie

PIALAT Jean-Baptiste Radiologie et Imagerie médicale

POULET Emmanuel Psychiatrie Adultes

REIX Philippe Pédiatrie
RIOUFFOL Gilles Cardiologie

SALLE Bruno Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

SANLAVILLE Damien Génétique

SERVIEN Elvire Chirurgie Orthopédique
SEVE Pascal Médecine Interne, Gériatrique

TAZAROURTE Karim Thérapeutique

THAI-VAN Hung Physiologie THOBOIS Stéphane Neurologie

TRAVERSE-GLEHEN Alexandra Anatomie et cytologie pathologiques

TRINGALI Stéphane O.R.L.

TRONC François Chirurgie thoracique et cardio. WALLON Martine Parasitologie mycologie

WALTER Thomas Gastroentérologie - Hépatologie

PROFESSEURS ASSOCIES

FILBET Marilène Thérapeutique
LESURTEL Mickaël Chirurgie générale
SOUQUET Pierre-Jean Pneumologie

PROFESSEUR DES UNIVERSITES - MEDECINE GENERALE

DUBOIS Jean-Pierre

PROFESSEURS ASSOCIES - MEDECINE GENERALE

DUPRAZ Christian ERPELDINGER Sylvie

PROFESSEURS ASSOCIES SCIENCES ET TECHNOLOGIES - MEDECINE GENERALE

BONIN Olivier

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (Hors Classe)

ARDAIL Dominique Biochimie et Biologie moléculaire

BOUVAGNET Patrice Génétique

CHARRIE Anne Biophysique et Médecine nucléaire DELAUNAY-HOUZARD Claire Biophysique et Médecine nucléaire

LORNAGE-SANTAMARIA Jacqueline Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

MASSIGNON Denis Hématologie – Transfusion RABODONIRINA Méja Parasitologie et Mycologie

VAN GANSE Eric Pharmacologie Fondamentale, Clinique

VIART-FERBER Chantal Physiologie

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS (1ère Classe)

BELOT Alexandre Pédiatrie

BREVET Marie Anatomie et Cytologie pathologiques

CALLET-BAUCHU Evelyne Hématologie ; Transfusion

COURAUD Sébastien Pneumologie

DECAUSSIN-PETRUCCI Myriam Anatomie et cytologie pathologiques
DIJOUD Frédérique Anatomie et Cytologie pathologiques

DUMITRESCU BORNE Oana Bactériologie Virologie

GISCARD D'ESTAING Sandrine Biologie et Médecine du développement et de la reproduction

MILLAT Gilles Biochimie et Biologie moléculaire

PERROT Xavier Physiologie

PONCET Delphine Biochimie, Biologie moléculaire

RASIGADE Jean-Philippe Bactériologie – Virologie ; Hygiène hospitalière

MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (2ème Classe)

BRUNEL SCHOLTES Caroline Bactériologie virologie ; Hyg.hosp.

COURY LUCAS Fabienne Rhumatologie

DESESTRET Virginie Cytologie – Histologie FRIGGERI Arnaud Anesthésiologie LEGA Jean-Christophe Thérapeutique

LOPEZ Jonathan Biochimie Biologie Moléculaire

MAUDUIT Claire Cytologie – Histologie

MEWTON Nathan Cardiologie
NOSBAUM Audrey Immunologie

VUILLEROT Carole Médecine Physique Réadaptation

MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES – MEDECINE GENERALE

CHANELIERE Marc PERDRIX Corinne

PROFESSEURS EMERITES

Les Professeur émérites peuvent participer à des jurys de thèse ou d'habilitation. Ils ne peuvent pas être président du jury.

ANNAT Guy Physiologie BELLON Gabriel Pédiatrie

BERLAND Michel Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale

CARRET Jean-Paul Anatomie - Chirurgie orthopédique

DALERY Jean Psychiatrie Adultes FABRY Jacques Epidémiologie

MOYEN Bernard Chirurgie Orthopédique

PACHECO Yves Pneumologie
PERRIN Paul Urologie

REMERCIEMENTS

Au président du jury

Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter la présidence de ce jury de thèse. Je vous remercie pour les précieux conseils que vous m'avez donnés et le regard expert que vous avez porté sur ce travail. Soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

Aux membres du jury

Monsieur le Professeur FRANCK Nicolas

Je suis honorée que vous ayez accepté de juger ce travail. Veuillez trouver ici l'expression de mes plus sincères remerciements.

Madame le Professeur ERPELDINGER Sylvie

Vous m'avez fait l'honneur d'accepter de participer à ce jury et de juger de ce travail. Soyez assuré de ma profonde considération.

Madame le Docteur FIGON Sophie

Merci d'avoir accepté de diriger cette thèse. Je vous remercie pour les conseils avisés que vous m'avez donnés, le temps que vous m'avez accordé, ainsi que pour votre soutien du rant ce travail de thèse. Soyez assuré de ma profonde reconnaissance.

Aux patients

Qui ont accepté de me rencontrer et de se confier. Sans vous ce travail n'aurait pu voir le jour, je vous remercie sincèrement.

A Clémence

Merci pour le temps que tu as consacré à la triangulation de ce travail et les idées que tu as apportées.

Aux médecins

Que j'ai côtoyés tout au long de mon internat et de mes remplacements. Merci de m'avoir enseigné votre savoir. Une mention toute particulière pour **Isabelle** et **Fulvia** qui m'ont fait découvrir et aimer la médecine générale, je garde en mémoire les nombreux moments que nous avons partagés. **Fulvia**, merci pour la relecture de ce travail et la rapidité avec laquelle vous l'avez effectuée.

A ma famille

Mon Nico. Merci de m'avoir soutenue *-et supportée-* pendant toutes ces années. C'est avec toi que j'ai parcouru ce bout de chemin et c'est avec toi que je partage tant. Je t'aime.

Papa, maman. Merci pour tout l'amour que vous me donnez, le soutien sans faille et le regard que vous portez sur moi. Je vous aime.

Romain. Ma petite flûte enchantée, tu es capable de me rendre le sourire d'un coup de baguette magique. Je t'aime.

Nico. Et oui, deux Nico dans ma vie. Tu m'as fait découvrir tellement de choses tout en gardant sur moi un œil protecteur. Je t'aime.

A ma très belle-famille

Benoit et Elo. Merci pour tous les merveilleux moments passés ensemble, les fêtes de familles à vos côtés sont inoubliables !

Marie et Jean-François. Merci pour l'accueil chaleureux que vous m'avez toujours réservé, en petit comme en grand comité, à Meung comme sur votre île.

A mes amis

Mes bichons. Merci de m'avoir accompagnée toutes ces années. C'est à la fac que l'on s'est rencontré, c'est ensemble que l'on a profité des bons moments et affronté les plus difficiles. Notre parcours à la fac touche à sa fin, mais pas notre amitié...

Mes chatons d'EFI et d'ailleurs. Merci d'être là, merci pour votre bonne humeur omniprésente, et merci pour les bons moments que nous avons partagés. Qu'ils soient encore nombreux!

SERMENT D'HIPPOCRATE

Je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans discrimination.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont 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.

Je donnerai mes soins à l'indigent et je n'exigerai pas un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement la vie ni ne provoquerai délibérément la mort.

Je préserverai l'indépendance nécessaire et je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je perfectionnerai mes connaissances pour assurer au mieux ma mission.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé si j'y manque.

LISTE DES ABREVATIONS

THC: tetrahydrocannabinol

DSM-IV: Diagnostic and statistical manual of mentual disorders version IV

CIM-10: Classification Internationale des Maladies version 10

DSM-V: Diagnostic and statistical manual of mentual disorders version V

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

ANSM : Agence National de Sécurité du médicament et des produits de santé

SMR: service médical rendu

ASMR: amélioration du service médical rendu

OFDT: Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies

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

EROPP: Enquête sur les Représentations, Opinions et Perceptions sur les Psychotropes

DGS: Direction Générale de la Santé

HAS: Haute Autorité de Santé

CAST: Cannabis Abuse Screening Test

MDFT: MultiDimensional Family Therapy

MILDECA : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues Et Les Conduites Addictives

ANPAA: Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie

ARAMIS : Attitudes, Représentations, Aspirations, et Motivations lors de l'Initiation au Substances

psychoactives

TABLE DES MATIERES

ΙNΤ	TRODUCTION	19
I.	Pourquoi cette étude ?	19
II.	Le contexte	19
A	A. Une histoire ancienne	19
Е	3. La plante	20
	1. Botanique	20
	2. De l'herbe à l'huile, des modalités d'usage variables	21
	3. Principes actifs de la plante	21
	a. Composition	21
	b. Evolution de la teneur en THC	21
(C. Définition et concepts, les comportements de consommation	22
	D. Les effets cliniques de la consommation de cannabis	23
	1. Troubles psychiques	
	a. Les effets psychiques aigus	
	b. Les effets psychiques différés	
	2. Effets somatiques	
	3. Dangerosité	
	4. Théorie de l'escalade	
	E. Le cannabis à visée thérapeutique	
F	Cannabis et lois	
	1. La loi	
	2. La réponse judiciaire	
	3. La réponse gouvernementale	
(G. Consommation, chiffres-clés	
	1. Dans le monde	
	2. En France	
ŀ	H. Le repérage de la consommation par le médecin	29
MΑ	TERIEL ET METHODE	30
I.	L'étude	30
A	A. Type d'étude	30
E	3. Objectifs de l'étude	30
	1. Principal : la relation avec son médecin	30
	2. Secondaire : les représentations de sa consommation	30
II.	Les patients	31
III.	Les entretiens	31
	A. Déroulement et modalités	
Е	B. Canevas d'entretien	
(C. Techniques d'entretien	
IV.	L'analyse	32
٧.	La bibliographie	33
RES	SULTATS	34
ı.	Présentation des patients	34
ļ	A. Description des patients	34
E	3. Description des entretiens	35

II.	Le repérage de la consommation de cannabis en pratique	
Α	A. Un sujet abordé spontanément ?	38
В	B. Un sujet abordé immédiatement ?	39
C	C. Un sujet évoqué ou approfondi ?	40
D	D. Intervention d'un tiers ?	41
Ε	. Un sujet resté tabou	42
F	Et avec les autres médecins, non traitants ?	42
III.	Les motivations pour parler de sa consommation de cannabis	44
Α	A. L'idée de confiance	44
В	3. Une relation construite	45
C	C. Le secret professionnel	45
D	D. Une motivation rationnelle	45
Ε	Une demande d'aide	46
IV.	Les freins à parler de sa consommation de cannabis	
Α		
В	3. Peur d'être jugé	48
C	C. Un discours moralisateur	48
D	D. L'absence de problématique ressentie	48
Ε	Peur de n'être qu'un consommateur	49
F	Manque de connaissances du médecin	49
G	G. Capacités limitées de prise en charge	49
Н	H. Sexe du médecin	50
١.	. Manque de temps ou d'écoute du médecin	50
J.	. La relation médecin-patient	51
K	C. Les inhibitions, ce qu'on n'ose pas dire	51
٧.	Les représentations du rôle du médecin : les attentes	52
Α	A. Ecouter	52
В	3. Rester objectif	53
C	C. Accompagner	53
D	D. Aider	54
Ε	Orienter	54
VI.	Les suggestions des consommateurs	54
Α	A. Sur les attitudes du médecin	55
В	3. Sur les actions du médecin :	55
C	C. Dans la société	56
VII.	La relation médecin patient consommateur	
Α	A. Les motifs de consultation	56
	Des petits consommateurs de soins	56
	2. Et des patients plus réguliers	57
В	3. Les ressentis	57
	1. Le facile	57
	2. Le difficile	58
VIII	Les représentations sur le cannabis :	59
	A. Les effets recherchés:	
	1. Aspect hédonique	59
	2. Aspect social	
	3. Aspect thérapeutique	
В	B. Le parcours de consommation:	
	·	
	1. Les débuts	bT

	2. La poursuite et la majoration de la consommation	61
	3. Et quelques fois le sevrage	
C.	·	
	1. Vécus	
	2. Observés	
	3. Entendus	
	4. Drogue douce ?	
D -	0	
Ε.	. L'environnement et le retentissement social	68
DISC	CUSSION	71
I.	Obstacles méthodologiques	71
 A		
В		
C.	•	
II.	La force de cette étude	/3
III.	Aborder la question de la consommation de cannabis	73
Α	. Repérer la consommation	74
В.	. Evaluer l'usage et approfondir la question	76
C.	. Une consommation passée sous silence	77
D	La place du médecin traitant et des autres soignants	77
IV.	Une motivation certaine à aborder la question du cannabis	79
Α		
В		
V.	Mais de nombreux freins	90
ν. Α		
B.		
	Les attentes en termes de prise en charge	
Α		
В.		
C.	Quelques suggestions	85
VII.	La relation de façon générale	86
VIII.	. Comprendre les représentations	87
А		
В.		
C.		
CON	NCLUSIONS	91
BIBL	LIOGRAPHIE	94
ANN	NEXES	98
Α		
В.	· · · · · ·	
C.	•	
D.		103

INTRODUCTION

I. Pourquoi cette étude?

Le cannabis... Il est difficile d'ignorer l'ampleur de la consommation de cannabis dans la société française, et donc chez les patients que nous sommes amenés à prendre en charge dans les cabinets de médecine générale. A l'heure actuelle, les conséquences de cette consommation sont de mieux en mieux connues et la lutte contre les addictions fait partie des priorités des politiques de santé de notre pays (1). Pourtant la question du cannabis reste souvent en suspens entre un patient et son médecin.

Un patient, un médecin... Après une longue période dédiée à acquérir le savoir théorique nécessaire à ma pratique, je me suis rendu compte au fil de mes études et de ma pratique, que je ne pouvais pas exercer ce métier en me fondant sur cette seule science médicale, mais que j'étais partie intégrante d'une relation, d'une interaction. J'ai dû à ce moment-là identifier et composer avec l'expérience du patient, ses croyances, son vécu et ses émotions à l'origine de sa rationalité propre, qui peut contraster avec ma rationalité médicale. Je me suis alors aperçue que c'est au fil des échanges que médecin et patient délimitent ensemble un espace de négociation et d'actions possibles. Et c'est dans cette interaction que nous construisons une relation.

Une relation qui n'est pas toujours facile à établir, notamment lorsqu'on aborde les questions d'usage (ou de mésusage) d'une substance psychoactive, d'autant plus lorsque celle-ci est illicite. S'ajoute parfois une tierce personne soupçonnant un usage de cannabis (entourage familial, scolaire ou professionnel, orientation judiciaire) qui peut perturber la relation.

En 2009, le baromètre santé réalisé auprès des médecins généralistes mettait en avant que « la majorité des médecins se trouvait démunie devant les usagers de drogues » (2).

Mais, qu'en est-il des usagers de drogues devant leur médecin ?

Je me suis donc interrogée sur le vécu de cette relation par les consommateurs de cannabis.

II. <u>Le contexte</u>

A. <u>Une histoire ancienne</u>

C'est dans les contreforts de l'Himalaya 6000 ans avant notre ère que l'on retrouve les premières traces d'utilisation du chanvre alors destiné à la fabrication de tissus. Le cannabis est cité dans la pharmacopée chinoise 5000 ans plus tard pour son action contre les rhumatismes. Les Egyptiens l'utilisent à cette même époque contre les inflammations vaginales, et les Grecs contre les otalgies (3). Galien évoque les propriétés psychoactives de la plante au Ilème siècle après J.C dans son écrit *De simplicium medicamentorum temperamentis ac facultatibus*: « les graines apportent une

sensation de chaleur et si consommées en grandes quantités, affectent la tête en lui envoyant des vapeurs chaudes et toxiques »

Au fil des siècles, l'usage du chanvre se développe (4).

C'est Charlemagne qui, en France encourage la culture de cette plante, ses fibres étant propices à la confection des textiles. C'est au XVIIe et XVIIIe siècles que son utilisation explose en Europe. Le chanvre est l'élément essentiel pour la réalisation des voiles et cordages des navires alors que les pays Européens ont besoin de puissantes flottes navales pour conquérir et asseoir leur autorité. C'est finalement l'armée de Napoléon rentrant d'Egypte à la fin du XVIIIe siècle qui détourne l'usage de cette plante et introduit les drogues extraites du chanvre en France. Napoléon édicta un décret d'interdiction le 8 octobre 1800, mais les effets psychoactifs de la plante avaient déjà suscité trop d'intérêt pour les scientifiques de l'époque. Le psychiatre Jacques-Joseph Moreau de Tours testa le cannabis pour traiter ses malades et publia *Du haschich et de l'aliénation mentale* en 1845. Il fonda également le club des haschischins où scientifiques, hommes de lettre et artistes, tels que Théophile Gauthier ou Charles Baudelaire, se réunissaient pour étudier et expérimenter des drogues. Ce ne sera que le 12 juillet 1916 que la première loi de prohibition des substances psychotropes sera votée. Un siècle plus tard, cette interdiction reste en vigueur.

Le cannabis est donc une plante qui a traversé les millénaires et pourtant cette plante et ses effets posent toujours de nombreuses questions.

B. La plante

1. Botanique

Le cannabis est une plante annuelle appartenant à l'ordre des urticales et à la famille des cannabinacées. Il existe plus de 800 variétés de chanvre dans le monde, mais deux d'entre elles prédominent (4). C'est le *Cannabis Sativa sativa* ou chanvre agricole riche en fibres, et cette plante est cultivée légalement pour obtenir des fibres textiles. La seconde est le *Cannabis Sativa Indica* ou chanvre Indien qui est riche en résine et en substances psychoactives, sa culture est illégale en France.

Le chanvre est une mauvaise herbe qui atteint un à trois mètre de haut. S'adaptant à de nombreux climats, il n'y a guère qu'au pôle Nord ou dans les régions tropicales humides qu'il refuse de pousser. La plante et particulièrement les pieds femelles, est pourvue de poils qui sécrètent de la résine riche en principe actif : le $\Delta 9$ - tetrahydrocannabinol. Le cannabis est en effet une plante dioïque, avec des pieds mâles et femelles (5). Quand la fleur mâle féconde la fleur femelle avec son pollen, celle-ci produit des graines. Alors que la fleur femelle pourvue de poils est riche en principe actif, la graine en est pauvre. Le fait de couper (de castrer en quelque sorte) la fleur mâle prévient cette fécondation et la fleur femelle continue sa maturation sans former de semence (littéralement « sin semilla »), permettant d'obtenir des taux plus importants de THC.

2. De l'herbe à l'huile, des modalités d'usage variables

Dans le monde, il existe plus de 350 dénominations du chanvre indien qui devient de plus en plus riche en THC: ganja, marijuana, haschich... mais ces appellations variées ne renvoient finalement qu'à trois formes d'utilisation à visée psychoactive: l'herbe, la résine et l'huile (4,6,7).

L'herbe ou beuh, marijuana, yamba, pakalolo, ganja, kif, zamal...

Ce sont les feuilles et les sommités fleuries du cannabis, simplement séchées.

La résine ou hashish, shit, chichon, teuchi...

C'est une préparation issue des poils des fleurs et des feuilles des plants femelles, obtenue par tamisage manuel ou mécanique. La résine ainsi extraite est chauffée puis pressée en plaques ou savonnettes. Il existe de nombreuses substances de coupe telles que le henné, la paraffine, ou le caoutchouc permettant d'en modifier l'apparence et de feindre une résine de qualité.

L'huile de cannabis

C'est un liquide visqueux et goudronneux, vert foncé, marron ou noir, très concentré en THC, résultant de l'expression d'une pâte de cannabis.

Deux modes de consommation seulement résultent de ces trois préparations: l'inhalation et l'ingestion.

L'inhalation

Sous forme de cigarettes (pétard, bedot, stick), qui représentent le mode de consommation le plus habituel en France. Le cannabis peut aussi être inhalé grâce à une pipe à eau (bang), un narguilhé ou un vaporisateur.

L'ingestion

Sous forme de confiseries ou de gâteaux (dawamesk, space-cake), mais également de façon plus anecdotique en infusion.

3. Principes actifs de la plante

a. Composition

La résine de cannabis est d'une composition très complexe. À côté des constituants classiques de très nombreuses plantes (flavono \ddot{a} des, terpènes), plus de 60 cannabino \ddot{a} des ont été recensés à ce jour, dont principalement le $\Delta 9$ -THC, qui constitue le principal produit psycho-actif chez l'homme ; et le cannabidiol, non psycho-actif qui aurait une activité anti-inflammatoire.

b. Evolution de la teneur en THC

La concentration du cannabis en THC semble augmenter depuis les années 1980. Il n'existe pas de données françaises avant 1990, mais prenons pour exemple les Etats Unis : en 1980, la teneur moyenne en THC du cannabis était de 2%, en 1997 de 4,5% et en 2007 de 9,6% (7).

Il existe différentes méthodes pour augmenter la teneur en THC de la plante, comme la fabrication de la sinsemilia. D'autres procédés permettent d'accroître le taux de THC du chanvre indien: sélections ou manipulations génétiques (la skunk), cultures hydroponiques (hors sol), choix du spectre de la lumière, régulation de l'hygrométrie et de la température, modification du cycle jour-nuit...

En France, le chanvre est considéré comme une drogue au-delà de 0,3% de THC. Dans les produits saisis sur notre territoire, la teneur en THC de l'herbe atteint 13% en 2014 contre 4,7% en 2000 (8); pour la résine de cannabis, après avoir triplé en 15 ans, on atteint en 2014 le taux record de 20,7% (6,5% en 2000). Pour l'huile de cannabis, on peut retrouver des produits atteignant 60% de THC. Cette forte hausse des taux de THC pose question quant aux risques induits par ces produits très fortement dosés.

C. <u>Définition et concepts, les comportements de consommation</u>

Tous les usagers d'une substance psychoactive donnée n'en deviennent pas dépendants. Il existe de multiples concepts pour rendre compte des modes de consommation de ces substances, dont le cannabis ; on parle de conduites addictives.

Le risque de développer une addiction est modulé par différents facteurs liés au produit, à l'individu et à son environnement (9). L'American Psychiatric Association à travers le Diagnostic and statistical manual of mentual disorders (DSM-IV) et l'Organisation Mondiale de la Santé à travers la classification internationale des maladies (CIM-10) distinguent les modes de consommation, de l'usage simple à la dépendance.

- ✓ Par usage simple on entend une consommation réglée, ponctuelle ou régulière qui n'induit pas de dommage aux niveaux somatique, psychoaffectif et/ou social.
- ✓ L'usage à risque fait référence à une consommation dans une situation jugée « à risque » telles que la grossesse, le jeune âge, des troubles psychiatriques connus, la conduite de véhicule... En somme des situations susceptibles d'induire des complications.
- ✓ L'usage nocif (concept utilisé dans la CIM-10) est proche du concept d'abus (du DSM-IV). Il renvoie à une consommation répétée entraînant des dommages pour le sujet ou son entourage, sans qu'il n'y ait de dépendance. A ce stade, l'usager peut moduler sa consommation mais des problèmes surgissent : l'incapacité de remplir ses obligations personnelles ou professionnelles, les problèmes judiciaires, ou encore l'utilisation de cette substance malgré la prise de conscience des conséquences négatives de cet usage.
- ✓ La dépendance renvoie à une perte de maîtrise de la consommation avec une impossibilité à s'abstenir -le craving-. Elle s'installe plus ou moins progressivement et le consommateur ne se rend pas forcément compte, dans les premiers temps, de la perte de contrôle de ses consommations. La personne ne peut plus les moduler en fonction du contexte dans lequel elle se trouve. Le sentiment de

perte de contrôle de soi et de tension interne s'accentue. Des symptômes de manque physique et psychique plus ou moins marqués apparaissent (9).

En 2013, l'American Psychiatric Association publie le DSM-V (10) où les notions d'abus et de dépendance ne sont plus individualisées mais regroupées sous le concept de troubles liés à l'usage de substances, avec une approche dimensionnelle du trouble léger au trouble sévère.

D. Les effets cliniques de la consommation de cannabis

1. Troubles psychiques

a. Les effets psychiques aigus

« Ce que le haschich donne avec une main, il le reprend avec l'autre : cela veut dire, il vous donne le pouvoir de l'imagination et vous retire la capacité d'en profiter. »

Charles Baudelaire, Les paradis artificiels, 1860

Une prise entraîne en général une légère euphorie associée à un sentiment de bien-être (c'est « l'ivresse cannabique » du DSM-IV) suivie d'un état de somnolence. Des troubles de la mémoire et de l'attention, un allongement des temps de réaction associés à une altération des capacités psychomotrices sont également décrits. Les effets psychiques de l'intoxication au cannabis sont variables d'un sujet à l'autre et parfois d'une prise à l'autre chez un même individu. Ils sont directement liés à la personnalité du sujet, au contexte, au mode de consommation, à la quantité de $\Delta 9$ -THC absorbée et à la qualité du produit (5,11).

Une prise peut être à l'origine de symptômes psychiatriques tels que des troubles anxieux généralisés comme le « bad trip » ; une attaque de panique avec la peur de devenir fou, de perdre le contrôle ou de mourir. Il peut, plus rarement, provoquer une psychose cannabique, véritable bouffée délirante induite par le THC (12).

b. Les effets psychiques différés

✓ Le syndrome amotivationnel

En cas de consommation plus soutenue apparaît le syndrome amotivationnel, pressenti par Jacques-Joseph Moreau de Tours, décrit en 1940 par Gaskill et réactualisé par le psychiatre français Pierre Deniker en 1979. Il correspond à un désinvestissement existentiel, avec un constant déficit mnésique, un émoussement affectif et intellectuel. En somme, c'est une absence d'envie, de désir et un désintérêt social et scolaire ou professionnel, qui touche particulièrement les jeunes consommateurs.

√ Troubles anxio-dépressifs

La fréquence d'usage de cannabis est plus élevée chez les sujets présentant des troubles de l'humeur à type de dépression (11,12). Se pose la question de la direction de l'association : l'usage de cannabis est-il cause ou conséquence de la dépression ? La littérature est partagée.

Une étude australienne a été conduite sur une cohorte de 1 600 adolescents recrutés dans des établissements scolaires à l'âge de 14-15 ans et suivis jusqu'à l'âge de 21 ans. Cette étude montre que la consommation de cannabis au cours de l'adolescence augmente le risque de survenue d'un syndrome anxio-dépressif (7). On retrouve même une relation dose-effet entre l'intensité de la consommation et le risque de survenue d'un trouble.

A contrario, deux récentes revues de la littérature concluent à une association faible entre consommation de cannabis et troubles anxio-dépressifs une fois les facteurs de confusion écartés, tels que les dysfonctionnements familiaux ou les antécédents psychiatriques familiaux. Le Dr Lukasiewicz (5) soulève les faiblesses de ces études et conclut en mettant l'accent sur le fait qu'un lien de causalité modeste devient un enjeu de santé publique réel lorsque l'exposition de la population est importante, comme pour le cannabis.

√ Troubles psychotiques

L'usage de cannabis est nettement plus fréquent chez les personnes souffrant de troubles psychotiques que chez les sujets indemnes de ces troubles. Là encore, la direction de l'association se pose. Il semblerait que le cannabis soit cause et conséquence (11).

En effet, chez les patients schizophrènes, la consommation de cannabis constituerait une automédication des signes déficitaires de la schizophrénie ou de certains effets indésirables des traitements médicamenteux. Dans le même temps on retrouve une relation délétère, le cannabis aggravant les idées délirantes et les illusions sensorielles des patients (7).

Mais la consommation de cannabis peut-elle induire des pathologies psychotiques chroniques ? De nombreuses études, d'Andreasson en 1987 aux plus récentes méta-analyses (7) concluent à un lien entre consommation de cannabis et risque de développer une psychose schizophrénique. Pourtant nombre d'experts s'interrogent. On note une augmentation du nombre de consommateurs de cannabis, s'exposant à une substance de plus en plus forte alors que le nombre de personnes atteintes de schizophrénie ne semble pas se modifier (13).

Le lien entre cannabis et maladies psychotiques est identifié, mais il n'existe actuellement aucun moyen fiable de repérer les personnes vulnérables à de telles complications.

✓ Troubles cognitifs

Lors d'un usage répété, les études montrent une perturbation de la mémoire immédiate ; il la diminue d'un facteur deux (Kalant 2004, Messini 2006). Mais il existe aussi des troubles de l'attention susceptibles d'entraîner d'importantes perturbations de l'activité scolaire ou universitaire (Karila, 2004) (7). La question de la réversibilité de ces troubles à l'arrêt de la consommation se pose. Les études sont en faveur d'une récupération des capacités, mais le doute plane sur une récupération totale ou partielle, notamment lorsque la consommation est le fait de sujets jeunes (14).

✓ Troubles du sommeil

Le cannabis modifie l'architecture du sommeil. Cette substance est fréquemment consommée pour améliorer la qualité subjective du sommeil. Les troubles du sommeil s'observent particulièrement dans les situations de sevrage cannabique, où apparaissent onirisme et insomnie.

2. Effets somatiques

✓ Effets à court terme

La prise de cannabis est à l'origine de symptômes caractéristiques, cités dans le DSM-IV pour définir l'intoxication au cannabis. On retrouve des conjonctives injectées, une stimulation de l'appétit, une sécheresse buccale, une tachycardie (15,16).

Si une consommation ponctuelle de cannabis n'entraîne pas de pathologie de surdosage, elle peut être à l'origine de mort violente, notamment avec les accidents de la voie publique et les passages à l'acte.

✓ Effets à plus long terme

La consommation de cannabis étant fréquemment associée à une consommation de tabac, il est difficile d'évaluer la part de chacun dans la survenue de complications.

Ce constat s'applique particulièrement au risque de cancer. Les cannabinoïdes ne sont pas cancérigènes, mais la fumée des cigarettes de cannabis contient de nombreuses substances cancérigènes, qui se déposent profondément dans les alvéoles pulmonaires grâce aux propriétés bronchodilatatrices des cannabinoïdes. Ainsi, les effets cancérogènes du cannabis dans les sphères pulmonaires et ORL sont au moins égaux à ceux du tabac (12).

Le cannabis atteint également le système cardiovasculaire. L'usage de cannabis se traduit par une tachycardie et une vasodilatation responsable d'hypotension. La consommation chronique de cannabis semble être à l'origine d'artériopathie périphérique chez l'adulte jeune et d'infarctus du myocarde.

Sur le plan respiratoire, le cannabis affecte particulièrement les bronches et est responsable de bronchopneumopathie chronique obstructive, même chez les sujets jeunes (12). Il faut savoir également que le cannabis, souvent contaminé par des micro-organismes fungiques, peut être responsable de mycose pulmonaire, et notamment d'aspergillose, principalement chez les sujets immunodéprimés (7).

Mais le cannabis semble également perturber d'autres fonctions de l'organisme. On peut retrouver des troubles digestifs divers ; la xérostomie qu'il induit est à l'origine de problèmes stomatologiques, des fibroses hépatiques semblent plus importantes chez les usagers. C'est également un puissant oréxigène. Il ne semble pas affecter le système immunitaire mais l'abus de cannabis semble être un marqueur de pratiques sexuelles à risques (7), et donc la fréquence des maladies sexuellement transmissibles est accrue dans cette population.

Enfin, se pose la question de l'usage du cannabis pendant la grossesse. Les cannabinoïdes traversent la barrière foeto-placentaire, et une consommation régulière semble perturber son déroulement. On retrouve des retards de croissance intra-utérins, des hypotrophies (16). Par contre, les études de tératogénicité restent contradictoires. En période post-natale, on relève un nombre plus important de morts subites du nourrisson, mais l'influence de la drogue n'est pas clairement identifiée et mérite d'être affinée.

3. Dangerosité

Certains spécialistes ont tenté de classer les différentes substances psychoactives, en dépassant la dichotomie drogue douces-drogues dures. En 1998 Bernard Roques, directeur de recherche à l'INSERM, publie un classement à la demande du ministère de la santé, intégrant les risques sanitaires mais également sociaux. La polémique est majeure quand il conclut que l'alcool est plus dangereux que le cannabis. En 2011, David Nutt, président du conseil consultatif sur les drogues en Grande-Bretagne s'essaie au même travail et conclut également à une dangerosité plus importante de l'alcool par rapport au cannabis, ou même à l'héroïne (17).

4. Théorie de l'escalade

C'est une théorie qui serait apparue aux Etats-Unis pendant la prohibition selon laquelle consommer de l'alcool ou du tabac amènerait à une consommation de cannabis, qui serait une « porte d'entrée » vers d'autres drogues. L'enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) réalisé par l'OFDT (18) interroge les Français sur leurs appréciations concernant différents produits dont le cannabis. Ils sont une majorité à partager cette théorie (70% en 2013). Pourtant, de nombreuses publications et de nombreux débats existent sur ce sujet et statistiquement, le passage du cannabis à d'autres drogues illicites est très rare (6).

E. Le cannabis à visée thérapeutique

Au XIXe siècle, le cannabis était administré dans le traitement de nombreuses maladies. Peu à peu les médecins ont privilégié les médicaments d'origine chimique et le chanvre a été retiré de la pharmacopée française en 1953 (4). Le cannabis et les cannabinoïdes ont longtemps été interdits pour usage médical ; pourtant ces molécules présentent un intérêt pharmacologique potentiel.

Le THC, en dehors de ses effets psychoactifs, possède un large spectre de propriétés : myorelaxant, anti émétique, antiépileptique, orexigène, tranquillisant, analgésique et réducteur de la pression oculaire. Quant au cannabidiol, il ne présente aucun effet psychoactif, et même au contraire à forte dose il semble contrer les effets psychoactif du THC; on lui attribue également des propriétés sédatives, antiépileptiques, anxiolytiques et anti inflammatoires.

Devant ces propriétés intéressantes, l'Agence Nationale de Sécurité du Médicament et des produits de santé (ANSM) peut, depuis le 8 juin 2013, délivrer des autorisations de mise sur le marché à des médicaments contenant du cannabis ou des cannabinoïdes. Ainsi, le Sativex®, un spray nasal à base de THC est autorisé depuis lors pour soulager les douleurs spastiques de patients atteints de sclérose en plaques. Cependant, en octobre 2014, la Commission de la transparence a évalué son SMR (service médical rendu) faible et son ASMR (amélioration du service médical rendu) à V, c'est-à-dire inexistante.

F. Cannabis et lois

1. <u>La loi</u>

En France, Le cannabis est un produit classé parmi les stupéfiants et son usage est interdit, conformément à la loi du 31 décembre 1970 (19).

En acheter, en consommer, en détenir, en donner, en revendre, en cultiver, en transporter ou conduire après en avoir consommé sont autant d'infractions à la loi passibles de sanctions lourdes devant les tribunaux, quelle que soit la quantité de cannabis concernée. Différents niveaux de sanctions existent, allant du rappel à la loi à la peine d'emprisonnement, en passant par l'injonction thérapeutique (13).

En Europe, la législation sur le cannabis est très différente d'un pays à l'autre. La consommation de cannabis est tantôt une infraction pénale, tantôt une infraction et tantôt... ignorée par la loi. La France reste un des pays les plus stricts et pourtant l'un des plus consommateurs, d'où des débats récurrents et passionnés sur la dépénalisation ou la légalisation de cette substance.

2. La réponse judiciaire

Le nombre d'interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants s'est envolé depuis le début des années 2000 (4). Mais s'agissant de l'usage isolé (sans revente ou trafic) de

cannabis, la loi de 1970 n'est qu'exceptionnellement appliquée avec rigueur. On observe plutôt une diversification des réponses pénales comme alternatives aux poursuites, avec notamment le développement des stages de sensibilisation aux dangers du cannabis ou l'obligation de soins quand la consommation est régulière.

3. <u>La réponse gouvernementale</u>

La réponse judiciaire observée est en accord avec la volonté des gouvernements français. Selon la circulaire du 8 avril 2005 (20), « l'esprit de la politique choisie par le gouvernement en matière de répression de la consommation de drogues est d'afficher un discours de fermeté mais de privilégier les réponses sanitaires ».

C'est sur la base de cette orientation que le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives a été construit. Le plan 2013-2017 (21) s'attache à « intensifier la lutte contre le trafic » mais met clairement en avant la nécessité de « prévenir, prendre en charge et réduire les risques ». Les médecins ont ainsi un rôle majeur à jouer, que ce soit en soins primaires ou au sein de structures dédiées, comme les consultations Jeunes Consommateurs. Ce réseau accueille depuis 2005 adolescents et jeunes adultes consommateurs qui viennent spontanément ou sous injonction judiciaire. L'objectif est d'évaluer leur consommation, de les informer, de les aider à contrôler cette consommation ou de les orienter vers une prise en charge à long terme. C'est le plan 2004-2008 qui a permis la mise en place de ce dispositif.

G. Consommation, chiffres-clés

1. Dans le monde

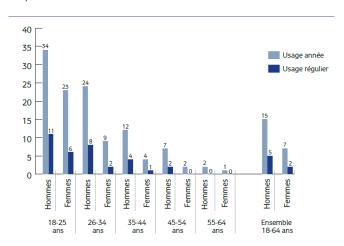
D'après le rapport mondial sur les drogues de 2015 (22), le cannabis est la substance illicite la plus consommée au monde. On note même une légère augmentation, avec 180 millions de consommateurs en 2013, soit 3.9% de la population mondiale (contre 160 millions soit 3.8% en 2009).

2. En France

Dans notre pays, l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (OFDT) a réalisé une estimation (23) en 2014 chez les 11-75 ans retrouvant :

- 17 millions d'expérimentateurs ; ce sont les personnes ayant consommé au moins une fois du cannabis au cours de leur vie. (contre 13,4 millions en 2011)
- Dont 4,6 millions d'actuels ; ayant consommé dans l'année (contre 3,8 millions en 2011)
- Dont 1,4 millions de réguliers ; ayant au moins 10 consommations de cannabis dans le mois (contre 1,2 millions en 2011)
- Dont 700 000 usagers quotidiens (contre 550 000 en 2011)

Dans notre pays comme au niveau mondial, on observe donc une tendance à l'augmentation de la consommation de cannabis. En 2014 en France, 42% des adultes âgés de 18 à 64 ans déclarent avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie. Dans cette même tranche d'âge, les usagers actuels représentent 11% de la population et les usagers réguliers 3%. Quel que soit le type d'usage, la consommation est davantage le fait des hommes que des femmes, comme l'illustre la figure cidessous.



Proportion de consommateurs de cannabis au cours de l'année et réguliers, suivant le sexe et l'âge en 2014 (en %)

Source: Baromètre Santé 2014, INPES, exploitation OFDT

H. <u>Le repérage de la consommation par le médecin</u>

D'après le baromètre santé 2009 réalisé par l'INPES (2): « près des deux tiers des médecins généralistes déclarent avoir au moins une fois, avec chaque patient, abordé la question de la consommation de tabac. Pour l'alcool et le cannabis, le repérage est moins systématique: environ 70% déclarent n'aborder la question que pour certains patients « jugés à risque ». Pour le cannabis, ils sont même un quart à ne jamais l'aborder, ou alors seulement à la demande du patient ».

Suite à ce constat, La Direction Générale de la Santé (DGS) a demandé à la Haute Autorité de Santé (HAS) d'élaborer en 2014 des recommandations de bonne pratique concernant le repérage précoce et l'intervention brève pour l'alcool, le cannabis et le tabac ; avec pour but de mettre à disposition des professionnels de santé de premier recours des outils utilisables en pratique courante (24).

Ainsi, la première étape du repérage précoce consiste à ... repérer, et donc poser clairement la question : « fumez-vous du cannabis ? ». L'HAS recommande ensuite l'utilisation du questionnaire validé (12,25) CAST (Cannabis Abuse Screening Test), 6 questions permettant d'évaluer le type de conduite addictive, afin d'adapter au mieux la réponse du médecin de premier recours : information, intervention ou orientation vers une consultation d'addictologie (cf annexe 1).

MATERIEL ET METHODE

I. <u>L'étude</u>

A. Type d'étude

Le choix d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés s'est rapidement imposé.

Les méthodes de **recherche qualitative** permettant d'explorer le vécu et les représentations des personnes, je me suis naturellement dirigée vers ce type d'étude. Mon but n'était pas de quantifier des comportements, mais plutôt d'essayer de saisir le sens que les individus attribuent à leurs actions.

Contrairement aux classiques approches hypothético-déductives, la **théorisation ancrée** - concept utilisé pour l'analyse qualitative - est une méthode inductive : « il n'y pas d'hypothèse à vérifier, mais simplement un champ de recherche à explorer » (26). On peut prendre l'expression à la lettre (27): théoriser, « c'est dégager le sens d'un événement, c'est lier dans un schéma explicatif divers éléments d'une situation, c'est renouveler la compréhension d'un phénomène » tout en s'appuyant sur des résultats ancrés « solidement dans les données empiriques recueillies ».

Pour recueillir les données, je me suis orientée vers des entretiens individuels, les focus groups me semblant inadaptés pour évoquer un sujet qui reste délicat, judiciarisé et controversé dans notre société.

J'ai choisi des entretiens semi dirigés, afin de laisser la parole aux patients (*versus* l'entretien dirigé), tout en me permettant d'aborder différents thèmes (*versus* l'entretien en profondeur) et de modifier le canevas en fonction des entretiens.

B. Objectifs de l'étude

L'objectif de cette étude était d'explorer le vécu de patients consommateurs de cannabis lorsqu'ils consultent leur médecin.

1. Principal : la relation avec son médecin

Le but premier de ce travail est de comprendre les freins et les motivations des consommateurs de cannabis à évoquer la question de leur consommation avec leur médecin. Cela implique de comprendre ce que ces consommateurs attendent de leur médecin en matière de prise en charge médicale.

2. Secondaire : les représentations de sa consommation

Comprendre les représentations du consommateur sur le cannabis est essentiel pour entrer en relation. Ainsi, le second but de cette étude est de percevoir les intentions, les freins et les motivations, les raisons de consommer cette substance.

II. Les patients

Je me suis intéressée aux patients consommateurs de cannabis. Peu de **critères d'inclusion ou d'exclusion** sont utiles à la recherche qualitative; mes seules limites étaient que les patients soient majeurs - demander une autorisation aux titulaires de l'autorité parentale me semblant difficile pour aborder la question du cannabis -, qu'ils aient les capacités de verbaliser - s'exprimer en français, ne pas être porteur d'une pathologie psychiatrique invalidante — et bien sûr qu'ils soient volontaires.

J'ai utilisé la méthode de proche en proche pour le **recrutement** des patients. C'est au cours de mon stage d'interne en médecine générale puis de mes remplacements que j'ai demandé aux patients que je rencontrais ou aux médecins que je remplaçais de m'orienter vers leurs patients consommateurs de cannabis.

Les patients étaient dans l'ensemble très volontaires pour participer à cette étude. Deux ont eu besoin d'un temps de réflexion avant d'accepter et deux ont refusé de partager leur expérience sans pouvoir en explorer les raisons ; il s'agissait de femmes.

En recherche qualitative, l'échantillonnage n'a pas pour but la représentativité statistique. J'ai tout de même cherché à obtenir un **échantillon raisonné** le plus diversifié possible. Pour cela, j'ai recruté les patients en étant attentive à varier le sexe, l'âge, les conditions socio-économiques du patient et le médecin traitant (âge, sexe et mode d'exercice).

III. Les entretiens

A. <u>Déroulement et modalités</u>

Les entretiens se sont déroulés sur rendez-vous, au cabinet des médecins que je remplaçais, en leur absence et en dehors des horaires de consultation ; excepté pour deux patients que j'ai rencontrés à leur domicile car ils n'avaient pas les moyens de se rendre au cabinet et une patiente que j'ai rencontrée à mon domicile, le cabinet où j'exerçais étant trop éloigné pour elle.

Pour chaque patient, le déroulement de l'entretien était expliqué de la même façon (annexe 2). Je leur demandais si je pouvais les appeler par leur prénom, ou celui de leur choix. La question de l'enregistrement grâce à un smartphone était également abordée, et l'entretien ne débutait qu'après leur accord.

B. Canevas d'entretien

La première étape de l'entretien consiste à réaliser le canevas d'entretien. Pour cela, je me suis appuyée d'une part sur les objectifs que je m'étais fixés et d'autre part sur les données de la littérature. J'ai ainsi obtenu un véritable guide mais le discours du patient primait et les thèmes n'étaient pas forcément abordés dans l'ordre, ils pouvaient même ne pas être traités en totalité.

Le canevas d'entretien (annexe 3) s'est articulé autour de 5 thèmes :

- Nous débutions par l'histoire du patient avec le cannabis.
- Nous poursuivions par une enquête de pratiques, afin que les consommateurs de cannabis racontent leur relation avec leur médecin quant à leur consommation. Il ne s'agissait pas «de faire décrire, mais de faire parler sur » (28).
- Nous continuions par une enquête sur les représentations, afin de comprendre les freins et motivations à évoquer le sujet, les attentes des usagers de cannabis envers leur médecin.
- Nous abordions également la relation avec le médecin d'une façon plus générale
- Nous finissions par les données d'état civil permettant de caractériser l'échantillon.

Le mémoire d'initiation à la recherche nécessaire à la validation du diplôme d'études spécialisées de médecine générale m'a permis de tester le canevas auprès de quatre patients et de le modifier. En effet, je débutais mon entretien par les circonstances du repérage de la consommation de cannabis par le médecin. Je me suis vite rendu compte que pour « briser la glace », il était plus aisé de débuter par l'histoire du patient avec le cannabis, et que la question du repérage par le médecin arrivait ensuite plus naturellement.

C. <u>Techniques d'entretien</u>

Pour favoriser la production du discours, j'ai essayé de mettre en œuvre certaines techniques d'entretien (29):

- en adoptant une attitude empathique et bienveillante : en position d'écoute, en manifestant de l'intérêt pour le discours du patient
- en respectant des silences de quelques secondes, tout en maintenant un contact visuel
- en m'adaptant aux réponses du patient pour développer une nouvelle idée
- en reformulant pour m'assurer de comprendre et relancer la parole

IV. L'analyse

Les entretiens ont été retranscrits « mot à mot » sur le logiciel Microsoft Word dans les jours suivant la séance, en insérant en italique des éléments non verbaux tels que les silences, les rires ou certains gestes.

Les verbatim ainsi obtenus ont été analysés pour chaque entretien - permettant d'explorer les idées de chaque patient - pour ensuite adopter une approche transversale afin de dégager des thèmes et souligner certains messages forts ou récurrents.

Afin d'augmenter la validité de l'étude, je me suis attachée à mettre en place une triangulation. Ce terme « triangulation » a son origine dans la géodésie : « la distance d'un objet se mesure à partir de deux points différents » (30). En recherche qualitative, ce concept est utilisé pour vérifier et compléter les données de recherche sous des angles divers. J'ai donc travaillé avec Clémence Chardon, médecin généraliste remplaçante, qui n'est pas encore thésée. Elle a relu les entretiens avec le tableau de codage que j'ai travaillé et a pu m'apporter son avis.

V. <u>La bibliographie</u>

Les recherches bibliographiques ont été réalisées avec les mots clés suivants :

- Cannabis / drogues / cannabis use / drugs
- Addiction
- Relation / relation médecin patient
- Croyance / attente
- Représentation
- Médecine générale
- MesH: cannabis / physician-patient relation

Ces recherches ont été réalisées à partir :

- de banques de données bibliographiques et notamment Google Scholar et EM premium, en passant par le portail documentaire Lyon 1.
- de données de structures d'état, notamment de l'INPES
- de littérature grise, notamment les rapports de l'OFDT, de l'UNODC (United Nations Office on Drugs and Crimes)

RESULTATS

I. Présentation des patients

A. <u>Description des patients</u>

Au total, 15 patients ont participé à l'étude. L'échantillon comptait 11 hommes et 4 femmes.

Dans leur histoire, le niveau de consommation n'a pas toujours été le même. On rapporte dans le profil des patients le niveau de consommation actuel.

Profil des patients interviewés

Patient	Age	Activité professionnelle	Niveau de consommation	Début de	médecin	Temps d'entretien
			<u>actuel</u>	consom mation		
Christophe	52 ans	sans	régulier	17 ans	Femme, 55 ans, rural	40 minutes
Sébastien	35 ans	Garagiste	quotidien	19 ans	Femme, 53 ans, rural	48 minutes
Henri	45 ans	Maçon	quotidien	15 ans	Femme, 55 ans, rural	22 minutes
Bérangère	31 ans	sans	quotidien	19 ans	Femme, 53 ans, rural	45 minutes
Ronan	25 ans	Chef d'exploitation en entrepôt	quotidien	17 ans	Homme, 72 ans, semi rural	55 minutes
Kevin	23 ans	Chaudronnier plastique	Sevrage récent	16 ans	Homme, environ 60 ans, urbain	42 minutes
Franck	45 ans	Opérateur de production	quotidien	20 ans	Homme, 50 ans, semi-rural	28 minutes
Patrick	24 ans	Cariste intérimaire	régulier	14 ans	Femme, environ 45 ans, semi-rural	44 minutes
Gaël	26 ans	Electricien	régulier	15 ans	Femme, 53 ans, semi-rural	26 minutes
Yoan	39 ans	sans	Sevrage récent	15 ans	Femme, 56 ans, urbain	25 minutes
Jean Charbel	29 ans	Directeur adjoint d'un fastfood	quotidien	25 ans	Homme, 65 ans, semi rural	30 minutes
Florian	19 ans	En formation professionnelle	Sevrage récent	12 ans	Femme, 53 ans, semi-rural	28 minutes
Cécile	26 ans	Assistante de gestion	quotidien	16 ans	Femme, 53 ans, semi-rural	45 minutes
Floriane	25 ans	Assistante administrative	Sevrage sur grossesse	17 ans	Femme, environ 50 ans, urbain	55 minutes
Margaux	27 ans	Assistance commerciale	Quotidien	15 ans	Femme, environ 45 ans, rural	30 minutes

B. Description des entretiens

Pour mon premier entretien, j'ai rencontré **Christophe** alors âgé de 52 ans. Premier entretien mais aussi première rencontre avec cet Ardéchois qui consommait du cannabis depuis plus de 3 décennies. Acheteur occasionnel, il cultivait ses quelques plants de cannabis dans son jardin, uniquement pour sa consommation personnelle me précisait-il. Il décrivait sa consommation comme aléatoire, du « rien » pendant plusieurs semaines au « tout » quand le produit était disponible. Il était enthousiaste sur le cannabis et loquace sur sa consommation assumée, tout en étant conscient des répercussions sur sa santé : il était en effet atteint d'une artériopathie des membres inférieurs déjà prononcée.

J'ai fait la connaissance de **Sébastien** pour mon second rendez-vous. Ce garagiste de 35 ans fumait du cannabis quasi quotidiennement en recherchant un effet médicament m'expliquait-il. Il souffrait de lombalgies depuis plusieurs années dans les suites d'un accident de la route. Après un sevrage forcé pendant son hospitalisation, il a consommé à nouveau et a reconnu au cannabis des propriétés antalgique et relaxante. C'est lui qui a évoqué sa consommation avec son médecin - qui le prenait en charge pour ses douleurs - il craignait un mélange détonnant entre « son » médicament et « les médicaments du docteur ».

Henri est venu à l'entretien avec son « kit » de consommation. Il m'avait apporté de l'herbe et son vaporisateur, appareil qu'il utilisait pour inhaler du cannabis sans ajouter de tabac. A 45 ans, il avait abordé la question du cannabis avec son médecin depuis plusieurs années, spontanément, peu de temps avant de subir une intervention chirurgicale et donc une anesthésie. Il jugeait nécessaire que le médecin soit informé de cette consommation, il en avait donc parlé tout en restant sur la retenue, n'évoquant ni le pourquoi, ni le comment. Père de 2 enfants, il vivait dans un hameau reculé d'Ardèche pour éviter les tentations, ne pas consommer d'autres substances que le cannabis me disait-il.

J'ai rencontré **Bérangère** pour le quatrième entretien. Elle était stressée à l'idée d'évoquer sa consommation. En arrivant elle m'a tout de suite expliqué « c'est plus facile de parler de ma santé que de parler du cannabis ». C'est son médecin qui a abordé la question de l'usage, alors que cette patiente de 32 ans, maman d'une jeune fille de 7 ans, souffrait d'épilepsie. Bien que la question lui ait été clairement posée, Bérangère a initialement caché sa consommation. Ce n'est que quelques semaines plus tard qu'elle s'est décidée à en parler. En souffrance, elle a trouvé chez son médecin un lieu d'écoute et d'aide pour « se séparer de cette chose », elle n'a pour l'instant pas réussi à arrêter, mais elle a « pris conscience » de sa dépendance.

A 25 ans, **Ronan** était débordant d'énergie, il se posait beaucoup de questions, était révolté par la société, travaillait, écrivait et jouait du théâtre. Il m'expliquait que pour « canaliser » tout ça, il fumait du cannabis depuis ses 17 ans. Une recherche d'apaisement, mais aussi une source d'inspiration

pour lui, lorsqu'il se consacrait à l'écriture d'un scénario de série. Ce fumeur quotidien avait parlé de cannabis avec son médecin traitant, qui était aussi le médecin de famille. Il ne se sentait pas en difficulté avec sa consommation mais s'attachait à ne fumer que le soir, une fois la journée de travail terminée, pour son moment de « détente ».

Kevin a découvert le cannabis à l'âge de 16 ans. N'arrivant pas à fumer, il s'est mis à la cigarette pour pouvoir consommer de l'herbe. Une envie de « découverte » et une façon de passer le temps, qui s'est transformée en besoin au fil du temps. A 23 ans lorsque je l'ai rencontré, il tentait d'arrêter sa consommation. Arrivé depuis quelques mois dans la région, se sentant en difficulté pendant le sevrage, il avait rencontré un médecin pour parler de sa consommation. Avant, en Bretagne, il n'avait jamais évoqué cette question avec son médecin traitant. Pourtant, il aurait eu l'occasion d'en discuter lors d'une longue hospitalisation, suite à un accident de la route en sortie de discothèque, alcoolisé surtout, ayant fumé un peu. Kevin m'a raconté les mélanges qu'il a pu expérimenter avec l'alcool, le cannabis, l'ecstasy, le LSD... mais c'est pour le cannabis qu'il a ressenti le besoin d'en parler.

J'ai fait la connaissance de **Franck** en consultation pendant un remplacement. Cet homme de 45 ans venait pour renouveler son traitement antidépresseur et à cette occasion j'évoquai avec lui la question du cannabis et de mon travail. Quelques jours plus tard nous nous rencontrions pour l'entretien alors qu'il souffrait depuis la veille d'une rage de dents ; ce qui expliquait peut-être le fait qu'il soit peu loquace. Il souffrait d'une dépression depuis de nombreuses années et se questionnait sur l'influence du cannabis sur sa pathologie, il évoquait un effet néfaste mais reconnaissait tout de même des propriétés apaisantes. Il travaillait comme opérateur en production, mais rêvait de partir dans un petit village ouvrir un petit commerce, en m'expliquant que sa consommation et sa maladie le freinaient dans ce projet. En tout cas, il avait trouvé chez son médecin un lieu d'écoute pour ses différentes problématiques.

Adepte des free-party, **Patrick** consommait du cannabis depuis 10 ans. Il passait d'une consommation massive de 20 à 25 joints par jour à un sevrage total pendant quelques semaines, avec l'idée récurrente de reprendre le cannabis une fois qu'il aurait atteint la date qu'il s'était fixée. Il se décrivait comme « fait pour fumer » et bien qu'il fût conscient de certains effets indésirables, il n'envisageait pas d'arrêter définitivement. Il avait évoqué la question avec son médecin, qui le questionnait souvent sur sa consommation et son envie d'arrêter. Lui n'en parlait que comme un fait, sans attente particulière. Il avait expérimenté de nombreuses autres drogues mais cette question était restée en suspens avec son médecin. A 24 ans, Patrick travaillait comme intérimaire, et se consacrait surtout à l'aménagement de son camion, sa future maison.

Gaël est venu armé de son sourire pour notre entretien. J'avais fait sa connaissance en consultation et lui avais demandé s'il consommait du cannabis à titre systématique, ou peut-être parce qu'il portait des dreadlocks... A 26 ans, cela faisait plus d'une décennie qu'il fumait et plus de 5 ans

qu'il en avait parlé avec son médecin. Sa consommation n'avait pas été abordée depuis, alors qu'il en aurait volontiers discuté, notamment pendant une période difficile qu'il avait dû traverser. Après une tentative de vie citadine mais solitaire qui l'avait entraîné vers une consommation de plus en plus soutenue, ce jeune électronicien vivait chez ses parents depuis quelques mois. Il avait alors adopté une consommation certes régulière, mais plus quotidienne.

J'ai rencontré **Yoan** à son domicile. En fin de droits et sans permis, il n'avait pas les moyens de se rendre au cabinet. Gros fumeur depuis de nombreuses années, j'ai fait sa connaissance alors qu'il avait arrêté de consommer du cannabis depuis 3 semaines. A 39 ans, il venait d'apprendre qu'il était porteur d'emphysème, ce qui l'avait motivé au sevrage en pensant « à ses 2 enfants » qu'il souhaitait « voir grandir ».

Directeur adjoint d'une grande enseigne de fastfood, **Jean Charbel** avait pris l'habitude de fumer « son joint » le soir, une fois sa journée de travail achevée. Il avait commencé à fumer assez tardivement, à 25 ans, d'abord de façon aléatoire et « festive » puis de façon plus régulière alors qu'il se séparait de la mère de son enfant. En colocation avec un consommateur, il avait gardé cette habitude tout en revendiquant l'absence de dépendance ; la journée, ça ne lui manquait pas. Attaché à son médecin de famille, il n'avait jamais parlé de sa consommation avec lui, et son médecin ne lui avait jamais posé la question. Quelques semaines après notre entretien j'ai eu le plaisir de le revoir en consultation, il m'a fièrement annoncé qu'il avait arrêté de consommer du cannabis.

A 19 ans, **Florian** avait déjà expérimenté le cannabis depuis de nombreuses années. Dans un contexte familial compliqué - un père absent, un mère seule et alcoolique, un grand frère qui avait fui le domicile - il consomma du cannabis à 12 ans, il passa un été dans la rue à 13 ans et il se lança dans le trafic de cannabis à 14 ans, avec pour but d'accomplir son rêve : s'acheter une motocross. Durant toutes ces années, il n'a jamais évoqué tous ces problèmes avec son médecin qu'il ne voyait que rarement. Quand je l'ai rencontré, Florian avait arrêté le trafic de cannabis, il essayait d'arrêter de consommer depuis une semaine, il avait acheté sa motocross et était en formation professionnelle.

J'ai rencontré **Cécile** pour la première fois en consultation dans les suites d'une chirurgie d'un angiome de la cuisse qui l'invalidait depuis longtemps. Lors de cette rencontre, j'ai abordé la question du cannabis avec cette patiente de 26 ans. Je lui ai donc expliqué mon travail et demandé de participer, mais elle n'était pas vraiment d'accord et souhaitait du temps pour réfléchir. Quelques semaines plus tard, elle finit par accepter. Je l'ai accueillie alors qu'elle avait les larmes aux yeux. En entrant elle m'a expliqué qu'elle a eu un « déclic » : avant de venir à notre entretien, elle avait longuement discuté de sa consommation avec sa mère, chose qu'elle n'avait jamais osé faire jusqu'à présent. Sur sa lancée, elle a pu se dévoiler, revenir sur ses 10 années de consommation et exprimer un mal-être grandissant, qu'elle n'avait jusqu'à présent jamais voulu évoquer avec son médecin.

J'ai fait la connaissance de Floriane à mon domicile; jeune femme souriante, elle avait arrêté

de consommer du cannabis depuis qu'elle avait appris qu'elle était enceinte. C'est avec enthousiasme

qu'elle m'a raconté son histoire avec le cannabis, qu'elle n'envisageait pas terminée une fois qu'elle

aurait accouché. Elle fumait quotidiennement mais n'éprouvait pas de difficulté avec cette

consommation ni avec l'arrêt de cette consommation, cela expliquait peut-être le fait qu'elle n'avait

jusqu'à présent jamais abordé cette question avec un médecin.

Pour mon dernier entretien, je me suis rendue chez Margaux. Venant de se faire opérer du

pied, elle ne pouvait que difficilement se déplacer. C'est grâce à Cécile, que j'avais rencontrée pour

mon travail quelques semaines auparavant, que j'ai fait la connaissance de cette jeune femme de 27

ans. Effrayée, la voix tremblante, elle m'a raconté son histoire mêlant problèmes physiques et

psychologiques, sur fond de consommation de substances psychoactives, et notamment de cannabis.

Elle a pu en discuter avec différents soignants et notamment son médecin traitant, mais le dialogue a

été coupé le jour où Margaux a perdu confiance, le jour où son médecin n'a pas diagnostiqué une

phlébite qui s'est compliquée d'une embolie pulmonaire.

II. Le repérage de la consommation de cannabis en pratique

A. Un sujet abordé spontanément?

Oui pour la majorité.

Christophe raconte : « j'ai dû le dire spontanément, de but en blanc »

Sébastien : « ça été direct »

Yoan : « oh moi je suis un grand garçon [...] c'est moi qui ai abordé le sujet »

Henri: « c'est moi »

Kevin : « Je pense que c'est moi, du fait que, silence. C'est quand j'ai arrêté, que j'étais pas bien »

Franck: « c'est moi. Je crois qu'il ne m'a jamais posé la question, lui »

Pour certains, c'est le **médecin** qui a évoqué cette question, de façon **systématique**, notamment lors

des certificats de non contre-indication à la pratique sportive.

Patrick : « quand j'étais au lycée, pour un certificat sportif. Elle m'a demandé si je fumais » mais « si

elle ne me demandait pas, je lui en parlais pas moi-même »

Cécile : « elle a cerné, quand elle, quand, quand je lui disais que je fumais, elle me disait et seulement

la cigarette ? Donc euh la première fois je lui ai répondu oui, puis j'ai quand même dû lui dire par la

suite »

(CC BY-NC-ND 2.0)

Pour d'autres, le **médecin** a posé la question dans un contexte particulier faisant suspecter une consommation de cannabis, de façon **ciblée**.

Bérangère : « c'est Dr.., en premier, qui m'a demandé si j'étais consommatrice de cannabis, par rapport à mon problème de santé. Donc je lui ai répondu, au départ, non, et quelques temps après, je lui ai répondu oui »

Ronan : « un accident au genou. Et ça se sentait, ça a amené une certaine dépression, [...]. Et à ce moment, je pense qu'il s'est demandé est-ce que tu fumes du cannabis, pour savoir»

Gaël: « je lui en avais parlé une fois, enfin c'était une fois où elle m'avait posé la question justement si je fumais. Et je lui avais dit que je fumais des cigarettes et de la drogue [...] parce que j'avais des problèmes pulmonaires »

Margaux : « elle m'avait posé la question, enfin elle m'avait demandé ma consommation de cigarettes, [...] mais je lui ai dit mais à côté je fume aussi du cannabis. J'avais fait comme ça [...] moi j'ai renchéri sur le cannabis.

Enfin, comme nous le verrons, le sujet a pu rester **tabou** pour certains patients.

B. Un sujet abordé immédiatement?

Non pour la majorité.

Sébastien : « depuis que je suis à Vals je vois Dr.. pour des petits trucs. [...] je me suis fait écraser par un camion, j'ai eu un traitement qui a été long, [...], et donc je l'ai vu un peu plus à ce moment-là et c'est là que je lui ai dit »

Henri: « je fumais régulièrement déjà »

Bérangère : « quand j'ai commencé à lui en parler, ça faisait euh, au moins 4 ans que je fumais. »

Margaux : « après mes TS, mes tentatives, donc c'était en 2008, 2007 »

« j'aurais pu l'aborder 15 fois avant mais jamais je ne l'ai fait »

Ronan : « j'étais déjà consommateur, pas forcément régulier mais déjà consommateur »

Yoan: « ça fait peut être une dizaine d'année que c'est mon médecin [...] oh j'ai commencé à en parler y'a au moins 3 ans. A la naissance de ma deuxième môme, 4 ans. On en a juste discuté, c'est tout [...] avec 2 enfants on fait souvent des petits séjours chez le médecin, donc je la côtoyais plus par ce biais là que pour moi réellement. »

Franck : « J'étais souvent chez lui pour mes problèmes de dépression, etc. et forcément je lui en ai parlé »

Gaël: « ça doit faire 5 à 7 ans » Et c'est son médecin « depuis tout petit »

De façon plus marginale, la consommation a pu être évoquée dès les premières rencontres.

Pour Christophe, la consommation a été évoquée « dès le départ » de la relation avec son médecin traitant, mais sa consommation était déjà ancienne « ça fait tellement longtemps que je fume ».

On peut faire le même constat pour Kevin, qui ne le « connaissais pas, pas du tout » mais explique « il était temps que je vienne »

C. Un sujet évoqué ou approfondi?

Au regard du patient, la question du cannabis a pu être simplement évoquée

Gaël: « on en parle pas forcément, et j'ai pas particulièrement de problèmes dessus, et en général quand j'ai des problèmes dessus c'est simplement par faute d'excès, rire, dans ces cas-là je m'autoréqule ».

« la question ne s'est pas reposée depuis... »

« j'ai pas le souvenir qu'il y avait eu particulièrement d'échange »

Yoan : « on a plutôt survolé le sujet [...] on ne s'est jamais vu pour euh, dans cette optique-là quoi. On se voyait pour autre chose.

Christophe : « c'est pas un sujet récurrent qui pose problème dans ma vie de tous les jours [...] puis docteur ... elle m'a plus embêté pour les clopes »

Cécile : « on n'en parle pas. Parce que je ne peux rien lui dire»

La consommation a pu être évoquée mais le médecin a proposé une prise en charge spécialisée

Franck: « après il m'a clairement dit que c'était pas son domaine et que si vraiment je voulais me faire soigner, valait mieux que j'aille voir un spécialiste »

Patrick : « elle m'a toujours dit si vous avez besoin y'a des numéros, y'a des aides pour ça »

Margaux : « elle m'avait donné des numéros de téléphone à appeler, j'ai jamais appelé »

Pour certains, le médecin a tenté de réévaluer la consommation

Franck: « la dernière fois il m'a demandé, si j'avais réduit, ou si je continuais pareil, et c'est pareil [...] et c'est tout »

Patrick: « à chaque fois elle revient à la charge, et je lui réponds chaque fois que c'est pas la peine »

Yoan : « c'est vrai que quand j'étais malade, qu'on se voyait, on en parlait »

Margaux : « elle m'a peut-être reposé la question mais c'était pas, silence. Pas plus »

Enfin, certains patients ont le sentiment que la question de leur consommation a été **approfondie.** On retrouve dans ce cas une demande particulière du patient par rapport à sa consommation, pour adapter les traitements, ou pour aider au sevrage.

Sébastien : « On a parlé du cannabis ensemble »

« Et j'en avais trop du traitement, c'était trop lourd. Moi de prendre tous ces cachets, ça m'a énervé, et donc je lui en ai parlé, je lui ai dit moi j'ai trouvé un autre truc, je fume. »

Bérangère : « je trouve que c'est une personne qui est là pour pouvoir en parler » « parce que je veux m'en défaire »

Kévin : « j'avais besoin d'en parler [...] c'est plutôt un soutien, et comprendre la chose »

D. Intervention d'un tiers?

✓ Pour chacun des consommateurs, la question a été évoquée sans qu'un tiers n'interfère dans la relation médecin-patient.

Franck: « une démarche personnelle »

Henri : « ça m'est venu spontanément »

✓ Pour certains, l'**entourage familial** a été un soutien et une motivation à aborder la question.

Bérangère : « et j'ai mon conjoint qui m'a appuyée aussi derrière, parce que je pense que de moi-même j'aurai eu du mal à parler de ce problème, que j'ai, avec ça. »

Sébastien : « j'en ai parlé un peu avec ma femme »

Mais ces proches ont pu au contraire être un frein à la parole entre le consommateur et son médecin.

Cécile : « Pour en avoir parlé du coup avec ma sœur, pour elle ça serait limite il faut que j'aille en cure quoi et c'est vrai que quand on entend ça euh...»

✓ Chacun raconte son histoire avec la justice comme un fait indépendant de la relation avec leur médecin.

Christophe s'est fait arrêter au volant en possession de cannabis « allez c'est bon j'ai vu avec le procureur, c'est bon pour cette fois mais ne recommencez pas ».

Sébastien a « eu droit à un stage de sensibilisation sur les drogues pour avoir cultivé du cannabis » Il a par la suite raconté cet épisode à son médecin.

Bérangère n'a pas dévoilé sa consommation : « quand ils m'ont demandé, à ce moment-là, je leur ai menti et je leur ai dit que je n'étais pas consommatrice de cannabis par rapport à ma santé».

Cécile : « un rappel à la loi et, rire, un rendez-vous avec un addictologue [...] il n'y avait pas de dialogue, c'était vraiment une sensibilisation. Donc euh, la perte, que le cannabis entraîne une perte sur les

neurones, l'aspect santé, voilà, c'était plus on vous tape sur les doigts il ne faut pas recommencer. Ça n'a marché sur personne. »

Patrick: « ils m'ont fait le salivaire et le salivaire ben ils m'ont dit faut faire une prise de sang. Et à la prise de sang ils m'ont déclaré comme euh gros fumeur de cannabis [...] » et sans intervention de son médecin « ben à ce moment-là, j'ai arrêté pour le permis, pour la récupération du permis »

E. <u>Un sujet resté tabou</u>

La consommation de cannabis a pu rester en suspens entre les patients et leur médecin.

Jean Charbel: « on a déjà parlé de ce sujet-là, mais pas moi si je consommais, ou si non je ne consomme pas. Pour lui c'est clair que je ne consomme pas [...] Je n'ai pas eu à mentir, il ne m'a jamais posé cette question »

Florian : « je ne l'ai jamais évoqué. J'ai jamais réussi, et j'ai jamais eu envie, et honnêtement j'arrive même pas à vouloir lui en parler »

Floriane : « Elle ne m'a jamais posé la question, jamais abordé, jamais parlé. »

Avant son arrivée récente en région lyonnaise, Kevin était dans la même situation : « Un peu tabou [...] non je parlais pas de ça, je me sentais pas spécialement mal donc ça me dérangeait pas »

F. Et avec les autres médecins, non traitants?

Les patients ont souvent été confrontés au corps médical et racontent leur expérience avec d'autres médecins.

✓ Jamais abordé

Une patiente n'a jamais évoqué sa consommation, que ce soit avec son médecin traitant ou avec d'autres soignants

Floriane: « Mais vraiment aucun médecin, que ce soit même ma gynécoloque là avec ma grossesse »

√ Non abordé avec les autres soignants

C'est le cas de Kévin, avant de rencontrer son nouveau médecin traitant, sa consommation est restée taboue avec son médecin de famille, mais aussi avec les médecins qu'il a côtoyés lors de son hospitalisation suite à un accident de la route. Plus jeune, Florian raconte qu'il a également caché sa consommation.

Kévin : « ça a pas vraiment été discuté, ils m'ont dit que j'avais 1g98 dans le sang, 1h- 1H30 après l'accident. Cannabis vu qu'ils ont rien trouvé ils m'ont pas posé de question »

« Si j'ai vu des médecins pour le permis après, on a vite fait parlé de la consommation d'alcool, juste savoir si je consommais quoi. Que l'alcool »

Florian : « je m'en souviens j'avais menti. Parce que c'était à l'époque où ça allait vraiment pas bien avec ma mère et elle savait pas que je fumais, et comme c'est elle qui avait rempli le dossier j'avais dit non. Je savais que c'était pour l'anesthésie »

✓ Jamais abordé avec son médecin, mais évoqué avec d'autres soignants

De façon plus surprenante, Jean Charbel et Florian n'en ont jamais parlé avec leur médecin traitant. Pourtant, ce sont deux patients que j'ai rencontrés en consultation, et quand j'ai abordé la question du cannabis, ils m'ont répondu.

Jean Charbel : « C'est sorti comme ça »

« pourquoi je vous l'ai dit à vous, je sais pas, vous m'avez posé la question et je l'ai dit »

Florian: « ça ne me gêne pas d'en parler, c'est pas un sujet tabou »

« j'ai rien à cacher, je suis un ex vrai camé. Je le dis sans problème, à toute personne qui veut savoir un peu ma vie »

√ Abordé avec son médecin, mais aussi avec les autres

Pour certains, la relation est tissée avec leur médecin traitant mais ils n'éprouvent pas de difficulté à aborder le sujet du cannabis avec les autres médecins.

Christophe : « assume » avec « quelque médecin que ce soit » et pourtant il n'en a pas forcément parlé systématiquement, quand « c'était des toubibs que j'étais pas amené à revoir ».

Henri dit en avoir parlé « à chaque fois » et « c'était facile d'en parler ».

Yoan : « quand je vais voir les médecins en général je dis clairement que je fume »

« j'ai vu un pneumologue [...] je lui ai dit direct quand il m'a parlé du tabac, que je fumais pas beaucoup de clopes mais que par contre je fumais des joints »

Ronan : « quand on me demande si je fume, je dis oui. Une fois je suis allé voir l'ORL, le plus horrible des médecins, euh, il m'a posé la question, je lui ai dit oui directement »

Margaux : « A l'hôpital, parce que pareil je voulais tout dire, avec mes problèmes, donc j'ai tout dit. [...] que je fumais, mais pas une consommation non plus, je lui ai dit que j'avais déjà essayé et que j'en prenais de temps en temps, j'ai pas été tout à fait franche »

« j'étais suivie avec une psychologue donc euh avec le médecin traitant je n'en parlais finalement pas trop »

Franck: « quand j'étais hospitalisé, avec les psychiatres et les psychologues quoi, rien de plus. Mais bon, ça c'est pas très bien passé. Ces gens-là, ils vous écoutent mais ils proposent jamais rien à part des cachets pour le psychiatre et le psychologue il me fatigue »

Souvent du fait d'une anesthésie

Cécile : « à rencontrer l'anesthésiste fin d'année dernière où j'ai dû lui expliquer mes consommations, et notamment par rapport au cannabis, où ben c'est vrai que ça va changer la donne sur une dose d'anesthésie »

Patrick: « à l'hôpital, c'est pareil, on leur dit tout ce qu'on a, tout ce qu'on prend. Perso, j'ai pas envie d'avoir de soucis sur une anesthésie. [...] par rapport au cannabis des fois non, mais les autres drogues généralement je préviens »

Henri : « parce que quand on fume, c'est euh... il faut mettre une plus grosse dose d'anesthésie. Je sais que c'est comme ça, alors je l'ai dit, je me sentais obligé »

Pour Sébastien et Bérangère, la relation établie avec le médecin traitant semble primordiale pour parler de la consommation de cannabis. Il est arrivé qu'ils donnent l'information « je fume » à d'autres médecins, pour Bérangère ceci est déjà compliqué, mais ils réservent le vécu de leur consommation à leur médecin traitant.

Bérangère : « j'ai eu beaucoup de difficultés à en parler avec des grands médecins que j'ai rencontrés par rapport à ma santé »

« ils n'ont jamais essayé de creuser plus loin, ils n'ont jamais essayé de comprendre et ils ont toujours mis « voilà vous fumez ça vient de là, vous êtes malade à cause de ça »

III. Les motivations pour parler de sa consommation de cannabis

A. L'idée de confiance

Lors des entretiens, les patients évoquent souvent l'idée de confiance. Une fois la relation établie, ils jugent important de dire la vérité à leur médecin, dans un souci de réciprocité.

Sébastien : « je n'ai rien à lui cacher, c'est la personne avec qui normalement on est soi-même ».

« j'ai été vrai avec elle [...] j'ai rien à cacher, je suis honnête »

Yoan : « Comme ça ça évite... de mentir »

Gaël: « vu que c'était mon médecin, ben je préfère être honnête! »

Henri: « être franc, tout simplement »

Christophe : « ça passe par une relation de confiance d'entrée de jeu ! »

Bérangère : « c'est le seul médecin que j'ai trouvé aujourd'hui, en qui je peux avoir confiance à 100% et c'est pour ça que j'en suis arrivée à parler de ce problème-là [...] ça été un phénomène déclencheur pour que je puisse lui en parler »

Margaux : « c'est juste de dire la vérité en fait »

B. <u>Une relation construite</u>

Une relation construite peut également favoriser la parole.

Ronan : « de connaître la personne, de connaître le corps de la personne, de connaître les réactions, les pensées, l'histoire. Le fait d'avoir vu le papa, la maman, le ci, le ça, ça crée des choses et c'est sûr qu'automatiquement après, je pense que c'est plus facile pour le patient »

Sébastien : « et là j'aime bien en parler avec Dr, parce qu'elle me suit depuis longtemps et elle me connaît bien ».

Henri : « elle me connaît depuis que je suis tout petit, et elle sait que je fume depuis longtemps. Oh je me sentais pas de lui mentir ».

Bérangère : « quand j'ai vu comme elle me parlait, comme on a réussi à discuter, le temps qu'elle a pris avec moi, ça été un phénomène déclencheur pour que je puisse lui en parler ».

Franck : « Il n'a pas eu de réaction... bizarre, ou contre, ou pour. Il n'a pas porté de jugement, on a parlé »

C. Le secret professionnel

Le fait que le médecin soit tenu au secret professionnel a pu être une motivation pour certains patients à aborder le sujet.

Franck: « je me dis qu'il y a le secret médical, et je vois pas l'intérêt de me faire ça, à part me foutre en l'air. Ça fout en l'air un truc pareil, on peut perdre son boulot et compagnie »

Patrick: « De tout façon il y a le, les, le truc qui fait que les médecins n'ont pas le droit de parler »

Florian : « c'est mon médecin, je me dis il y a le secret médical, mais à part ça, euh, pas grand-chose »

Gaël : « le fait de savoir que dans tous les cas il y a la confidentialité patient médecin, donc euh, dans tous les cas j'avais pas du tout peur de lui en parler »

D. <u>Une motivation rationnelle</u>

Par ailleurs, on retrouve souvent une motivation rationnelle à évoquer le sujet. Ils sont conscients que leur consommation comporte des risques ou peut être source d'interactions avec des traitements et jugent nécessaire que leur médecin connaisse cet usage de cannabis.

Christophe: « au niveau médical, je pense que ça a une incidence »

« c'est un des paramètres dont j'ai, je sais pas ce que ça peut avoir comme incidence sur une analyse de sang, de ceci de cela, donc euh »

Sébastien : « si on a un traitement, quel qu'il soit, je pense que ça peut avoir des effets, indésirables ou non, avec la pratique [...] de fumer de l'herbe »

« si moi il m'arrive quelque chose, qu'il me donne un traitement, que c'est pas compatible avec, je fais comment ? »

Henri : « j'ai eu des interventions, des anesthésies et je me sentais obligé de lui dire [...] parce que quand on fume il faut mettre des plus grosses doses d'anesthésie. Je sais que c'est comme ça, alors je l'ai dit, je me sentais obligé. Et puis j'ai pas à me cacher ! »

Ronan : « c'est pas un besoin de lui dire, je fume du cannabis, non. Par contre, avec certains problèmes de santé que j'ai eus, et que j'ai encore, je me suis un peu posé des questions »

« je veux me soigner, je veux qu'il trouve ce qui va pas donc je dis la vérité, parce que sans vérité rien n'avance »

« si j'en parle à mon médecin c'est parce que je me dis, dans tous les cas, il peut y avoir un risque [...] sinon le médecin n'a pas tous les outils pour pouvoir soigner »

Franck : « au cas où ça peut servir. Pour le traitement qu'il me donne, ou pour autre chose, je ne sais pas »

Gaël : « qu'elle ait exactement toutes les données me concernant pour pouvoir mieux évaluer en cas de problème ou en cas de maladie ou autre »

Yoan : « j'ai des pertes d'appétit, je ne mange pas enfin, je ne mangeais pas donc c'est vrai qu'au bout d'un moment ça m'inquiétait un peu »

Bérangère : « avec un problème de santé comme ça, [...] on peut pas se permettre de cacher quelque chose comme ca »

« quand on prend un traitement (Keppra®) comme je prends et qu'on fume par-dessus, faut éviter de cacher »

Margaux : « avec tous mes problèmes de santé, je me dis si tu mens sur ça, puis s'il arrive quoi que ce soit, si tu fumes, je ne sais pas si on dose plus, mais les calmants faut en donner plus parce que notre corps est habitué à être un peu, stone »

E. Une demande d'aide

Enfin, pour certains, la consommation de cannabis est source de question, et de remise en question, ce qui a pu les motiver à en parler.

Kevin : « un grand besoin d'aide. Comprendre un peu qu'est-ce qui se passe dans mon corps »

« je savais que si j'étais mal c'était par rapport au cannabis, donc j'étais obligé d'en parler »

Franck: « Besoin d'un autre regard »

Gaël: « Les périodes où ouais j'avais un peu des soucis par rapport à ça j'aurais eu envie d'en parler »

Yoan : « j'étais rentré dans une optique, avec les enfants, d'arrêter progressivement, voir

définitivement »

Bérangère : « parce que je veux m'en défaire »

Margaux : « oui je me dis de toute façon c'est ton médecin, il est forcé, enfin si tu veux te faire aider

ben faut lui dire quoi »

IV. Les freins à parler de sa consommation de cannabis

Au premier abord, quand on évoque les craintes à aborder le sujet, certains ne croient pas en avoir.

Christophe : « ni avec le médecin, ni avec qui que ce soit d'ailleurs, hormis la police bien sûr »

Franck: « aucune crainte »

Pourtant, en explorant la question, on peut voir qu'il existe de nombreux freins.

A. Non-respect du secret professionnel

A plusieurs reprises, les patients émettent des doutes sur le secret professionnel.

Bérangère : « mes craintes, réellement ? Qu'elle en parle à quelqu'un d'autre. Que ça sorte plus loin que ce bureau-là »

Sébastien : « qu'elle puisse en parler aux gens avec qui elle a d'autres contacts, médicalement parlant, mais quand même, ils sont normalement tenus au secret professionnel »

Henri: « qu'il garde le secret professionnel »

Ronan : « il y a le côté où mon médecin, c'est le médecin de famille, depuis que j'ai au moins 5 ou 6 ans, il connaît toute ma famille, tout le monde, donc ce côté il connaît tout le monde, est-ce qu'il va en parler, est-ce que ça va pas créer des soucis. »

Jean Charbel : « Il y a le secret professionnel, donc j'imagine qu'il le gardera mais on n'est jamais à l'abri d'une petite gaffe ou d'une petite boulette. »

Floriane: « par rapport au secret médical, je pense qu'un médecin de famille je ne lui en aurais surtout pas parlé [...] je ne lui aurais pas dit de peur qu'il le dise à mes parents quoi. »

« il y a un manque de confiance, le secret médical j'y crois moyennement, enfin je ne sais pas vraiment, parce que au final c'est juste un serment »

B. Peur d'être jugé

Par ailleurs, la peur d'être jugé est souvent évoquée.

Henri : « le regard des gens [...] parce-que les gens qui fument ils sont catalogués [...] comme un babacool ou je sais pas, comme un fumeur »

Patrick : « ben j'avais de l'appréhension, peur de la réaction »

Bérangère : « j'ai très peur du regard des gens »

« je suis cataloguée, je veux avoir à faire à des médecins neutres »

Floriane : « parce que je ne connais pas son point de vue, parce que je n'ai pas envie d'avoir des réflexions euh, inappropriées »

« c'est pas peur d'être jugé, non c'est pas être jugé mais entendre des choses que je n'ai sûrement pas envie d'entendre et devoir me justifier quoi »

« pas envie d'être cataloguée, et puis qu'à chaque séance ça revienne quoi »

Ronan : « c'est plus sur moi que peur qu'il le dise à ma famille. Le regard sur soi »

« les gens voient, oh c'est un drogué il a pris du cannabis [...] après on a l'impression d'être mal vu »

Christophe ne l'évoque pas aussi clairement mais explique tout de même qu'il ne parle « pas de tout avec n'importe qui» et qu'il peut « en parler plus librement » une fois « que les gens se sont fait une idée plutôt positive de moi ».

Margaux : « ben j'avais honte en fait [...] par rapport à elle »

« la crainte de, bon je sais qu'elle ne me jugeait pas mais, silence. Enfin je me disais c'est pas bien je fais des progrès et à côté de ça... »

C. Un discours moralisateur

La peur d'être sermonné ou le vécu d'une réponse moralisatrice a pu empêcher le dialogue.

Gaël: « Elle m'avait juste dit que c'était pas bien »

Jean Charbel : « en parler pour qu'il me fasse la morale, me parler des dangers, des risques, je les connais »

Patrick: « je sais qu'elle m'a fait un speech pour arrêter »

D. <u>L'absence de problématique ressentie</u>

Ne se sentant pas en difficulté avec leur consommation, certains n'ont pas eu l'envie ou le besoin d'évoquer le sujet.

Kevin : « A partir du moment où c'est pas dérangeant et que c'est une habitude, les gens vont pas venir en parler »

E. Peur de n'être qu'un consommateur

Etre réduit au statut de consommateur au lieu d'être pris en charge dans sa globalité bio-psychosociale a également été évoqué.

Floriane: « je pense peur que ça refasse comme avec le poids. Parce que j'ai toujours eu ça, aller chez le médecin, moins maintenant, quand j'étais jeune oh faut faire un régime, oh faut faire attention et puis à chaque fois qu'il y a quelque chose, j'ai mal là, ah ben ça vient de ça! »

« Si je vais la voir parce que j'ai mal au ventre, qu'elle me dit ah c'est parce que vous fumez, ouais, super, rire. C'est bon, tout n'est pas lié à ça. »

« si je vais la voir et que je lui dis que j'ai souvent mal à tête et qu'elle me dit c'est sûr c'est parce que vous fumez, euh, il y a peut-être d'autres choses à chercher »

« j'aurais peur que ça revienne toujours sur le tapis cette histoire, et c'est sûrement pour ça que j'en n'ai jamais parlé. »

F. Manque de connaissances du médecin

Parfois, les patients se posent la question des connaissances du médecin sur la problématique du cannabis.

Yoan : « je ne vois pas ce qu'il va me dire de plus que je ne sais déjà. Je pense même que c'est moi qui pourrais lui donner des cours »

Christophe: « je les ai les infos, enfin pas toutes mais bon, mais je sais aussi qu'il y a beaucoup d'informations qui sont fausses »

« je sais qu'il y a des positions médicales, justement par rapport à l'attention, quand on est raide, je suis pas d'accord »

« ça fait quand même 30 ans que je fume, qu'est-ce que je dis 30 ans, de 17 à 52 ça fait... 35. Je pense que, d'une certaine manière j'en sais un peu plus, même beaucoup »

Henri : « qui sont plus ou moins compétents, qui connaissent plus ou moins, parce que pour en parler faut connaître quoi »

Patrick : « Moi je demande pas des renseignements ou quoi que ce soit, et puis j'ai pas forcément l'impression qu'ils sont bien au courant »

G. Capacités limitées de prise en charge

Ils sont nombreux à évoquer des capacités limitées des médecins en termes de prise en charge :

Henri : « je sais qu'il n'y a pas vraiment de remèdes pour arrêter de fumer ».

Sébastien : « je pense pas que je vais trouver avec Dr.. le bon remède. Je pense pas que c'est le bon mécano pour mon truc là »

Gaël: « dans ces cas-là c'est des problèmes d'addictions, et disons que l'addiction je ne vois pas trop ce qu'elle pourrait y faire dessus. »

Patrick: « Du moment que je n'ai pas envie d'arrêter de toute façon, je ne vais pas me faire prendre en charge. Quand on sait qu'il n'y a pas le mental qui tient le coup derrière, ça sert à rien de dépenser de l'énergie pour au final arriver au même résultat, que je reprenne à fumer »

Yoan : « je me suis dit qu'elle pouvait peut être m'aider mais que c'était pas elle qui allait forcément m'aider »

« je vois pas ce qu'il va me dire de plus qui m'inciterait à, à me motiver plus que la motivation que j'ai actuellement »

« Mais bon, c'est pas son boulot non plus »

Ronan : « si on pouvait les faire arrêter en disant arrête de fumer, c'est mieux pour ta santé, ah bon, ah ben je savais pas, ah ben j'arrête, ça serait un peu trop facile »

Florian : « pour moi un médecin de la tête c'est un psychologue quoi. Pour moi le médecin c'est pour la santé physique, pas mentale »

Floriane: « qu'elle se dise ouais c'est une toxicomane, vous êtes une toxicomane tenez je vous donne l'adresse à Grange Blanche du centre anti tox [...] me retrouver dans une pièce avec des gens qui se piquent et machin parce que je fume des joints. »

Franck: « c'est pas trop son, euh, il ne sait pas trop comment gérer ça »

« c'est peut-être pas leur domaine, ils n'ont pas que ça à faire, et il y a des addictologues qui sont justement là pour ça »

Margaux : « bon on sait qu'on fume mais si elle n'est pas prête et tout je veux dire on aura beau, même si on a un médecin en or, comment veux-tu si l'autre n'est pas prêt à le faire »

H. Sexe du médecin

Un des patients parle du sexe du médecin comme d'un frein à s'exprimer sur le sujet.

Sébastien : « j'ai un peu du mal parce que c'est une femme, et que je suis un homme quand même »

I. Manque de temps ou d'écoute du médecin

L'attitude du médecin face au patient a pu gêner le dialogue

Cécile : « peut-être qu'elle n'a pas eu l'approche »

Floriane: « il y a des médecins, peut-être qu'ils n'ont plus envie ou je ne sais pas »

Gaël : « ah ben après si on m'en avait parlé, c'est vrai que.. Ben la preuve, regardez je suis là, disposé pour en parler! »

J. La relation médecin-patient

La relation tissée avec le médecin a aussi pu être un frein, et notamment quand il s'agissait du médecin de famille.

Ronan : « c'est le médecin de famille donc je suis pas automatiquement arrivé en disant euh, je fume du cannabis »

Jean Charbel : « c'est un médecin de famille, que je connais depuis que je suis tout bébé, euh, qui connaît mes parents, et mes parents ne le savent pas et je n'ai pas envie qu'ils le sachent »

Cécile : « c'était pas évident, j'étais en cours aussi avec son fils »

« le fait d'être avec, enfin je sais, je la voyais tellement comme une mère que du coup, j'arrivais pas »

Pour d'autres, le lien entre le consommateur et son médecin n'était pas suffisant et a pu les freiner.

Florian : « Je me trouve absolument pas proche de mon médecin [...] je sais pas si c'est un mauvais médecin mais pour moi je suis pas proche, j'ai pas envie de lui parler, de lui étaler ma vie, mais vraiment pas »

Cécile: « elle ne me donne pas envie en fait. Parce que c'est vrai que, même pour la cigarette ça toujours été je peux vous aider à arrêter, je peux, enfin toujours dans le sens il faut stopper, il faut. Enfin il n'y a pas de, elle laisse pas, enfin j'ai pas eu l'impression qu'elle me comprenait et j'ai pas accroché »

« quand bien même j'aurais eu ce besoin de parler, c'était pas avec elle, et j'ai jamais cherché ailleurs. »

Yoan : « c'est pas évident de parler de ses problèmes avec des gens qu'on ne connaît pas forcément »

Floriane : « je ne la connais pas plus que ça, et au final je ne sais pas comment elle est vraiment, je ne la vois pas toute les semaines ! Et je ne sais pas si elle est capable de passer outre »

K. Les inhibitions, ce qu'on n'ose pas dire

Enfin, il existe aussi des *inhibitions* : les choses qu'on n'ose pas dire à son médecin.

Les patients ont pu parler mais en minimisant leur consommation

Sébastien avoue ne pas parler « du mauvais côté du truc ». Il décrit sa consommation, les effets qu'il en attend : « le cannabis dans ma vie je le prends qu'avec les bons côtés ». Il n'a pas abordé la question de la dépendance « j'ai pas eu d'herbe pendant longtemps, et là j'étais... c'était pas terrible le soir, des humeurs pas terribles, on est agressif. Ça je pense, j'ai pas eu le courage encore d'en parler à Dr.. »

Yoan: « Avouer à quelqu'un qu'on est dépendant c'est pas forcément évident »

Margaux : « je ne disais pas tout sur ce que je consommais. »

Henri pense également avoir minimisé sa consommation « sur le nombre [...] je minimisais toujours un peu » et il n'a pas non plus parlé de dépendance « d'être addict à quelque chose, je reconnais que c'est pas bien ».

Ronan: « De réduire sa consommation »

Patrick: « mais quand j'étais jeune, avec le cannabis, je l'ai peut-être déjà caché. C'est vrai qu'au début, je n'avais que 14 ans donc j'évitais un maximum la question. Je disais pas que je fumais pas mais je disais que de temps en temps, alors que je fumais régulièrement »

La consommation d'autres substances psychoactives illicites a pu rester taboue

Kevin : « j'ai pas parlé des autres drogues »

Margaux : « par exemple pour la drogue dure, je crois que je lui ai jamais dit »

Enfin, la consommation a pu s'accompagner de la vente de cannabis, sujet qui n'a jamais été évoqué par les patients avec leur médecin.

Cécile : « Tout, mais c'est plus le côté... silence. [...]. Le fait de, c'est un réseau, [...] ça m'est arrivé d'en vendre, en grosse quantité, donc de se faire de l'argent facile »

Un autre patient m'a évoqué cet aspect, une fois que j'avais arrêté l'enregistrement

V. <u>Les représentations du rôle du médecin : les attentes</u>

Les attentes des consommateurs sont variées, pourtant, comme lorsque nous évoquions les freins, la première réponse en ce qui concerne leurs attentes est le néant, l'absence d'attente.

Ronan: « non, je n'ai pas de demande »

Franck: « ben rien »

Gaël: « non, en y réfléchissant, pas particulièrement »

Margaux: « rien, d'elle, j'avais pas d'attentes je pense. »

Et pourtant, ces mêmes patients décrivent ce que leur médecin fait ou pourrait faire pour eux.

A. Ecouter

Les patients souhaitent avant tout être écoutés, que le médecin prenne en considération cette consommation pour une prise en charge adaptée, dans leur globalité.

Christophe : « c'est juste un fait dans mon, dans ma vie et dans ma santé. Qu'il soit au courant ». Il souhaite que le médecin intègre ce « paramètre »

Sébastien souhaite que son médecin prenne « en considération » sa consommation pour « arriver à trouver un traitement, qui soit plus pour être tranquille, mais pas... pour assembler les 2, pour pas que ce soit trop fort »

« elle a écouté ce que j'avais à dire et elle a fait en fonction »

Henri : « qu'il ait connaissance oui, qu'on puisse en parler et être écouté », tout en étant « ouvert ».

Patrick: « certains médecins qui sont plus ou moins fascinés. On leur en parle, ils nous posent des questions, ils s'intéressent au sujet. Après je sais pas si ils font ça pour nous permettre d'en parler » « pour le prévenir de mon état physique à moi, qu'il le prenne en compte »

B. Rester objectif

Les patients veulent un médecin neutre

Sébastien : « elle ne m'a pas donné son avis [...] elle m'a dit son travail de médecin, son propre avis à elle ou ses histoires de vie, non ».

Bérangère : « pas de jugement à porter sur moi ».

Jean Charbel : si j'étais allé voir mon médecin, qu'il m'avait posé la question et que je lui aurais dit, qu'il ne m'aurait pas fait la morale mais plus essayé de comprendre pourquoi »

C. Accompagner

Sans attendre d'aide pour arrêter, certains patients souhaitent que le médecin apporte un regard expert sur leur consommation.

Sébastien « j'arrive pas à me positionner comment je suis avec ma consommation [...] savoir si c'est un problème pour moi », par contre il s'adresserait plutôt « à un psychiatre ou un psychologue » pour un soutien psychologique.

« elle m'a parlé, elle m'a calmé tout de suite, avec les mots qu'il faut, elle m'a évité de faire l'échelle de la consommation »

Ronan: « qu'il soit au courant, pour m'informer sur un effet »

« si y'a un souci qui peut être lié à ça, qu'il me dise ben tiens, là, y'a un rapport, calme toi pendant quelque temps »

Kevin : « S'il y a bien quelqu'un qui peut nous conseiller c'est un médecin »

- « M'expliquer, m'expliquer pourquoi »
- « J'avais besoin d'explications, de conseils. »
- « Le médecin il est là pour comprendre, expliquer, prescrire »
- « comprendre un maximum de chose, le pourquoi du comment. »

Patrick: « ça peut servir à ça, se rendre compte »

Jean Charbel : « Il aurait pu me dire il y a d'autres moyens sans toucher à ça, parce que ça t'abîmes la santé ou autre, peut être que je ne me serais pas mis dedans au final »

D. Aider

Certains patients voient en leur médecin une aide pour arrêter leur consommation de cannabis

Bérangère : « ça m'aide [...] à m'en sortir », « me dire que ça me rend malade ça m'aide et l'entendre dire ça m'aide aussi ».

Kevin : « Après si quelqu'un est là pour décrire vraiment le sujet, ça peut peut-être aider. Si on arrive à se poser les questions, on peut se dire dans sa tête faut que j'arrête »

Yoan : « en demandant à mon médecin si c'était possible, si c'était envisageable de voir des solutions, peut-être de substitutions ou je ne sais pas, pour diminuer déjà dans un premier temps ma consommation, parce que c'était devenu énorme »

« ah ben vous êtes motivé pour arrêter alors on va faire ça, on va faire ça et ça. »

Cécile : « ces questions-là que je me pose, à me demander pourquoi je suis restée dedans, pourquoi, pourquoi en avoir autant besoin alors que j'ai du mal à finir les mois »

Floriane: « si on me dit les choses correctement, c'est pas très bien, est-ce que vous pensez à arrêter, là je me dirais oui, un jour, j'irais dans son sens et j'écouterais plus ses conseils que quelqu'un qui va être dans le discours »

Margaux: « au cas où, si un jour on veut arrêter, silence, comment ça se passe »

De façon générale, des patients évoquent le rôle possible du médecin comme aide au sevrage sans que cela fasse partie de leurs attentes.

Henri : « qu'il aide à faire décrocher »

Ronan : « si on pouvait les faire arrêter [...] mais c'est important qu'un médecin puisse le rappeler »

E. Orienter

Le médecin peut aussi accompagner le patient dans son parcours, pour lui conseiller les structures adéquates.

Franck : « Un conseil, ce qu'il a fait hein, il m'a donné une adresse, pour aller voir un addictologue »

VI. Les suggestions des consommateurs

Comment améliorer la relation, le dialogue entre un consommateur de cannabis et son médecin ? Comment améliorer la prise en charge ? Voici quelques idées suggérées par les consommateurs euxmêmes.

A. Sur les attitudes du médecin

Objectivité

Floriane : « de pas stigmatiser tout de suite la personne, parce que c'est ça qui bloque »

Ronan : « Déjà, ne pas dire que c'est des drogués ! »

Écoute

Sébastien : « Le médecin, je lui parle, elle m'écoute. Moi j'ai vu des médecins, t'es en matelas coquille tu parles 3 minutes, et après tu les écoutes. C'est pas ça. »

Relation

Christophe: « moi je pense que déjà il faut s'entendre, un minimum, parce que c'est comme avec un psy, si on s'entend pas vaut mieux changer! »

Margaux : « faut un médecin en qui on ait confiance, sinon, sinon on ne pourra pas lui parler, si on ne lui fait pas confiance, ou on ne lui dira que la moitié, et encore »

B. Sur les actions du médecin :

Poser la question, évaluer une consommation

Kévin : « Ben, qu'ils posent la question. Poser la question, à certaines personnes où ils peuvent avoir des doutes, ou même pas des doutes. Essayer de savoir s'ils consomment du cannabis ou pas, poser un peu plus de question. »

Jean Charbel : « pourquoi pas la poser ouais, après ça peut engendrer sur pourquoi, qu'est-ce qui, qu'est-ce que, essayer de comprendre quoi »

Floriane: « poser la question vous buvez, vous fumez des clopes, du cannabis »

Margaux: « on est plus amené à en parler si on nous pose la question »

« et puis ouais, poser les questions, si on lui dit une fois qu'on fume, ben, régulièrement poser la question bon votre consommation est-ce qu'elle a baissé, augmenté, des choses comme ça peut-être. Essayer ça, pour voir si la consommation a augmenté, pour l'aider peut-être. Je ne sais pas »

Être formé et informé

Franck: « Je sais pas, peut-être qu'ils aient un peu plus de connaissances, comment traiter ça. [...] mais faudrait peut-être qu'ils soient un peu plus formés ou je sais pas »

Sensibiliser le public

Henri: « faire des conférences dans les écoles »

Patrick : « faut peut-être prévenir juste, ouais parce que, expliquer les risques liés, savoir ce qui nous attend plus ou moins »

Ronan : « avec les non-fumeurs, en disant, dans tous les cas, que tout est dans la modération, si tu fumes de temps en temps, c'est pas grave »

Margaux : « faire de la prévention »

C. Dans la société

Ne pas stigmatiser

Floriane: « Je pense que si les médias diabolisaient moins ça, je pense que les gens en parleraient plus ouvertement, à leur médecin, parce qu'ils auraient moins d'appréhension, moins peur d'être jugés, pour les filles je pense qu'il y en a beaucoup qui en ont honte, qui ont peur d'être cataloguées »

Dépénaliser ou légaliser

Sébastien : « ça sera quand même plus facile, à parler du patient, au médecin, du cannabis, ou d'autres drogues, quand ça sera un peu plus, pas légal, mais autorisé »

Henri: « ben que ce soit légalisé! »

Yoan : « je ne comprends même pas qu'ils ne légalisent pas »

D'autres au contraire ne croient pas en cette idée

Ronan : « je suis contre la légalisation du cannabis en France, parce que l'homme il est con, et dès qu'on lui met une limite, il va tout le temps partir plus loin »

Jean Charbel : « le légaliser c'est le banaliser forcément, le légaliser c'est pas la meilleure chose à faire »

VII. La relation médecin patient consommateur

A. Les motifs de consultation

1. Des petits consommateurs de soins

Beaucoup ne côtoient pas souvent leur médecin, simplement à l'occasion d'infections, de petite traumatologie ou encore de certificats médicaux.

Yoan : « ben la grippe, une angine... Je ne l'ai pas vu souvent pour moi »

Kévin : « Au médecin je vais le voir rarement déjà »

« pour le foot. Le plus souvent c'était pour ça, sinon c'était euh, quand j'étais malade, rhume, angine, truc comme ça. Rien de, j'y allais pas souvent, rien de spécial »

Patrick: « pas souvent. Quand je suis malade quoi »

« La dernière fois je crois je devais avoir la grippe, sinon la fois d'avant c'était pour une blessure »

Florian : « ça toujours été des certificats pour la moto. Ou aussi j'ai eu un problème de main »

Jean Charbel : « C'est vrai que je vais rarement chez le médecin »

« quand je vois que je suis malade, que j'essaie de me soigner et que ça persiste un peu je me dis bon allez je vais chez le médecin quoi. Sinon c'est plus pour les ordonnances pour le foot »

Gaël: « mais je ne suis pas du genre à aller beaucoup chez le médecin »

« c'est pour des petits trucs, j'ai pas grand-chose »

2. Et des patients plus réguliers

L'état de santé de certains les amène à consulter régulièrement leur médecin.

Christophe: « les artères »

« depuis mes problèmes de dos, en... 89. Ma hernie discale, opérée. Après ça j'ai eu quelques alertes, à pas pouvoir me lever »

Bérangère : « mon problème d'épilepsie »

Franck : « la dépression [...] il me remet d'aplomb quand ça va pas. Le traitement qu'il m'a donné ça m'a remis d'aplomb. »

« le dos aussi, souvent. Oui régulièrement, parce que je suis resté longtemps bloqué. J'en avais plein le dos quoi, rire »

Margaux : « j'ai mes bas de contentions à vie, mais c'est tout, je n'ai plus d'anticoagulant »

« j'ai plus de suivi, j'avais arrêté [...] mais je suis toujours sous antidépresseur »

« de façon générale c'est parce que je suis malade ! Mais sinon j'y vais rarement [...] si j'y vais

c'est pour mes ordonnances pour mes antidépresseurs »

Pour autant, ce ne sont pas forcément ceux qui ont le plus discuté de leur consommation de cannabis avec leur médecin.

Floriane: « J'ai une malformation au pancréas, pendant 10 ans j'ai eu des douleurs dans le dos, on me disait c'est psychosomatique, ça vient du poids, vous êtes mal dans votre peau, nanani nanana des fois ça me faisait, ça me faisait des crises où ça me faisait vraiment très mal [...] et le lendemain ben j'y allais souvent parce que je me retrouvais souvent dans l'impossibilité d'aller au travail quoi. »

« vis-à-vis de la grossesse »

Cécile : « j'ai déjà eu de l'hyperthyroïdie, de l'asthme, un angiome »

B. Les ressentis

1. Le facile

L'absence de craintes

Gaël: « j'ai pas de soucis à aller la voir »

Yoan: « J'y vais quand y'a besoin, sans craintes! »

Christophe : « Y'a des gens ils vont chez le toubib ils vont se coiffer, se pomponner, bon, moi je prends une douche, normal, mais après j'ai pas... je suis pas angoissé, je suis pas angoissé quoi »

Patrick : « pour moi c'est un médecin, je suis pas, je suis à l'aise avec la plupart des gens donc avec Dr...
J'ai rien à cacher »

Des motifs de consultation « simples »

Margaux : « je sais pourquoi j'y vais, donc j'arrive je pose mon problème puis tu t'en vas, enfin pour moi c'est ça »

Kévin : « normal, naturellement, je savais pour quoi j'y allais donc euh... J'y allais pas pour parler d'autre chose, voilà j'ai mal à la gorge, j'y allais, je ressortais »

Un lien déjà créé, une relation bien établie

Ronan : « le médecin généraliste, il a plus cette notion de proximité, qui voit souvent la personne, qui grandit avec, et qui, comment dire, il est plus proche »

« je suis habitué à aller chez le médecin parce que j'ai eu beaucoup de soucis »

Jean Charbel: « c'est une relation de médecin, de médecin de famille ouais. Depuis que je suis tout petit je suis allé le voir, il me connaît, je le connais un peu aussi, on n'est pas très très proche non plus »

« je me sens en confiance »

« C'est quelqu'un qui me connaît quoi, c'est rassurant de voir quelqu'un qui nous connaît, qu'on connaît »

Floriane : « je lui fais confiance sur ce qu'elle peut me dire. Et puis je sais qu'elle m'écoutera »

Franck: « j'ai jamais eu de difficultés avec lui. Il est à l'écoute, avec mon problème de dépression, il me posait des tas de questions sur euh, enfin il m'a donné des conseils sur comment m'en sortir, trouver les bons chemins »

2. Le difficile

La peur des médecins

Margaux : « Après c'est vrai que c'est difficile les questions de médecins, c'est déstabilisant, c'est des questions auxquelles on n'a pas pensé, silence, après, ça fait réfléchir... »

Sébastien : « Moi j'aime pas les médecins, haha. Moins j'y vais, mieux c'est »

Cécile : « Je suis pas trop médecin, je suis pas vraiment à l'aise »

« j'ai un peu du mal, parce que du coup limite après ce qu'elle me disait je vérifiais, faut que j'aille voir un autre médecin pour vérifier après, donc euh, je ne la vois plus vraiment, ça sert à rien. »

« je ne la vois plus, enfin je vois surtout ses remplaçantes, parce que je n'ai plus confiance avec elle »

Cécile : « je n'ai jamais réussi à parler avec elle, de mon père, du cannabis, de d'autres problèmes »
 « c'est méchant hein mais je lui ai remis un peu la faute, je prends pas soin de moi parce que
de toute façon mon médecin s'en fout. »

La peur d'être jugé

Floriane: « quand je vais voir un nouveau, comme là je vais voir la gynécologue, tout ça. J'ai toujours une crainte de m'entendre dire ah vous avez fait un enfant, vous avez vu le poids que vous faites, parce que ça c'est pas comme le cannabis, je peux pas le cacher »

VIII. Les représentations sur le cannabis :

A. Les effets recherchés:

Quel est l'intérêt de consommer du cannabis ? Chaque patient a son idée, mais on retrouve principalement trois fonctions : se faire plaisir, se retrouver avec d'autres et souvent s'apaiser.

1. Aspect hédonique

Yoan: « un moment de détente. Un plaisir [...] c'était vraiment un de mes rares plaisirs »

Ronan : « à m'amuser, à rêver et dès que je suis ouvert, je passe à la musique qui est sur mon projet et je reste ouvert »

« il va vous détendre, il va vous poser, vous allez imaginer »

Kevin : « c'était plutôt côté humour, délires, à rigoler avec les copains, on parlait de tout, n'importe quoi »

Florian: « on rigole on se prend un fou rire »

Floriane: « c'était par plaisir [...] plus de la gourmandise »

« Pas comme faire à manger, mais presque, d'être là, de prendre le temps de rouler, de préparer, de.. »

Cécile : « pour s'amuser, pour déconnecter. Un peu comme un apéro »

« pour se faire du bien, mais c'est du bien qui fait du mal. »

Patrick : « Un sentiment de légèreté, c'est vraiment comme flotter. Une euphorie aussi qui arrive. Se sentir comme une plume ou plutôt comme un plomb mais dans un sac de plumes qui s'enfonce petit à petit. »

Jean Charbel: « comme un petit plus que je m'autorise parce que justement ça impacte pas ma vie, je peux me le permettre, ça me fait passer du bon temps, ça me fait rigoler, ça me pose quand j'ai envie d'être posé et pour autant j'en n'ai pas besoin »

Franck: « c'est un plaisir aussi »

2. Aspect social

Margaux : « fumer c'est quand même mieux à partager »

Floriane: « c'est un moment d'échange, que ce soit avec mon copain ou avec des amis, [...] c'est voilà comme goûter un bon vin, ben nous c'est de la bonne beuh »

Gaël: « de façon festive, avec les amis »

Cécile : « il y a un côté partage, ça réunit, on est tous un peu pareils, avec un autre état d'esprit »

Patrick : « y'a une espèce d'esprit de communauté, c'est le fait du partage »

Jean Charbel: « un passe-temps, un petit truc pour se poser, se caler, sociabilisant des fois »

3. Aspect thérapeutique

Cécile : « c'est comme un anti douleur, un antidépresseur, ça réunit tout »

Margaux : « c'est un peu un anti dépresseur en fait »

« C'est plus pour me poser [...] je ne pense à rien »

« non, j'aime bien que ça, me poser, ne pas réfléchir, peut être oublier »

Ronan : « y'a des moments je vais fumer un joint parce que, tout ce qui a à côté me prend trop la tête » « c'est une lâcheté entre guillemet dans le sens où ça détourne le regard de là où il y a un problème »

Bérangère : « ça arrive à me calmer, de fumer, et à certains moments j'ai l'impression que ça m'aide à réfléchir [...] pour éviter de pleurer, pour être bien »

Gaël : « j'ai facilement tendance, dès que j'ai un petit souci, un petit problème à droite, à gauche, ben à me réfugier dedans un peu »

« cet effet de "pas d'importance" »

Henri: « ça m'apaise ouais »

Florian : « j'avais un effet rassurant sur moi, je savais que j'étais dépendant de ça, je n'avais aucune emprise sur moi-même mais j'étais rassuré, je me disais là t'es bien, là t'es bien, t'es pas stressé, t'es détendu »

Franck: « ça me fait du bien, ça me permet de supporter ma vie, qui ne me plait pas »

Sébastien : «j'ai besoin de m'apaiser, à un moment dans la journée, après des douleurs »

« ça me tranquillise, ça me fait du bien, par rapport aux cachets, ça c'est le bon côté [...] je préfère fumer des pètes que de prendre un cachet »

Kévin : « plus permis d'oublier que de rester dans ce côté euphorique. »

Christophe : « le cannabis, c'est un calmant » « plus calme, plus posé, plus attentif »

Ronan: « ça peut amener un soutien le cannabis (...) on a un peu moins mal »

B. <u>Le parcours de consommation:</u>

1. Les débuts

La soif de découverte a motivé les premières consommations

Kévin : « j'étais bien dans ma vie, rien de particulier, j'avais pas de souci ni rien, c'était vraiment juste pour découvrir »

Cécile : « on commence en soirée, on commence par curiosité [...] une curiosité de cet effet-là, de, d'euphorie, où plus rien n'a d'importance en fait »

Floriane: « j'ai commencé au lycée, en soirée [...] l'odeur me plaisait, tout bêtement »

Mais aussi le besoin de s'identifier ou d'intégrer un groupe

Kévin : « presque tous mes collègues fumaient, 'fin du moins quelques-uns et je voulais savoir ce que ça faisait »

Patrick : « Le lycée ben, je me suis retrouvé avec d'autres fumeurs »

Margaux : « les premiers c'était en 3eme, avec les copines, forcément qui fumaient »

Gaël : « ça a commencé en fait au lycée, simplement avec des amis on fumait, mais c'était vraiment de façon festive, et pas tous les jours »

2. La poursuite et la majoration de la consommation

Une consommation qui a tendance à augmenter progressivement

Yoan : « j'ai commencé à 15 ans sur un joint, puis après, c'est devenu, avec les amis, puis après c'est devenu… tout seul »

Patrick: « Au début c'était un par jour, histoire de finir la journée [...]. Puis après ben, de fil en aiguille, c'était un le matin, un le midi, un le soir etc. Et puis après ben ça a continué comme ça, j'avais plus le choix »

Kévin : « j'ai commencé à acheter, apprendre à rouler, puis en fumer un, deux, trois... »

Floriane : « Après j'ai rencontré mon copain, lui était déjà consommateur et, de fil en aiguille je me suis mise à consommer plus»

Et des évènements de vie qui incitent à consommer de plus en plus

Gaël : « J'ai fait une bonne dépression, j'avais vraiment plus aucune envie, plus envie d'avancer donc à ce moment le buzz a été, il m'a un petit peu sauvé »

Kévin : « ça a changé avec les années, j'ai eu pas mal de problèmes et j'ai commencé à fumer un peu plus »

Yoan: « l'environnement familial, je pense qui aidait pas aussi. Je passais plus de temps dehors que chez moi, puis, tout le monde fume ici »

Ronan : « Et ensuite, [...] là où ça a un peu plus vraiment évolué j'ai envie de dire, et c'est en plus à cause d'une séparation que j'ai eue, je pense pas que c'était le fait d'être triste, mais le fait d'être seul »

Floriane : « j'ai fait une dépression, [...] et je pense que c'est là où j'ai vraiment euh, c'était pas plus fumer à cause de la dépression mais du coup j'avais plus de temps, l'ennui »

Margaux : « après si, il y a eu des décès dans ma famille, des suicides, et du coup, ouais peut être, qu'à ces moment-là j'ai plus fumé. »

Jean Charbel: « je suis devenu vraiment fumeur à acheter régulièrement, c'est depuis que je suis parti en Australie [...] après je suis rentré, je voulais arrêter, et j'ai arrêté un petit peu, et j'étais avec une fille qui a eu une, qui est tombé enceinte, j'ai eu une fille avec elle, on s'est séparé et tout et puis c'est vrai que c'était un peu difficile de dormir, de machin, je cogitais pas mal. Et du coup ben j'ai recommencé »

Florian : « j'ai pas eu une vie facile, alors j'ai fumé »

3. Et quelques fois le sevrage

On peut voir le cheminement des patients qui se questionnent sur leur consommation, qui envisagent d'arrêter, sans forcément avoir franchi le pas.

Bérangère : « cette merde là, ça me rend peut être plus malade qu'autre chose ».

« Est-ce que c'est le cannabis qui fait que je m'enterre au fur et à mesure des jours, ou est-ce que c'est mon problème de santé ? »

Yoan: « ma santé c'est une chose, mais les conséquences par rapport aux enfants c'est autre chose »

Cécile : « j'ai peur de m'être trouvé une excuse, notamment par rapport à mon angiome. »

« il y a un aspect vicieux, et pour autant je n'arrive pas à me dire c'est bon j'arrête demain »

Florian : « t'as une opportunité tellement énorme, t'as rêvé de ça toute ta vie, t'as fait de la merde toute ta vie pour avoir ça, donc c'est peut-être la chance de t'arrêter, de te mettre à 100% là-dedans, t'as tout pour réussir, sois pas un connard. »

Dans les faits, on observe :

Un sevrage qui se veut temporaire, pour des raisons diverses, parfois sanitaire, parfois judiciaire.

Floriane : « j'ai arrêté quand j'ai su que j'étais enceinte. Sinon, euh, je fumais très régulièrement, euh plus que régulièrement, [...] mais je sais que je refumerai »

Margaux : « j'ai du mal, quand j'ai eu mes soucis de santé, qu'il fallait que j'arrête, j'avais du mal quoi. J'ai arrêté, mais, enfin pas longtemps mais, mais j'avais du mal vraiment, les habitudes en fait »

Sébastien : « le laps de temps où j'étais à l'intérieur de l'hôpital, j'ai même plus fumé de cigarette même rien du tout »

Patrick : « je suis fait pour fumer [...] je fume tout le temps, sauf quand je suis obligé d'arrêter [...] j'ai arrêté pour le permis, pour la récupération du permis »

Ou un sevrage qui se veut permanent

Kévin : « c'est là, depuis quelques semaines que j'ai vraiment commencé à stopper. »

Florian : « Mais par la suite je me suis calmé pour arriver à un joint par jour. [...] Puis après j'ai arrêté pendant 6 mois, je suis retombé dedans, et là j'ai re arrêté »

Yoan: « je ne fume plus [...] L'enfer pendant 3 semaines »

« au début, j'ai, je l'ai fait en descendant un peu, donc de 15-20 je suis passé à 8-10, puis après j'ai essayé de descendre à 5, 6, 7 mais je restais dans une zone proche de 5, puis un soir en fumant mon 5eme, je me suis dit, 5, 6, 8, 10, c'est pareil. Silence. Et là j'ai tout arrêté. »

C. <u>La perception des risques</u>

Consommer du cannabis comporte des risques. Les patients ont pu les vivre, les observer ou en ont simplement entendu parler. Ils sont conscients de cet aspect de leur consommation, mais quand la question était abordée, le silence et l'hésitation étaient souvent les premières réponses.

1. Vécus

Les mauvaises expériences

Jean Charbel: « j'ai fumé 2 ou 3 fois avec, jusqu'à ce que je fasse, pas un bad trip mais j'étais pas bien, [...] j'étais blanc, j'ai fini sous la douche en train de vomir »

Florian: « on fume, on fume, on fume et puis d'un coup, oh je suis pas bien, je commence à avoir vraiment chaud, des vraies gouttes de sueur qui coulent, on a envie de se mettre nu pour dire, et tomber dans la neige quoi, ça tourne et on est vraiment pas bien »

Les conséquences physiques

Christophe: « ben les risques pour la santé, poumons, euh... silence... flic, santé, boulot »

« vous savez les artères, quand vous fumez une cigarette elles font (me mime une artère qui se bouche et qui s'ouvre) et quand vous fumez un pétard, elles font (me mime seulement l'artère qui se bouche) »

Kévin : « j'étais en train de me détruire, je le ressentais ne serait-ce qu'au niveau physique, l'état de fatigue, puis non, j'ai plus envie, de quoi que ce soit. Sans compter que j'ai fait quelques malaises à cause de ça »

« j'ai perdu pas mal de poids à fumer »

Sébastien : « le coup de la bouche sèche »

Patrick : « avoir les poumons bien encrassés [...] quand je fume pas je suis moins essoufflé qu'en fumant »

« j'en ai des baisses de tension qui arrivent avec ça. »

« Le matin on se lève, on a la gorge prise »

« les yeux rouges comme la queue du diable »

Yoan : « je suis en plein dedans, j'ai bousillé mes poumons. [...] ils m'ont dit que j'avais un emphysème pulmonaire, des kystes aux poumons, que j'avais mon aorte qui était poreuse avec des trucs qui s'accrochaient dessus»

Les conséquences psychiatriques

Florian : « je savais plus si je vivais dans un rêve ou dans la réalité »

« Ça m'a détruit le cerveau [...] j'ai niqué ma mémoire à court-terme »

Sébastien : « tu peux être super tête en l'air, la mémoire immédiate, ppfff... »

Kévin : « j'ai des pertes de mémoire instantanée, ça travaille un peu là-haut je pense »

« dès que je fumais je tremblais, j'étais pas bien, crise d'angoisses à moitié »

Henri : « devenir paranoïaque, j'ai eu une expérience comme ça, quand j'étais barman, je pouvais pas fumer avant de prendre mon service, sinon j'étais pas bien, l'impression que tout le monde me regardait, j'arrivais pas à compter, j'oubliais toutes mes commandes »

Jean Charbel : « on est dans un état où on n'est pas maître maître de ce qu'on peut faire. »

Cécile : « ça entraîne une perte de motivation, une perte de concentration... »

Margaux : « moi j'ai peur de rester perchée des fois »

Franck : « j'ai des problèmes de dépression aussi par-dessus, donc je sais pas la faute à qui »

Mais à la fois le sentiment de ne pas se mettre en danger

Kévin : « je pense qu'au niveau physique il y a pas trop de risque »

« je sais pas si ça a beaucoup de risques, je vois qu'ils légalisent dans certains pays »

Jean Charbel: « Je ne le vois pas vraiment comme quelque chose de dangereux »

Floriane : « puis voilà les effets, de toute façon vu tout ce qu'on nous cache, je me dis ça de plus, ça de moins »

2. Observés

Certains patients ont pu apercevoir des conséquences néfastes de la consommation de cannabis à travers leur entourage. À chaque fois, c'était pour des consommations qu'ils considéraient plus soutenues que la leur.

Margaux : « mon frère il a fait 2 pneumothorax, [...] c'est à l'intérieur, les poumons. Ouais, ça fait plein de dégâts »

« des personnes qui fumaient beaucoup beaucoup, ça lui a fait ressortir sa schi, son côté schizophrène »

Yoan : « j'ai quand même des potes qui ont fini en psychiatrie avec l'extraction de cannabis »

Sébastien : « psycho [...] ils sont sur une autre planète maintenant ».

3. Entendus

Ce que certains ont vécu, d'autres ne l'ont que simplement entendu, notamment les troubles de mémoire ou les problèmes respiratoires.

Mais c'est ici que ressort la problématique de la consommation de cannabis au volant.

Franck: « au volant, bien sûr, il faut faire attention »

Cécile : « j'ai conscience, combien de fois j'ai fumé en conduisant après, à me dire c'est bon je gère je maîtrise, jusqu'au jour où la petite faute d'inattention ça va nous faire faire n'importe quoi, mais je croise les doigts »

Christophe : « on parle de la capacité à conduire, la lenteur de reflexe »

Margaux : « Après ce que j'ai peur c'est en voiture, c'est si j'ai un accident, si ben voilà, ben les flics, pour le permis »

4. Drogue douce?

Une drogue

Cécile : « ça reste une drogue, c'est pas normal de fumer de fumer tous les jours, c'est pas normal d'avoir ce besoin de »

Kevin: « ça détruit autant que d'autres drogues, je pense »

Sébastien : « je fume une cigarette, un peu plus rigolote »

Franck: « drogue douce faut faire attention quand même, drogue quand même. »

Yoan: « je dirais drogue tout court »

Dont les présentations sous forme de résine ou d'herbe entraînent un risque différent

Christophe: « c'est du shit, on sait même pas ce qu'il y a dedans »

Henri : « le shit, c'est de la merde. [...] moi je fume de l'herbe, c'est vraiment différent, il faut différencier les 2 choses ».

Souvent comparée à d'autres substances psychoactives, licites

Jean Charbel : « ouais comme l'alcool, mais je pense que ça a une image différente »

Floriane: « oui drogue douce mais l'alcool est une drogue douce alors »

« le papi qui va aller boire son blanc ou son Ricard à 9h du matin est moins dangereux ou moins toxicomane si on veut employer ce terme-là que le jeune qui va rentrer chez lui le soir, où le jeune qui va à 9h du matin, avant d'aller au travail rouler un pet »

Ronan: « ouais ben comme si on buvait un verre de vin [...] pour moi, c'est comme le vin, on prend un ou 2 verres de vin, ça fera un effet comme un joint ou 2 »

Bérangère : « Je trouve ça plus sain que les 7 cachets que je prends tous les jours »

Patrick: « faut pas chercher à aller dans les produits les plus chargés... c'est un peu comme l'alcool, entre une bière et un whisky, c'est pas les mêmes effets. »

Franck : « Je pense que c'est une drogue douce, contrairement à l'alcool que je mettrais dans drogues dures »

Yoan: « j'ai envie de dire c'est moins dangereux que l'alcool. [...] je viens d'un milieu social, d'un milieu familial qui a été relativement détruit par l'alcool. Donc quand je rentre chez moi et que je fume un joint en regardant un film, je suis pas comme les gens qui boivent, qui sont agressifs, qui sont chiants »

Et différente des autres substances illicites

Ronan : « la cocaïne est une drogue forte, le cannabis une drogue douce »

Sébastien : « le cannabis c'est pas comme le crack, t'es pas dépendant en un coup, tu peux gérer. »

Dans leur histoire, certains ont pu escalader vers d'autres substances psychoactives, illicites Certains ont refusé

Jean Charbel : « Pas envie de tester autre chose, même si c'est, euh, on m'a proposé des choses, mais ça ne m'intéresse pas »

Cécile : « on m'a proposé très souvent de la cocaïne et j'ai toujours refusé, parce que justement j'ai peur, j'ai peur d'aimer ça et d'entrer dans ce vice-là »

Certains font le lien avec leur consommation de cannabis

Kévin : « vu que je fumais, je considérais que... ça ne me faisait pas peur. Je sais que si on m'avait proposé, que j'avais jamais fumé, je pense que j'en aurai jamais pris »

Florian: « ça peut faire le lien »

Et d'autres jugent cette expérience comme indépendante

Patrick : « c'est vraiment un produit différent des autres, c'est quelque chose qui apaise alors que le reste c'est vraiment énergisant, donc c'est sûr que c'est pas le même but recherché »

Florian : « le phénomène de consommer des drogues douces n'est pas forcément lié à la consommation de drogues dures par le futur. C'est vraiment une histoire de personnes »

D. Le regard sur la dépendance

Sans exception, les patients racontent l'usage qu'ils font du cannabis, et chacun voit une problématique.

Une consommation qui prend du temps

Henri: « une grosse place [...] il faut que j'y pense, il faut que j'en aie, il faut... »

Un besoin récurrent ou de plus en plus important

Cécile : « d'en prendre l'habitude et d'aimer ça en fait, ça, ça engendre un côté vicieux, se dire, on en est dépendant quoi. »

Ronan : « le seul souci c'est que vu qu'on se sent bien on va se dire, j'ai envie de me re-sentir bien »

Bérangère : « Il arrive un moment où on ne peut plus s'en séparer parce qu'on pète un câble et qu'on a besoin de ça pour (grande expiration de soulagement) »

Jean Charbel : « on est habitué aux effets à un moment donné »

Christophe : « j'aime pas dépendre de quelque chose, en plus quand on fume tout le temps ben, on finit par plus rien sentir, ça coûte cher et puis... ça rime à rien »

Margaux : « je trouve déjà je n'ai même plus l'effet de toute façon, comme on avait au début, à rigoler et tout »

Franck: « j'en ai besoin toute la journée »

Un mal être en l'absence du produit

Yoan: « Quand j'en avais pas j'étais énervé »

« J'avais des mouvements de colère, difficiles à gérer »

Cécile : « si je ne vais pas fumer, je vais pas me sentir bien ou je vais avoir des difficultés à m'endormir »

Florian : « une grosse dépendance où si je n'avais pas mon joint toutes les 2 heures ben j'étais pas bien [...] pendant les nuits, on passe des nuits affreuses, à suer, mais je pense que c'est le manque »

Patrick : « quand on n'en a pas on se sent pas forcément soi-même et pas heureux »

Floriane : « c'est le geste qui manque, comme euh, comme si on me met au régime je n'ai qu'une envie c'est de manger du fromage »

Sébastien : « le manque peut avoir des mauvais côtés ».

Gaël: « quand j'en avais pas j' étais tout de suite énervé »

Une forme d'emprisonnement

Cécile : « je mise sur le côté femme célibataire libre et indépendante, et à côté de ça, silence. J'ai mes propres, mes propres menottes, femme fumeuse, et dépendante. »

Bérangère : « On me dit aujourd'hui détache toi de ça, mais j'en suis incapable, et maintenant j'arrive à le reconnaître [...] c'est pas moi qui tiens le cannabis, c'est le cannabis qui me tient. »

Pour autant, certains pensent s'affranchir de cet aspect

Jean Charbel: « ça fait partie de mon rituel maintenant [...] j'ai pas l'impression, je parle pour ma part, que ce soit addictif »

« c'est quelque chose de mental, c'est dans la tête de se dire ben ouais tiens je vais m'en rouler un et pas putain il faut que je fume »

Gaël : « dès que je vois que je reprends trop, je fais des petits arrêts, des petits sevrages [...] je m'autorégule quoi »

Patrick: « généralement je ralentis voir j'arrête quelques semaines puis après je reprends. C'est toujours comme ça [...] on finit par reprendre les vieilles habitudes »

E. L'environnement et le retentissement social

Quel est le lien entre l'environnement et la consommation de cannabis ?

✓ Pour certains, l'environnement a favorisé la consommation

Florian: « mes parents se sont séparés quand j'avais 11 ans. Et j'ai vécu pendant 2 ans tout seul avec ma mère, mon frère s'était barré, ma mère a eu de graves problèmes d'alcool. Où à mes 12 ans, je pense aussi que c'est pas mal lié à ça ma consommation de cannabis »

Margaux : « on fume tous, moi j'ai 2 sœurs, 1 frère. Enfin sur les 4, on est 3 à fumer. Hum, et mon frère est un gros consommateur... ouais c'est pour ça, ça aide pas, enfin ça aide à fumer quoi »

Kévin : « J'ai eu des problèmes de famille, mes parents qui ont divorcé, et le cannabis ben à ce momentlà m'a permis de sortir de ce contexte, de m'isoler un peu, de penser à moi »

✓ Pour d'autres, les deux aspects sont indépendants

Sur le plan personnel

Jean Charbel : « je ne le vois pas comme un problème, comme quelque chose qui impacte ma vie »

Floriane : « ça ne m'empêchait de faire mon ménage, de faire à manger »

Sébastien : « avec le cannabis, j'arrive à gérer, je fume un pète, je vais me coucher, je suis tranquille, je m'énerve pas, tout est calme, la maison est gérée »

« c'est pas un problème pour ma vie, j'ai pas l'impression que ça me génère des problèmes »

Christophe : « c'est pas parce-que je fume que j'ai oublié de rester curieux »

Patrick : « ce n'est pas quelque chose qui a bloqué un dialogue »

Comme sur le plan professionnel

Jean Charbel : « ça m'a pas pourri ma vie professionnelle, j'évolue, je monte en compétence constamment, je fais du sport, je fais des activités, je suis actif et ça me... ça m'empêche pas de vivre »

Patrick : « au niveau des collègues, bah, j'ai pas de soucis, pour moi ça rentre pas en question ce genre de, ce genre de chose »

Ronan : « ben ouais regardez je dirige une équipe de 15 personnes, ça marche très bien, à côté j'écris un scénario de 60 pages, que je retravaille, je fais des choses, [...], et pourtant je fume »

Enfin, la consommation peut avoir un impact sur l'environnement social, qu'il soit familial, scolaire ou professionnel.

Cécile : « je vais pas les inviter, ou je vais beaucoup moins recevoir que mes sœurs qui sont pas dans ce schéma là parce qu'elles n'ont rien à cacher. »

« j'y trouvais pas ma place donc c'était pas important pour moi d'être lucide à 100% au boulot »

Gaël: « j'étais toujours en train de fumer et le problème au bout d'un moment c'est que pour chercher du travail c'était un peu galère »

Florian : « ça m'a bouffé sur l'école aussi. Ben par exemple quand j'étais en général, j'arrivais toujours à trouver une excuse pour sortir peut être 5 minutes en cours ou 5 minutes avant la sonnerie, si j'y arrivais pas j'avais déjà roulé en cours et je fumais entre les cours. Ce qui a fait que ben déjà j'ai rien retenu de mon année »

Yoan: « le manque de motivation [...] sur le travail, sur euh, sur l'aspect financier [...] donc voilà comment on arrive en fin de droits de tout. Silence. Euh, toutes les choses que je fais, je les fais par nécessité, pas par envie, j'ai pas envie de les faire, alors je fume »

« ma compagne avait un grand ras le bol, puis par rapport aux enfants aussi [...] j'ai 2 enfants. Donc après, ma consommation devenait un peu plus compliquée... Bon je fumais sur le balcon, ils ne me voyaient pas rouler, euh, jamais de contact »

Mais les consommateurs décrivent souvent le retentissement social que cela peut avoir sur les autres, sans implication personnelle. Certains sont effrayés par le possible retentissement judiciaire.

Sébastien : « si t'as envie d'aller à l'école, faut pas fumer du cannabis, t'es bon à rien, t'enregistres rien ».

Henri : « les gamins qui fument à 12-13 ans, qui sont à l'école, je trouve ça pas bien. Ils fument du shit, c'est de la merde, entre guillemets, ça les endort, ça les met dans un monde euh, c'est pas la réalité quoi. On le voit bien, ils décrochent l'école, ils sont perchés après »

Franck : « une trop grande consommation ça peut donner envie de ne plus travailler, de rester chez soi » « c'est interdit quoi »

Jean Charbel : « c'est illégal donc si on se fait arrêter avec du cannabis sur soi, c'est pas, en fait moi c'est pas ma hantise mais ça me ferait mal »

DISCUSSION

Après la présentation des obstacles et forces de cette étude, la discussion sera organisée en plusieurs temps :

Une première partie discutera l'histoire de la relation entre le patient et le médecin autour de la consommation de cannabis. Elle sera illustrée par les données de littérature sur les pratiques des médecins et les recommandations des experts.

Une deuxième partie proposera d'écouter ces patients, notamment sur les motivations et les freins à aborder les questions du cannabis, puis sur leurs attentes en matière de prise en charge. Ces propos seront comparés aux ressentis des médecins, afin de comprendre les difficultés de chacun et envisager des solutions.

Une troisième partie évoquera la relation médecin-patient de façon générale.

Une dernière partie développera le regard des consommateurs de cannabis sur leur pratique dans le but de mieux comprendre leurs réactions face aux actions du médecin.

I. Obstacles méthodologiques

A. Liés au chercheur

Le premier obstacle à la réalisation de cette étude était mon inexpérience.

A.Blanchet et A.Gotman décrivent l'entretien (28) comme une « improvisation réglée ». « Une improvisation, parce que chaque entretien est une situation singulière susceptible de produire des effets de connaissance particuliers ; réglée car, pour produire ces effets de connaissance, l'entretien demande un certain nombre d'ajustements qui constituent à proprement parler la technique d'entretien ». Cette technique a pu me faire défaut. Lors de mon premier entretien je me refugiais rapidement dans des questions fermées afin de remplir l'objectif que je m'étais fixé, je restais ainsi sur un chemin balisé. Au fil des entretiens, me sentant un peu plus à l'aise je laissais une plus grande liberté de parole et pouvais ainsi suivre le patient dans son parcours plutôt que d'imposer mon rythme.

B. <u>Liés aux conditions de l'entretien et à la méthode d'analyse</u>

Les entretiens ont eu lieu pour la plupart dans les cabinets de médecins chez qui j'étais en stage ou en remplacement, un lieu qui renvoie au monde médical et qui a pu influencer par ce biais le discours des patients.

En demandant aux patients de parler de leur consommation de cannabis, je rentrais dans leur intimité alors que j'étais pour eux dans une position assez inédite. Je n'étais pas leur médecin, je les avais rencontrés en position d'apprentissage avec leur médecin ou en remplaçant leur médecin, et pourtant, je représentais tout de même le corps médical. Cela a pu constituer un frein pour certains, mais d'autres se sont peut-être sentis plus libres de leur réponses du fait de ma position extérieure.

L'enregistrement audio des entretiens a pu être à l'origine de certaines inhibitions de la part des patients -un patient m'a notamment parlé de ses activités de trafic de cannabis une fois l'enregistrement arrêté- mais a permis de palier au biais de mémoire et de réaliser une analyse à partir du verbatim.

Analyse où il existe une certaine subjectivité : j'ai identifié les éléments du discours et les ai classés en fonction de mes représentations et de mes hypothèses. De plus, les patients ayant participé à l'étude m'ont fait part de leur souhait de lire ce travail. Cela a pu induire une certaine retenue de ma part, sur les mots que j'ai utilisés, les interprétations que j'en ai faites. Pour limiter ce biais, les données ont été analysées en triangulation.

C. <u>Liés à l'échantillon</u>

Une des limites principale de cette étude est liée à l'échantillon. On peut en discuter l'exhaustivité devant l'existence de biais de recrutement.

✓ La volonté d'en parler

Au fil des rencontres avec des consommateurs, je me suis attachée à inclure des patients venant d'horizons divers mais certaines personnes ont refusé de participer. Ainsi, la première condition à la réalisation de ce travail était la motivation et la volonté des patients, et ceci constitue le principal biais de l'étude.

✓ Les femmes

Les deux refus catégoriques auxquels j'ai été confrontée venaient de femmes. Les deux consentements qui ont nécessité une réflexion préalable venaient également de femmes. Au contraire, certains hommes avec qui j'avais évoqué mon travail mais que je n'ai finalement pas inclus m'ont spontanément rappelé leur envie de participer. Cela amène un questionnement sur les représentations de genre, la parole des femmes semblant inhibée, les hommes assument-ils mieux leur consommation ? Le regard sur un homme ou une femme consommant des substances psychoactives est-il différent ? C'est le constat qui est réalisé dans le rapport Femmes et Addictions (31) paru en 2016 : « le rôle social traditionnellement attendu pour les femmes est principalement celui du « prendre soin des autres », ce qui semble antinomique avec des comportements excessifs et des prises de risques ». Les femmes consommatrices excessives de substances psychoactives semblent plus stigmatisées et le média anglais pitchfork.com en fait l'écho (32): « quand [Kurt Cobain] est un génie perturbé, [Amy Whinehouse] est une alcoolique dégénérée ».

Cela participe peut-être au fait qu'en termes de prévalence toutes les enquêtes indiquent une consommation plus importante chez les hommes que chez les femmes, l'usage actuel (dans les 12 derniers mois) concernant 15 % des hommes et 7 % des femmes de 18 à 64 ans selon le Baromètre Santé 2014 (33). C'est ce que nous avons tenté de refléter dans ce travail en incluant 4 femmes et 11 hommes.

✓ L'âge

Je n'ai recruté que des patients majeurs pour des raisons éthiques alors que la consommation de cannabis concerne également les plus jeunes. La moyenne d'âge dans cette étude était de 31,4 ans, alors que le pic de consommation régulière de cannabis dans la population française se situe entre 18 et 25 ans (33). Les adultes sont peut-être plus à l'aise ou ressentent plus le besoin d'en parler avec leur médecin. Ce point peut être mis en lien avec l'étude d'I.Obradovic (34) qui évoque une augmentation de la demande de traitement dans la population adulte mais souligne que « les plus jeunes sollicitent rarement une aide et ne ressentent aucun problème à consommer ».

✓ Le niveau de consommation

Les patients qui ont accepté de participer à ce travail ont tous eu dans leur histoire une consommation quotidienne de cannabis. Leur regard sur cette substance et sur leurs attentes envers leur médecin sont probablement différents de celui de patients qui consommeraient de façon plus occasionnelle.

Malgré ces biais, nous sommes tout de même arrivés à « saturation » et nous avons ainsi pu découvrir la singularité de la relation entre un consommateur régulier de cannabis et son médecin.

II. La force de cette étude

L'expertise collective de L'INSERM portant sur les conduites addictives (35) réalise ce constat : il existe peu d'études qui « s'intéressent aux intentions des individus, à leurs motivation, à leurs raisons d'agir » et pourtant « les motivations, les attentes et les représentations sont des déterminants clés des pratiques, d'où la nécessité d'inclure ces variables dans les études ».

Les travaux réalisés s'intéressent au point de vue du soignant (5,36–39). Il existe des études quantitatives qui s'intéressent aux niveaux de consommation, aux risques liés à l'utilisation de cette substance psychoactive et aux différents modes de repérage et de prise en charge possibles, mais on ne retrouve pas d'études s'intéressant au ressenti du consommateur de cannabis face à son médecin. La force de ce travail réside donc dans son originalité.

III. Aborder la question de la consommation de cannabis

La littérature insiste sur l'importance d'ouvrir le dialogue autour de la consommation de cannabis (34). C'est le premier pas. Il s'agit ensuite d'échanger pour évaluer les risques liés à cet usage. Une fois la consommation mieux cernée, le soignant peut mettre en place une prise en charge adaptée pour accompagner au mieux son patient. Dans ce travail, les patients racontent comment le dialogue s'est ouvert et quelle prise en charge en a résulté; mais pour certains la question du cannabis est restée en suspens.

A. Repérer la consommation

✓ Pour quels patients et de quelle manière ?

C'est en majorité les patients qui ont choisi de parler de leur consommation de cannabis à leur médecin. Ils racontent qu'ils ont saisi l'occasion, quand le médecin abordait la consommation d'alcool ou de tabac pour parler de cannabis. Ce constat fait écho au baromètre santé 2009 (2) où un quart des médecins déclaraient n'aborder la question de l'usage de cannabis qu'à la *demande du patient*.

Ils sont aussi nombreux à avoir bénéficié d'un repérage *ciblé* à l'occasion d'un problème de santé. Pour Margaux et Ronan, c'était face à des éléments dépressifs, pour Gaël, la question s'est posée devant une infection respiratoire ; ils ont alors évoqué leur consommation. Pour Bérangère, quand son médecin lui a posé la question du cannabis suite à un problème d'épilepsie, elle n'a pas souhaité en parler. Mais, par cette démarche, un espace lui était accordé et dédié pour aborder cette question. Elle a par la suite saisi cette occasion et a pu s'exprimer avec son médecin. Dans la littérature (2,34), ce mode de repérage est mis en avant par les médecins, puisque 66% *-la majorité-* déclarent n'aborder le sujet que pour certains patients jugés à risque. Il faut tout de même rappeler que la moyenne d'âge des patients de cette étude est assez élevée, qu'ils consommaient depuis plusieurs années et que leur consommation était évoquée également depuis longtemps. Les pratiques évoluant, il est possible qu'avec des patients plus jeunes ce mode de repérage soit plus présent.

Comme pour tout autre problème de santé publique, l'efficacité de la prévention primaire est supérieure à celle de prévention secondaire, comme a pu le souligner Bloch et al. dans son étude sur la détection de l'usage des drogues chez les 15-25 ans en médecine de ville (40). Alors que la prévention secondaire vise à détecter des problèmes existants pour les prendre en charge précocement, la prévention primaire vise à éviter un début de consommation ou un passage vers une consommation problématique. Cette approche ne peut aboutir que si le questionnement est *systématique*. La littérature montre par ailleurs que le repérage d'une consommation problématique est plus efficace lorsqu'il fait partie intégrante des pratiques cliniques de routine (34). Cette attitude est recommandée dans plusieurs pays, et notamment en France depuis peu (24). Dans cette étude, rares sont les patients rapportant cette manière d'aborder la question. Dans l'étude de l'OFDT, I.Obradovic (34) met aussi en lumière que les médecins « apparaissent peu enclins à aborder la consommation de cannabis avec leur patients. Seuls 8% d'entre eux abordent systématiquement la question de l'usage de cannabis avec chaque patient. »

La question du cannabis a donc été majoritairement abordée devant une *situation jugée à risque*. Un risque perçu par le consommateur, où il est souvent question dans les entretiens d'interactions possibles entre la consommation de cannabis et une prise en charge médicale ; mais également un risque perçu par le médecin, qui aborde le sujet devant un possible usage nocif. Les médecins sont en effet plus disposés à évoquer le sujet devant des problèmes (34,39), et

principalement devant un échec scolaire, des troubles du sommeil et de la concentration ou des situations de conflits...

✓ A quel moment ?

Avec son médecin traitant lyonnais, Kévin a abordé la problématique du cannabis dès la première rencontre ; il s'avère que c'était son motif de consultation. Pour Christophe, la question a également été vite abordée, sans ressentir de difficultés mais simplement parce qu'il assumait sa consommation déjà ancienne. Pour les autres patients, il s'est écoulé des années avant que le sujet ne soit évoqué, alors que l'intérêt d'un repérage précoce n'est plus à démontrer. Cela renvoie au fait que la consommation de cannabis n'était abordée que dans une situation jugée à risque.

Patrick et Cécile ont bénéficié d'un repérage systématique lors d'une consultation pour un certificat de non contre-indication à la pratique du sport. Pour autant, la relation avec leur médecin était établie depuis longtemps, la consommation de cannabis également. Il faut noter qu'ils étaient pris en charge par leur médecin de famille, qui les voyait depuis leur enfance. On peut alors se poser la question de la fréquence du repérage chez un même patient. Il n'existe pas d'études mettant en relation l'efficacité du repérage à sa fréquence (34), mais certains pays ont tout de même émis des recommandations. C'est le cas du *National Health Committee* néo-zélandais (ALAC 1999) qui se prononce pour « un repérage de l'usage d'alcool et de drogues illicites au moins tous les 3 ans pour chaque patient à partir de l'âge de 14 ans et à chaque consultation pour ceux qui présentent un risque d'usage problématique (red flag risk) ». L'académie américaine de pédiatrie (Kulig 2005) préconise quant à elle « un repérage annuel des problématiques d'usage de substances à l'adolescence ». En France, les recommandations émise par la HAS en décembre 2014 (24) sont en faveur d'un repérage au moins annuel et « en cas de risque situationnel : grossesse, précarité, conduite de véhicules, poste de sécurité, conditions de stress psychosocial (échec scolaire, examens, changement de travail, retraite, divorce, deuil, etc.) »

✓ Par quelle initiative ?

C'est de leur propre chef que les patients ont décidé d'évoquer la question du cannabis avec leur médecin. L'entourage n'est pas intervenu mais il a parfois été un soutien et une motivation supplémentaire, comme l'explique Bérangère qui n'osait pas en parler, son mari l'a encouragée dans cette démarche. A contrario pour Cécile, les discussions qu'elle a eues avec sa sœur lui ont fait peur, elle s'imaginait alors proche d'une « cure » et cela l'a freinée pour en parler avec son médecin.

On réalise le même constat avec la justice. Chaque patient qui a eu affaire aux instances judiciaires le raconte comme un fait indépendant de la relation avec son médecin, qui ne les a pas incités au dialogue.

Cette indépendance des patients est probablement à mettre en lien avec leur âge. En effet, les études montrent que pour les adolescents, la demande d'aide n'est pas spontanée, même pour des usages prononcés. Florian a notamment vécu cette situation, à 15 ans, consommant et vendant du

cannabis, il cachait sa consommation aux soignants. En 2014, une étude sur les consultations jeunes consommateurs (41) rapportait bien que la majorité des jeunes était adressés par un tiers : alors que les démarches spontanées ne concernaient qu'1 consommateur sur 5, près de 40% de l'activité de consultation était alimentés par les orientations judiciaires. Les démarches émanant de la famille représentaient 15% et les orientations par le milieu scolaire 9%.

B. Evaluer l'usage et approfondir la question

« On a plutôt survolé le sujet »

Les patients ont dans l'ensemble le sentiment d'un sujet qui a été plutôt évoqué qu'approfondi, même dans un contexte d'usage problématique.

Aucun patient n'a rapporté l'utilisation d'un questionnaire permettant d'évaluer son niveau de consommation, comme le CAST. Cela fait écho aux études réalisées auprès des médecins, comme dans la thèse de Yann Blouët (37) : « très peu s'appuient sur des outils de repérage, même les médecins ayant reçu une formation théorique ou pratique. »

Sans forcément utiliser de questionnaire, une fois l'usage repéré, il est crucial d'évaluer les circonstances de la prise de cannabis qui déterminent un usage problématique. Il faut noter que les patients de cette étude ont parlé de leur consommation de cannabis avec leur médecin traitant, voire le médecin de famille. On peut alors penser que le contexte familial et social était déjà connu du soignant.

Les techniques de « repérage précoce et intervention brève » reconnus comme efficace pour réduire la consommation d'alcool chez les buveurs qui dépassent les niveaux de risque définis par l'OMS (42) sont également adaptés à la problématique du cannabis (43). On peut reprendre les recommandations de l'HAS (24) sur le déroulement d'une intervention brève :

Informer sur les **risques** concernant la consommation de substance.

Évaluer avec le consommateur ses **risques** personnels et situationnels.

Identifier les représentations et les attentes du consommateur.

Echanger sur l'intérêt personnel de l'arrêt ou de la réduction de la consommation.

Expliquer les méthodes utilisables pour réduire ou arrêter sa consommation.

Proposer des objectifs et laisser le choix.

Évaluer la motivation, le bon moment et **la confiance** dans la réussite de la réduction ou de l'arrêt de la consommation.

Donner la possibilité de réévaluer dans une autre consultation.

Remettre une **brochure** ou orienter vers un **site**, une application, une association, un forum...

Margaux, Franck et Patrick ont reçu des informations de la part de leur médecin sur les structures compétentes pour les accompagner. Pour ces derniers et Yoan, le médecin a tenté par la

suite de réévaluer la consommation. Ce sont les seuls éléments d'une *intervention brève* que nous retrouvons dans l'histoire des patients. Il faut noter que c'est bien le consommateur qui raconte a posteriori ce qu'il a vécu, ce qu'il a retenu de ce dialogue. Il est possible que d'autres éléments aient été présents, mais il est nécessaire de constater que les patients ont le souvenir d'un sujet rapidement clos.

A l'inverse, certains patients ont le sentiment que la question a été approfondie. Ils sont une minorité. On retrouve à chaque fois une demande particulière de la part du consommateur. Sébastien voulait adapter son traitement antalgique, Bérangère et Kévin étaient en demande d'aide au sevrage.

C. <u>Une consommation passée sous silence</u>

La question du cannabis est restée en suspens pour un nombre non négligeable de patients de ce travail. C'est le cas de Jean Charbel, Florian et Floriane qui n'ont jamais évoqué le sujet avec leur médecin traitant; Kévin était dans la même situation avant son arrivée récente en région lyonnaise. Ces patients ne font pourtant pas partie des consommateurs qui ont pu hésiter à participer à cette étude. Une fois interrogés, ils ont volontiers parlé de leur consommation de cannabis.

La question est de savoir pourquoi ce sujet est resté tabou. Chaque patient tente d'expliquer ceci et la relation avec le médecin semble primordiale.

Pour Jean Charbel, la position de médecin de famille l'a effrayé, il craignait que son secret ne soit dévoilé à ses proches. Il garde pourtant un lien privilégié avec son médecin traitant, et n'hésite pas à le consulter.

Pour Florian, la relation avec son médecin n'était pas suffisante, il n'a jamais eu envie de lui en parler, il n'arrivait « même pas à vouloir lui en parler ».

Pour Floriane, c'est la relation avec les médecins de façon plus générale qui l'a freinée. Enfant, du fait de son surpoids, elle a fréquemment consulté et a le sentiment que la réponse des différents médecins était souvent la même : ce surpoids était la cause de ses problèmes, la solution résidait dans la perte de poids. Elle a eu peur que l'histoire ne se répète avec le cannabis, et contrairement à sa morphologie, elle a pu cacher sa consommation de cannabis aux médecins.

C'est bien les éléments de la relation avec leur médecin qui ont freiné la parole de ces consommateurs, et non comme on pouvait l'imaginer, le poids des représentations qui existent sur les usagers de substances illicites.

D. La place du médecin traitant et des autres soignants

✓ une place centrale?

Comme le souligne un rapport remis en 2015 à la ministre de la santé sur le système de santé (44), le cabinet des médecins généralistes est voué à occuper une place centrale dans les soins de

premier recours et notamment dans le dépistage et la prise en charge des consommations de substances psychoactives. Même si le médecin traitant peut orienter son patient vers une structure spécialisée, il centralise les informations des différents acteurs de santé et assure le suivi. Dr Vesproumis, médecin coordinateur des « consultations jeunes consommateurs » à Saint Brieuc (45) explique que les consultations sont uniques dans 70% des cas. Ceci permet de souligner l'importance de la relation avec le médecin traitant, laquelle s'inscrit dans la durée.

Aucun des patients n'a mis en avant le rôle de coordination du médecin traitant. Notons qu'aucun d'eux n'a accédé à une prise en charge spécialisée en addictologie, même si cette orientation a été évoquée. Par contre, certains ont souligné la qualité pérenne de la relation avec leur médecin généraliste.

✓ Une place privilégiée ?

En plus de leur médecin traitant, tous les patients ont eu recours à d'autres soignants. Les situations sont aussi variées que l'histoire des patients. La plupart ont avoué leur consommation aux spécialistes sans approfondir le sujet. C'était surtout le cas avec les anesthésistes, par peur d'interactions, ils ont simplement donné l'information.

Margaux est la seule à avoir mis en place une relation privilégiée avec sa psychologue, avec qui le dialogue était bien plus ouvert qu'avec son médecin traitant sur la question du cannabis. Prise en charge, elle n'a pas ressenti le besoin d'en parler à nouveau à son médecin, et son médecin n'a pas non plus réévalué sa consommation.

Au contraire, Bérangère et Sébastien insistent clairement sur le lien avec leur médecin traitant. C'est à lui qu'ils réservent le vécu de leur consommation.

L'histoire de Florian et Jean Charbel est plus troublante. Ils n'ont jamais parlé de leur usage de cannabis avec leur médecin traitant, mais l'ont évoqué sans hésitation quand je leur ai posé la question. Adulte sportif, actif et dynamique, Jean Charbel a pu échapper à un repérage ciblé. Florian présentait par contre tous les facteurs de risques d'une consommation problématique, jeune garçon en difficulté scolaire dans un contexte familial difficile.

Enfin, Floriane n'a jamais abordé la question du cannabis avec quelque soignant que ce soit. Elle n'était pourtant pas opposée à cette idée. Elle n'a jamais eu à mentir, on ne lui a jamais demandé.

Le message fort que l'on peut retenir avec l'histoire de ces patients est que les consommateurs en parlent, quelque fois spontanément, mais souvent à la condition qu'on leur pose la question. Le médecin généraliste est le mieux placé pour aborder le sujet, de par son accessibilité, de par la relation stable qu'il peut entretenir avec ses patients. S'il ne dispose pas de beaucoup de temps pendant la consultation, il dispose de la durée par la répétition des contacts avec son patient. Il peut ainsi ouvrir le dialogue et laisser le consommateur disposer de cet espace. C'est cette place privilégiée que le médecin traitant peut occuper.

IV. Une motivation certaine à aborder la question du cannabis

Pourquoi les patients ont-ils abordé la question du cannabis avec leur médecin ? Deux éléments se dégagent quand on explore le ressenti des consommateurs : une marque de confiance, une finalité rationnelle.

A. <u>Un élément stimulant : une motivation rationnelle</u>

La consommation de cannabis n'est pas sans conséquence. Les patients en sont conscients et ce principe justifie à leurs yeux leur prise de parole. Certains s'expriment car ils estiment prendre un risque : ils en parlent pour que le médecin intègre cette donnée dans sa prise en charge diagnostique. D'autres évoquent l'incidence sur la prise en charge thérapeutique, et se justifient par la peur d'une interaction possible. Enfin, certains sont motivés car en difficulté avec leur consommation ils cherchent une aide de leur médecin. Ce motif rationnel est un élément constant dans le discours des patients, mais il n'est pas suffisant pour que le consommateur se délivre.

B. <u>Un élément essentiel : la relation de confiance</u>

Quel que soit le mode de repérage et les raisons pour lesquelles le sujet a été abordé, l'une des conditions nécessaires qui ressort dans les entretiens est la relation de confiance entre le consommateur et son médecin. « Pour que le dialogue soit constructif, il est indispensable d'avoir mis en place une relation de confiance avec le patient » (45).

L'idée de vérité est dominante dans l'histoire des patients, dans un souci de respect mutuel. C'est l'élément déclencheur de l'interaction entre le consommateur et le soignant.

La relation pérenne entre le consommateur et son médecin permet aussi de libérer la parole. Le patient connaît son médecin, le médecin connaît son patient. Certains décrivent cette stabilité comme un élément qui a facilité le dialogue.

Le caractère équilibré de la relation est également décrit. Une position adaptée du soignant à la situation, exempte de jugement, a permis au consommateur de se livrer et d'approfondir la question.

Enfin, l'idée que le médecin respecte le secret professionnel a pu motiver certains.

Construire une relation et avoir confiance sont donc deux éléments récurrents dans les paroles des consommateurs. Certains patients évoquent le lien qu'ils ont pu tisser avec leur médecin traitant comme singulier : on ne se dévoile pas de la même manière quand on est face à un médecin que quand on est face à son médecin. La confiance accordée et le lien créé permettent d'aborder le sujet, et d'en parler.

V. Mais de nombreux freins

Les médecins surmontent plusieurs résistances pour parler de cannabis avec leurs patients.

Une étude qualitative réalisée aux Etats-Unis en 2007 a permis d'identifier les principaux obstacles

rencontrés par les soignants : The six T's (46).

Time: manque de temps

Training: manque de formation

Triage : difficultés de hiérarchiser les différents problèmes de santé

Treatment resources : manque de ressources thérapeutiques

Tenacious parents: difficultés des proches qui refusent de quitter la consultation, pour un

dialogue singulier entre le patient et le médecin.

Tools : méconnaissance des outils de dépistage

En 2014, un travail qualitatif de P.Vorilhon et de son équipe de Clermont-Ferrand réalisé

auprès de 24 médecins généralistes auvergnats (36) reprend ces éléments du six T's mais retrouve

aussi comme obstacle les réponses de patients satisfaits de leur consommation ou minimisant les

effets du cannabis. Dans cette étude, ce sont les résistances des patients à parler de leur

consommation qui sont mises en lumière. Les freins évoqués par les médecins sont cités par les

patients, mais ils abordent d'autres aspects.

A. Des freins inhérents au consommateur

Bien qu'ils espèrent que le médecin les écoute plutôt qu'il ne les condamne, la *peur*

d'être jugé est souvent évoquée. Les patients constatent que dans la société, les consommateurs de

cannabis sont stigmatisés, Christophe explique « la façon normale de penser, c'est fumeurs de joints =

drogués ». Ils craignent que la situation ne soit identique dans le cabinet de leur médecin.

Dans l'enquête EROPP 2013 (18), le cannabis est effectivement la première drogue citée

spontanément par les Français (86%) à la question « quelles drogues connaissez-vous, ne serait-ce que

de nom ? ». Sa consommation est considérée comme « très dangereuse » par 47% des Français

interrogés, et dangereuse dès l'expérimentation pour 54% d'entre eux.

Olivier Bertrand a interrogé les médecins à travers une étude réalisée en 2014 auprès de 2186

médecins généralistes lorrains (47). Il montre que les médecins surestiment les dommages du cannabis

par rapport aux avis d'experts, alors que ce n'est pas le cas pour les produits licites.

Le regard de la population générale et des médecins généralistes en particulier semble sévère vis-à-vis

du produit mais aussi vis-à-vis des consommateurs. La crainte des patients parait ainsi justifiée.

Etre réduite au statut de consommateur de cannabis a empêché Floriane de se livrer.

Marquée par la prise en charge de son surpoids, se sentant résumée à cette problématique, elle a eu

peur que ce schéma ne se reproduise avec le cannabis. Elle a souvent comparé sa consommation de

(CC BY-NC-ND 2.0)

cannabis à son alimentation, et a eu *peur de n'être qu'une consommatrice* face au médecin, plutôt que d'être prise en charge dans sa globalité médico-psycho-sociale.

La consommation de cannabis étant interdite en France et passible de sanctions, le non-respect du secret professionnel est une source d'inquiétude pour la majorité des patients. Cette appréhension est aussi marquée pour le médecin de famille, les patients craignent alors que le médecin ne dévoile leur consommation à leurs proches. Rappelons que le secret médical reste absolu et intangible (48). Même pour un patient mineur, l'intervention auprès de l'entourage ne peut avoir lieu qu'après son accord. Pour faciliter le dialogue, le médecin pourrait clairement expliquer au consommateur ce droit fondamental dont il dispose.

✓ L'absence de problématique ressentie est un obstacle révélé par quelques patients. Ne se sentant pas en difficulté, ils ne trouvent pas de grand intérêt à aborder cette question. Les médecins peuvent aussi être freinés par ce sentiment, comme le montre le travail de P.Vorilhon (36). Pourtant, l'absence de problématique ressentie ne signifie pas forcément l'absence de problème, et c'est au médecin de déterminer, avec le patient, quel est le type d'usage. Le repérage positif de la consommation n'est pas forcément un diagnostic, mais bien une démarche préventive.

Certains patients se sont exprimés sur leurs *inhibitions*, sur certains aspects de leur consommation qu'ils n'ont pas évoqués avec leur médecin. Dans ces entretiens, c'est le niveau de consommation et « les mauvais côtés » qui n'étaient pas abordés. Pourtant, une fois de plus, quand la question leur a été posée, ils ont répondu. Dans l'article de S. Berrier (45), le Dr A. Feltz réalise ce constat : « nous nous apercevons que lorsque l'on pose des questions sur leurs pratiques ou leur consommation, les personnes répondent facilement ». En osant questionner, le patient ose en parler. L'interaction entre le patient et le médecin est alors plus grande et l'alliance thérapeutique est d'autant plus forte.

B. Des freins inhérents au médecin

✓ Le vécu d'un *discours moralisateur* du médecin a pu limiter le dialogue. Cette idée renvoie à une position paternaliste du médecin : pensant détenir le savoir et être objectif, il explique les méfaits de la consommation, sans comprendre la position du patient. Cette approche ne peut aboutir : le patient n'est pas écouté, le médecin n'est pas entendu. C'est le constat de certains patients qui regrettent un *manque d'écoute* de la part du médecin, locuteur plutôt qu'auditeur.

✓ Le *manque de temps* est déploré par les médecins eux-mêmes, mais les patients interrogés percevaient plutôt leur médecin comme quelqu'un de disponible. Un patient expliquait qu'il n'avait jamais consacré une consultation avec son médecin à la question du cannabis, c'était un sujet parmi d'autres. Les recommandations d'intervention brève émises par l'HAS (24) sont critiquées par

les médecins qui font face à leurs patients et à leurs problématiques nombreuses et qui jugent difficile de ne dédier la consultation qu'à la problématique du cannabis. Une consultation dédiée peut être proposée, mais les consommateurs risquent de ne pas adhérer à cette proposition, notamment quand le cannabis n'est pas source de difficultés pour eux.

- Autant *la relation médecin-patient* peut-être une force, autant elle peut constituer une faiblesse et freiner le dialogue. Les consommateurs évoquent notamment la relation avec le médecin de famille, assez ambivalente. Ils sont face à un médecin qui les connait depuis longtemps, qui connait bien le contexte familial, mais face un médecin qu'ils n'ont pas choisi initialement, à qui ils n'osent pas forcément avouer les comportements à risques qu'ils adoptent. Ils pourraient changer de médecin, mais il existe souvent un lien d'attachement qui les limite dans cette démarche. Les médecins de l'étude clermontoise (36) évoquaient également cette position ambivalente du médecin de famille.
- ✓ Les patients ont dénoncé dans cette étude la *méconnaissance des problématiques* liées à la consommation de cannabis par les médecins. Pour une prise en charge adaptée, il semble essentiel que le médecin soit formé, pourtant, S. Berrier déplore (45) « que la formation initiale est peu diserte en matière de prévention des addictions ». Le sentiment des patients est partagé par les médecins (36).

Dans la revue de la littérature, I.Obradovic (34) fait le lien entre une carence dans le dépistage des consommateurs de cannabis et le manque d'information des médecins sur le cannabis. Pour développer le repérage par les médecins, il est nécessaire qu'ils soient conscients des risques, qu'ils soient capables d'identifier leurs représentations et celles du patient sur le cannabis. Ainsi, « L'information des médecins de premiers recours s'impose comme un pré-requis incontournable ». Dans le rapport de l'INSERM (35), le groupe d'experts recommande donc de « créer des modules spécifiques d'enseignement en addictologie (formation de base) dans les filières de santé » pour renforcer la nécessaire formation des intervenants. Les médecins plébiscitent également les formations complémentaires à travers le développement professionnel continu.

La capacité limitée de prise en charge est également évoquée à de nombreuses reprises. Notons que par « prise en charge », les patients entendent « aide au sevrage ». Dans l'étude qualitative de Clermont-Ferrand (36) ce frein est également exprimé par les praticiens. Il est vrai qu'il n'existe pas de traitement médicamenteux spécifique pour traiter la dépendance au cannabis, certains médicaments — anxiolytiques ou antidépresseurs- sont utilisés pour accompagner le sevrage. Mais d'autres outils existent et sont reconnus efficaces: ce sont les approches psychothérapeutiques.

VI. Les attentes en termes de prise en charge

De l'écoute de ces consommateurs, nous pouvons tirer des enseignements quant aux rôles des médecins en soins primaires. Ce que certains attendent, d'autres l'ont vécu et certains le suggèrent.

A. Liées aux attitudes du médecin

La posture clinique du soignant est une nouvelle fois décrite par les patients, elle est une des

premières attentes du consommateur quand il consulte son médecin. Une position adaptée a été un

élément motivant au dialogue, une relation déséquilibrée a freiné l'interaction. Cela illustre

l'importance de l'attitude du médecin, qui d'après les consommateurs se fonde sur deux principes

immuables.

Ecouter

Rester objectif

Les patients recherchent en premier lieu un médecin qui s'adaptera à leur demande. Pour cela

l'écoute est indispensable, elle permettra de comprendre ce que le patient recherche. Une attitude

empathique et une approche exempte de jugement sont essentielles. Le soignant doit éviter la

stigmatisation de l'usage de cannabis, et doit réussir à déstigmatiser la consommation par le dialogue

avec son patient. Dans la revue de la littérature de C.Laporte (12), ce point est mis en avant « le

médecin doit adopter une posture d'expert de santé et faire abstraction de ses représentations et du

débat sociétal sur la manière d'aborder ce produit. »

B. <u>Liées aux actions du médecin</u>

Une fois la manière d'être définie, les patients se sont attachés à décrire la façon d'agir. Les

représentations des consommateurs suivent trois principes.

Accompagner.

Aider.

Orienter.

✓ Par *accompagner*, les patients imaginent plusieurs démarches accessibles au médecin

traitant.

Il peut dans un premier temps explorer les pratiques du patient, lui permettant ainsi d'évaluer les

risques liés à l'usage de cannabis. Le médecin peut alors aider le patient à prendre conscience de sa

consommation et l'informer sur les risques associés. Ce conseil minimal semble tout à fait accessible

au médecin généraliste.

Les patients attendent également que le médecin repère les dommages liés à la consommation. Si un

problème de santé peut-être lié au cannabis, ils espèrent que le médecin puisse évoquer cette

substance comme responsable de cet état, mais sans pour autant tout relier à cet usage. Les risques

liés à la consommation de cannabis sont étudiés et de mieux en mieux connus des chercheurs, reste à

diffuser l'information aux acteurs de santé pour qu'ils puissent répondre au mieux aux attentes de

leurs patients.

Les consommateurs supposent alors que le médecin pourra les **guider vers une réduction ou un arrêt de la consommation.** Jean Charbel explique qu'un médecin qui comprend les pratiques de son patient, ses raisons d'agir et de consommer a la possibilité de proposer une alternative à cet usage.

✓ Par aider, les patients évoquent le rôle du médecin comme soutien pour le sevrage de l'usage de cannabis. L'intention présente, le médecin pourra soutenir le patient dans son parcours d'arrêt, de la préparation à l'action, puis à la consolidation du sevrage. Ces différentes étapes font parties du cycle de Prochaska qui décrit les étapes d'un changement de comportement. Pour soutenir le patient dans ce changement, plusieurs approches psychothérapeutiques ont fait la preuve de leur efficacité : l'entretien motivationnel, les thérapies cognitivo-comportementales et les thérapies familiales.

La première intervention et la plus exploitable en médecine de premier recours est **l'entretien motivationnel**. L'efficacité de cette technique, qui conduit le patient à réfléchir sur ses motivations et sur ses freins au changement, puis l'encourage dans cette démarche, est bien reconnue.

Largement utilisées dans la prise en charge des conduites addictives, les **thérapies cognitivo-comportementales** ont fait la preuve de leur efficacité. On peut citer le programme allemand CANDIS initié en 2004, qui a permis d'étudier une approche mixte fondée sur cette thérapie associée à la résolution des problèmes psychosociaux chez des adolescents. Les résultats (49) sont probants : à la fin du traitement, durant 8 à 12 semaines, la moitié des patients ont arrêté de consommer et 30% ont réduit leur consommation. A distance du traitement, la réduction des risques liés à l'usage de cannabis restait significative.

Adaptées à un jeune public, les **thérapies familiales** ont également leur place dans la prise en charge des adolescents consommateurs. La thérapie familiale multidimensionnelle (MDFT: MultiDimensional Family Therapy) a été développée aux Etats Unis à l'université de Miami. Elle repose « sur une démarche pragmatique postulant l'importance du fonctionnement du couple par ental dans la conduite addictive de l'adolescent » (7). Les études outre-Atlantique de cette approche sont nombreuses et ont confirmé l'efficacité de cette thérapie.

En 2003, un comité français, belge, allemand, hollandais et suisse constate qu'il manque, au niveau européen, des protocoles thérapeutiques ayant prouvé leur efficacité sur la consommation problématique de cannabis à l'adolescence. C'est ainsi que le programme INCANT (pour INternational Cannabis Need of Treatment) (50,51) voit le jour : l'objectif est d'évaluer les thérapies familiales par rapport aux diverses thérapies utilisées habituellement. En effet, on retrouve une hétérogénéité des pratiques entre chaque pays et entre chaque centre dans un même pays. Entre ces pays, on retrouve des similitudes dans les modalités de suivi : en termes de fréquence et en termes de processus mis en œuvre avec le patient -l'alliance thérapeutique, l'accompagnement au changement, la consolidation-. Mais on retrouve aussi des spécificités : en termes d'origine de la demande -la famille, le milieu scolaire ou judiciaire- et en termes d'approche thérapeutique -l'entretien motivationnel, les thérapies

cognitivo-comportementales et les approches psychodynamiques-. Ce projet INCANT a permis de valider la thérapie familiale multidimensionnelle, mais il a aussi permis d'échanger sur les savoir-faire spécifiques à chaque pays et d'enrichir les pratiques de chacun.

En dehors d'une formation complémentaire, ces approches ne sont pas du ressort du médecin généraliste. Il est par contre utile de les connaître, afin de les proposer aux consommateurs quand la situation le rend nécessaire.

✓ Les patients attendent enfin d'être *orientés* par leur médecin. Ils estiment que le rôle du médecin généraliste est limité, mais ils pensent que c'est à lui que reviennent la capacité et les connaissances pour les orienter vers les structures spécialisées les plus adaptées.

Ce réflexe d'orientation est pourtant peu intégré par les médecins de premiers recours sur la question du cannabis. En témoignent les sources d'orientation vers les consultations jeunes consommateurs, les patients adressés par leur médecin représentent moins de 5% de l'activité de ces structures (41). L'HAS recommande (24) aux professionnels de santé d'accompagner le consommateur dans la durée, et de proposer une consultation type entretien motivationnel ou consultation en addictologie « en cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance ». En pratique, les médecins ignorent les moyens à leur disposition (39). L'articulation entre les acteurs de première ligne et les dispositifs spécialisés est à améliorer. Il semble nécessaire de mettre en place des réseaux coordonnés, où les médecins généralistes pourraient rencontrer et s'informer sur les activités des centres spécialisés à proximité.

Les principaux acteurs publics de prévention - *le ministère de la santé, l'INPES et la MILDECA*-, conscients de ce déficit d'information, ont diffusé en 2015 un livre d'information *Drogues et Conduites Addictives* (6) destiné aux professionnels de santé, dont le but est d'apporter des connaissances utiles à leurs missions, et notamment celle d'orienter vers les dispositifs d'accompagnement et de soins à disposition. Il sera intéressant d'étudier l'impact de cette campagne sur les pratiques des médecins généralistes.

C. Quelques suggestions

Pour améliorer le dialogue et la prise en charge des consommateurs de cannabis, les patients de cette étude ont évoqué plusieurs solutions. Certaines font appel aux actions du médecin, d'autres sont d'ordre plus général.

De façon concrète, le médecin peut agir :

En posant la question de la consommation, pour déclencher le dialogue.

En se formant sur le cannabis, pour améliorer la prise en charge.

En participant à des actions de prévention, pour inciter au dialogue.

Certains patients se demandaient si les personnes répondraient avec sincérité si on leur posait la question. C'est l'un des freins exprimé par les médecins de l'étude qualitative clermontoise (36) qui doutaient de la franchise des réponses des patients sur leur consommation de cannabis. Même si certains mentiront, d'autres répondront sincèrement.

De façon plus générale, la question du caractère illicite du cannabis est posée par les patients. A l'instar du débat existant dans l'Hexagone, les consommateurs sont partagés. Il y a les partisans de la révision du statut de ce produit, évoquant une dépénalisation ou une légalisation. La dépénalisation consiste à renoncer à punir légalement un acte considéré jusque-là comme un délit, sans remettre en cause l'interdit légal. La légalisation consiste à lever les contraintes légales qui pèsent sur l'usage et le commerce de cannabis (4). Pour les patients, le produit légalisé serait de meilleure qualité car contrôlé et les consommateurs moins stigmatisés auraient plus de facilité à en parler avec leur médecin. A l'opposé, des patients imaginent une explosion de la consommation de cannabis, ou l'escalade vers d'autres produits illicites si la consommation de cannabis n'était plus sanctionnée en France. Le débat reste donc entier chez les consommateurs de cannabis, comme dans la communauté médicale française. L'Académie nationale de Médecine dénonce et met en garde contre les conséquences de la consommation de cannabis et se prononce pour un maintien de l'interdiction. Par la voix de leur président, le psychiatre Alain Rigaud pour l'association nationale de prévention en alcoologie et addictologie (ANPAA) et le psychologue Jean-Pierre Couteron pour la Fédération Addiction, ces associations demandent que soit étudiée la possibilité d'une légalisation du cannabis et se déclarent favorables à une dépénalisation de l'usage privé. Pour Jean-Pierre Couteron (4), la priorité est « d'adapter nos réponses aux caractéristiques de nos sociétés, ce qui nécessite la réorganisation des stratégies de prévention, de soin, de réduction des risques, et donc des règles et lois. Dépénaliser l'usage privé chez l'adulte, celui qui ne met pas en danger autrui et ne trouble pas l'ordre public, redonnerait à la loi sa légitimité naturelle, celle d'agir là où elle est utile : mise en danger d'autrui, trouble à l'ordre public et limitation des accès par des règles précises. Et permettrait aussi de laisser à l'éducation et à la santé ce qui relève de leurs compétences ».

VII. La relation de façon générale

Les consommateurs de cannabis sont avant tout des patients qui consultent leur médecin.

Quand nous abordions les motifs de consultation, la majorité des patients se considérait comme de « petits » consommateurs de soins ; ils consultaient leur médecin pour des infections, de la traumatologie ou pour obtenir un certificat médical. D'autres étaient amenés à consulter plus régulièrement ; quand ils étaient porteurs d'une pathologie d'évolution chronique, qu'elle soit d'ordre somatique ou psychiatrique. Si pour certains la répétition des contacts a permis d'approfondir la question du cannabis avec leur médecin, ce n'est pas le cas pour tous.

Quand nous évoquions le ressenti des patients face à leur médecin traitant, ils se sentaient plutôt à l'aise. Certains revendiquaient l'absence de craintes à côtoyer un médecin, d'autres estimaient que leurs besoins étaient simples à prendre en charge. Rares sont les patients qui ont exprimé des difficultés à consulter leur médecin traitant, certains ont évoqué la « peur du médecin » de façon plus générale, sans impliquer la relation tissée avec leur médecin.

Des patients ont exprimé l'opinion favorable qu'ils avaient de leur médecin traitant, ils ont mis en avant la relation équilibrée et durable entretenue avec lui. Ces propos rejoignent les enquêtes réalisées en population générale. Un sondage effectué en 2014 auprès de 3560 français par le réseau social Carenity - «la première communauté de patients en ligne » - montrait que 96% des français faisaient confiance à leur médecin, et qu'ils étaient 78% à juger que leur médecin faisait preuve d'une grande écoute à leur égard. Dans l'enquête de l'institut Harris Interactive réalisée pour la fondation MACSF (52), la confiance et l'écoute étaient les termes les plus récurrents quand on demandait aux patients de définir les bases de la relation médecin-patient.

VIII. Comprendre les représentations

Les conduites addictives sont des pratiques sociales : elles font sens pour les consommateurs et satisfont des besoins. Le Baromètre santé 2009 (2) réalisé auprès des médecins généralistes relève qu'ils sont nombreux à considérer « qu'analyser les motivations de l'usage et comprendre le sens qu'il revêt pour les usagers » est nécessaire pour « apporter une information et une prise en charge adaptée ». L'un des objectifs de ce travail était d'analyser ces représentations.

A. Les effets recherchés

Un but hédonique, une pratique sociale et une finalité thérapeutique. Ce sont les motivations des patients à consommer du cannabis et ces différents aspects s'entremêlent souvent dans l'histoire des patients.

L'effet de plaisir et de détente est la première motivation évoquée par les patients. C'est souvent la première expérience qu'ils ont eue et c'est le sentiment qu'ils tentent de retrouver en consommant à nouveau du cannabis.

Les premières consommations font souvent appel à un besoin de se construire socialement. Les patients parlent de leurs premières expériences comme d'une pratique de groupe, et leur consommation actuelle comme un lien entre pairs. Le cannabis permet aussi de dépasser certaines barrières, d'aborder certaines personnes ou certains sujets, en étant ivre sans être saoul.

Le cannabis leur permet aussi d'apaiser certains maux. Ce n'est pas ce qui les pousse à expérimenter le produit, mais cette tentative leur permet d'entrevoir des vertus thérapeutiques qui les incitent à consommer à nouveau. Les consommateurs évoquent l'effet apaisant du cannabis sur les souffrances physiques ou morales, et le justifient par l'utilisation médicale faite du THC dans certains

pays. La fréquence des troubles anxieux et dépressifs est augmentée chez les consommateurs de cannabis. Cause ou conséquence, l'usage du cannabis soulage objectivement la souffrance liée à ces troubles. Il est primordial de rechercher cette dimension auto thérapeutique dans la consommation de cannabis, pour identifier les situations de « craving » avec le patient, ce moment où le patient ressent le besoin de consommer.

Les patients ont des manières différentes de vivre, de concevoir ou de donner du sens à leur consommation. Quelle que soit la substance psychoactive, on retrouve ces fonctions hédonique, sociale et auto thérapeutique. En fonction de la substance mais aussi des circonstances, ces aspects sont plus ou moins importants. Ce champ de recherche est sous-investi en France, les travaux étant centrés sur des approches socio-démographiques ou pathologiques de la consommation de cannabis. L'expertise de l'INSERM (35) insiste sur la nécessité de développer la recherche qualitative dans ce domaine. C'est dans ce contexte que le projet ARAMIS (Attitudes, Représentations, Aspirations, et Motivations lors de l'Initiation au Substances psychoactives) a été lancé en 2015 par l'OFDT (53).

B. Les effets subis

Quand la question des risques liés au cannabis a été abordée, les consommateurs ont tous marqué un temps de silence. Parler des risques n'était pas habituel pour eux, certains ne les concevaient pas et d'autres ne voulaient pas y penser mais certains y ont été confrontés. L.Dany a étudié les représentations sociales des drogues et du cannabis et il décrit cet aspect pour les consommateurs (54): « Le cannabis est perçu sous un angle de proximité instrumentale et investi de significations hédonistes, quant aux références à la dangerosité de la substance, elles sont absentes. »

La question de la dangerosité a donc été posée. Le terme de drogue a été proposé aux consommateurs et ils l'ont accepté sous certaines conditions. Ils suggèrent que ce ne sont pas les propriétés pharmacologiques du cannabis qui en font une drogue, mais la façon de le consommer. Pour illustrer cette idée, la comparaison avec l'alcool est quasi systématique : on peut consommer de l'alcool sans être alcoolique, on peut consommer du cannabis sans pour autant être un drogué. Dans son étude, L.Dany montre que les consommateurs de cannabis incluent davantage l'alcool dans l'univers de la drogue que les non consommateurs ; « s'agit-il dès lors, d'une attitude « défensive » pour atténuer le marquage social « négatif » de la consommation de cannabis [...], ou l'expression de l'intégration des nouveaux discours de prévention (inclusion des substances psychoactives en dehors de leurs statuts légaux) » (54). La comparaison du cannabis avec les autres substances illicites est également prépondérante dans le discours des patients. Le caractère « naturel » du chanvre et son faible pouvoir addictif en font une drogue différente des autres, même s'ils reconnaissent consommer des produits de plus en plus dosés en THC.

Les consommateurs ont tendance à évacuer la question des risques liés à la consommation de cannabis, mais après un certain temps de réflexion, ils sont capables de les évaluer.

Les conséquences physiques aiguës de la consommation de cannabis sont identifiées et décrites mais ne font pas l'objet de craintes particulières pour les patients. Certains ont tout de même parlé des risques que cela pouvait entraîner pour la conduite de véhicules. A plus long terme, les problèmes respiratoires sont évoqués souvent par analogie avec le tabac. Les autres effets somatiques possibles sont peu ou pas décrits. Une des consommatrices venait d'arrêter sa consommation du fait de sa grossesse imaginant, sans pouvoir les décrire, les conséquences possibles de l'usage de cannabis sur le fœtus.

Les patients ont plutôt évoqué les conséquences neuropsychiatriques. Les premiers risques abordés et les plus racontés sont les troubles de la mémoire et de l'attention. Ils décrivent ce risque lors de la prise mais certains se rendent compte de l'impact que le cannabis peut avoir à plus long terme sur les performances mnésiques. Le lien avec certaines pathologies psychiatriques est évoqué, comme pour la dépression ou l'anxiété, sans pouvoir établir la direction de ce lien : cause ou conséquence.

L'aspect addictif est décrit par une majorité des patients même si certains revendiquent leur indépendance vis-à-vis de cette substance. Ils décrivent différents traits de l'addiction au cannabis : une consommation qui prend du temps, un besoin récurrent ou de plus en plus grand, un mal-être en l'absence du produit et une forme d'emprisonnement. Les contradictions sont fortes dans le discours des patients. Ils parlent d'une drogue différente des autres substances psychoactives par son faible pouvoir addictif et reconnaissent une dépendance au cannabis parfois aliénante. Soulignons que les patients de cette étude consommaient du cannabis régulièrement depuis plusieurs années. La question de la dépendance n'a pas été évoquée quand ils parlaient des risques liés au cannabis, mais quand ils parlaient de leur histoire avec la substance.

C. Un récit de vie

Les patients ont décrit leur parcours avec le cannabis. Consommant depuis plusieurs années, le cannabis faisait partie de leur vie. Ils ont évoqué les débuts motivés par la soif de découverte et l'envie de partage. Puis ils ont expliqué comment ils ont intégré cette pratique, comment leur consommation s'est intensifiée ; de façon progressive ou plus subitement dans certaines circonstances. Nous nous sommes donc interrogés sur l'influence de l'environnement social et des événements de vie sur l'usage du cannabis, mais aussi sur le retentissement de cette consommation sur le plan social.

Certains patients justifient leur consommation par un environnement familial difficile qui les a poussés à trouver des échappatoires. Beaucoup parlent des difficultés qu'ils ont rencontrées comme un prétexte pour majorer leur usage, faisant référence à l'aspect auto thérapeutique de leur consommation. Les patients s'accordent à dire que l'environnement a influencé leur consommation, mais à l'inverse, le consensus n'est pas de mise quand ils évoquent le possible retentissement social

de la consommation de cannabis. La majorité des consommateurs ne pensait pas que leur usage de cannabis impactait leur environnement familial ou professionnel. Ils revendiquaient la capacité de gérer le quotidien, même en ayant consommé. Pourtant, plusieurs ont raconté les difficultés qu'ils ont rencontrées dans la recherche d'un emploi et ont émis l'hypothèse que le cannabis ne les avait peut-être pas motivés dans cette démarche. De façon paradoxale, ils ont majoritairement dénoncé les répercussions scolaires de la consommation de cannabis : c'est la population adolescente qui est à risque pour eux, et non la population adulte dont ils font partie. La littérature s'accorde effectivement sur le fait que la consommation est d'autant plus risquée que l'usage est précoce, mais les répercussions restent présentes à tous les âges.

Quelle que soit les conséquences de leur consommation, certains consommateurs ont cheminé et envisagé le sevrage. Certains en sont au stade de l'intention et d'autres en sont à l'action. C'est une action qu'ils ont tous entrepris seuls, sans que leur médecin ne les aide dans cette étape.



Nom, prénom du candidat : MEJEAN, Virginie

CONCLUSIONS

De par son ampleur, on ne peut ignorer la consommation de cannabis en France. Le plan gouvernemental de lutte contre les drogues et conduites addictives 2013-2017 place les médecins de premier recours au cœur du dispositif pour prévenir les risques liés à laconsommation de substances psychoactives, et notamment de cannabis. Pour qu'elles soient efficaces, il faut que la prévention et l'éducation à la santé soient directement rattachées au contexte dans lequel évolue le patient. Ainsi, pour repérer, évaluer et prendre en charge un consommateur de cannabis, le médecin traitant peut occuper une place centrale de par son accessibilité, de par la relation pérenne qu'il peut entretenir. Pourtant, les médecins expriment des difficultés pour accompagner leurs patients consommateurs de cannabis, certains n'évoquent même pas cette question en consultation.

Dans cette étude qualitative par entretiens semi-dirigés, c'est le regard de 15 patients qui est mis en lumière. Ces patients consommaient du cannabis régulièrement, et souvent quotidiennement, depuis plusieurs années. L'objectif était de comprendre les freins et les motivations de ces consommateurs à aborder la question du cannabis avec leur médecin et repérer ce qu'ils attendent de cette interaction, mais aussi d'entrevoir leurs représentations sur la substance.

L'écoute des patients a montré que deux conditions doivent être réunies pour qu'ils prennent la parole. La première condition est la conscience de prendre un risque ou le besoin d'être aidé. La seconde condition, essentielle, est la relation de confiance tissée avec le médecin; une position bienveillante du soignant permet de parler du cannabis, l'empathie et l'écoute permettent d'approfondir la question.

Les patients font face à de nombreux obstacles pour aborder la question du cannabis avec leur médecin. Certains sont en lien étroit avec le patient comme la peur d'être jugé, la peur d'être réduit au statut de consommateur, l'absence de problématique ressentie ou la peur du non-respect du secret professionnel. D'autres obstacles sont liés au médecin et à son attitude au cours de la consultation. Des consommateurs rapportent un manque d'écoute de la part de leur médecin, qui a pu adopter un



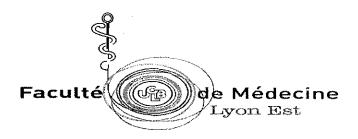
discours moralisateur inaudible par le patient car souvent inadapté à sa problématique. Une capacité limitée de prise en charge et surtout une méconnaissance des médecins sur les problématiques liées à l'usage de cannabis sont également évoquées par les patients.

Certains patients n'ont pas abordé le sujet de leur consommation de cannabis avec leur médecin traitant. Ceux qui en ont parlé n'ont pas réussi à dévoiler certains aspects de leur consommation, comme la relation de dépendance qu'ils avaient avec le produit. Mais quelle que soit la situation, que le sujet soit totalement ou partiellement tabou avec le médecin traitant, ces consommateurs ont pu se confier à un ou plusieurs médecins, à la condition que les questions aient été posées par le médecin.

Les attentes des consommateurs de cannabis en termes de prise en charge concernent d'abord l'attitude du médecin, qui devrait être fondée sur l'écoute et l'objectivité. La première action imaginée par les patients consiste à repérer l'usage et donc à poser la question. Le soignant peut alors accompagner son patient, en évaluant les risques liés à cette consommation, en repérant les dommages causés par cet usage et en le guidant vers une réduction ou un sevrage. Quand le consommateur est prêt au changement, il attend une aide et un soutien de son médecin. Enfin, certains patients attendent surtout de leur médecin qu'il les oriente vers les structures spécialisées.

Le regard des patients sur le cannabis était ambivalent : il était assimilé à un médicament source de maladie, un calmant source de stress, un moyen de partager qui pouvait isoler, un moyen de s'évader qui rendait captif. Il est utile pour le médecin d'identifier ces paradoxes pour accompagner le patient vers le changement. L'aspect de temporalité est également important car la fonction et le regard sur le cannabis évoluent au fil de l'histoire de la consommation et un consommateur qui découvre la substance n'est pas dans les mêmes dispositions d'écoute que celui qui tente de s'en affranchir.

De l'écoute de ces consommateurs, nous retenons que le dialogue entre un patient et son médecin autour de la question du cannabis n'est pas aisé. Nous formulons des propositions pour améliorer la prise en charge des patients consommateurs de cannabis. Il est primordial de renforcer la formation initiale des médecins, mais aussi de développer la formation professionnelle continue. Ces formations pourraient aborder différentes thématiques : comment évoquer la question ? Que dire au patient ? Comment évaluer les risques ? Comment l'accompagner ? Comment l'orienter ? Ces formations nécessitent l'intervention d'experts, médecins, psychologues, sociologues mais pourraient être largement enrichies par l'intervention des patients eux-mêmes. Il semble nécessaire de former et de promouvoir des réseaux coordonnés de prise en charge spécialisée incluant



le médecin généraliste afin d'orienter au mieux le patient. Comprendre le regard du consommateur sur le cannabis est essentiel pour comprendre ses réactions face aux actions du médecin. Ce domaine en recherche qualitative mérite donc d'être développé.

Le Président de la thèse,

VU:

Pour Le Président de l'Université

h Jament CETRULIANT

VU:

Le Doyen de la Faculté de Médecine

FACULTÉ DE MÉDECINE

Lyon-Est

Professeur Gilles RODE

Vu et permis d'imprimer Lyon, le

2 1 OCT. 2016

BIBLIOGRAPHIE

- Loi n° 2004-806 du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique [En ligne]. 2004-806 9 août 2004. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000787078
- Guignard R, Beck F, Obradovic I. Baromètre Santé médecins généralistes 2009: prise en charge des addictions par les médecins généralistes [En ligne]. Paris: INPES; 2009 p. 177-204.
 Disponible: http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1343.pdf
- 3. Cannabis. Dans: Wikipédia [En ligne]. 2016 [cité le 1 nov 2016]. Disponible: https://fr.wikipedia.org/w/index.php?title=Cannabis&oldid=131249310
- 4. Julienne M. Le cannabis? Comprendre vite et mieux. Belin. 2013. 79 p. (infographies).
- 5. PAN J-P. Le médecin généraliste face à la consommation de cannabis (enquête qualitative réalisée en 2007 auprès de seize médecins généralistes installés dans le Finisètre Nord), en ligne]. Brest, France: université de Bretagne occidentale; 2007. Disponible: http://www.sudoc.fr/121811492
- 6. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Drogues et Conduites Addictives. INPES éditions. 2014. 224 p.
- 7. Richard D. Le cannabis et sa consommation. Armand Colin. 2009. 127 p. (128).
- 8. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Martinez M, Néfau T. Substances psychoactives en France: tendances récentes (2014-2015). OFDT. Tendances. déc 2015;(105):1-6.
- 9. Addictions, le portail des acteurs de santé [En ligne]. Les niveaux d'usage de substances psychoactives; [cité le 1 nov 2016]. Disponible: http://intervenir-addictions.fr/intervenir/les-niveaux-dusage-substances-psychoactives/
- 10. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5. Washington: APA; 2013.
- Ades J-E, Beck F, Ben Lakhdar C, Cadet-Taïrou A, Canarelli T, Costes J-M, et al. « Cannabis, données essentielles », Ouvrage collectif sous la direction de Coste JM [En ligne]. Saint Denis : OFDT; 2007 p. 229. Disponible: http://www.ofdt.fr/publications/collections/rapports/ouvrages-collectifs/cannabis-donnees-essentielles/
- 12. Laporte C, Hamma S, Dupouy J, Kinouani S, Pautrat M, Authier N, et al. Médecins généralistes et cannabis en France: interroger les jeunes sur leur consommation? exercer. 2016;27(125):120-9.
- 13. [En ligne]. Cannabis Synthèse des connaissances OFDT; [cité le 2 nov 2016]. Disponible: http://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/#lp
- 14. Dailymotion [En ligne]. Colloque Jeunes et cannabis 11 février 2016 Intervention d'Etienne Hirsch, Directeur de l'ITMO Neuroscience vidéo Dailymotion; [cité le 12 avr 2016]. Disponible: http://www.dailymotion.com/video/x3zkg72
- 15. [En ligne]. Dommages somatiques induits par le cannabis; [cité le 1 nov 2016]. Disponible: http://www.cannabis-medecin.fr/index.php/dommages-somatiques

- 16. Cottencin O, Bence C, Rolland B, Karila L. Conséquences somatiques de la consommation de cannabis. Rev Prat. déc 2013;63(10):1430-2.
- 17. Nutt DJ, King LA, Phillips LD, Independent Scientific Committee on Drugs. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet Lond Engl. 6 nov 2010;376(9752):1558-65.
- 18. Tovar M-L, Le Nezet O, Bastianic T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues. OFDT. Tendances. oct 2013;(88):1-6.
- 19. Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses [En ligne]. 70-1320, JO du 2 janvier 1971 31 déc 1970. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000000321402
- 20. Ministère de la justice, Direction des affaires criminelles et des grâces D, HUET JM. Circulaire CRIM 05-1-G4 du 8 avril 2005 relative à la lutte contre la toxicomanie et les dépendances. 2005.
- 21. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [En ligne]. Paris : MILDECA; 2013 p. 121. Disponible: http://www.drogues.gouv.fr
- 22. Office des Nations unies contre la drogue et le cime. Rapport mondial sur les drogues. Vienne : UNODC; 2015.
- 23. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nezet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues en France en 2014. OFDT. Tendances. mars 2015;(99):1-8.
- 24. Haute Autorité de Santé. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève ALCOOL, CANNABIS, TABAC chez l'adulte [En ligne]. Saint Denis : HAS; déc 2014. Disponible: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf
- 25. Benard V, Rolland B, Messaadi N, Petit A, Cottencin O, Karila L. Consommation de cannabis : conduite à tenir en médecine générale. Presse Médicale. juill 2015;44(7–8):707-15.
- 26. Hennebo N. Guide du bon usage de l'analyse par théorisation ancrée par les étudiants en médecine [En ligne]. 2009. Disponible: http://www.theorisationancree.fr/guide.pdf
- 27. Paillé P. L'analyse par théorisation ancrée. Cah Rech Sociol. 1994;(23):147.
- 28. Blanchet A, Gotman A. l'enquête et ses méthodes: l'entretien. Nathan. 1992. (128).
- 29. Frappé P. Initiation à la recherche. French association of young researchers in general practice, rédacteur. Global Média Santé ; CNGE; 2011. 216 p.
- 30. Définitions : triangulation Dictionnaire de français Larousse. Dans: Larousse . Larousse Editions. [En ligne]. [cité le 2 nov 2016]. Disponible: http://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/triangulation/79487
- 31. Fédération addiction. Femmes & addictions. Accompagnement en CSAPA et CAARUD [En ligne]. Paris : Fédération Addiction; 2016 p. 100. (Repères). Disponible: http://www.federationaddiction.fr/parution-du-guide-femmes-et-addictions-de-la-federation/
- 32. Beauchemin M. Amy Winehouse, Kurt Cobain and the Gendering of Martyrdom. Pitchfork [En ligne]. juin 2015 [cité le 2 nov 2016]; Disponible: http://pitchfork.com
- 33. Beck F, Richard J-B, Guignard R, Le Nezet O, Spilka S. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2014 [En ligne]. Saint Denis : OFDT; avr 2015 p. 7. Disponible:

- http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/les-niveaux-d-usage-des-drogues-illicites-en-france-en-2014/
- 34. Obradovic I. Revue de littérature sur l'usage problématique de cannabis [En ligne]. Saint Denis : OFDT/Fédération Addiction; déc 2013 p. 70. Disponible: http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/revue-de-litterature-sur-lusage-problematique-de-cannabis/
- 35. « Conduites addictives chez les adolescents », expertise collective INSERM [En ligne]. INSERM; févr 2014 p. 60. Disponible: http://www.inserm.fr/actualites/rubriques/actualites-societe/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-expertise-collective-de-l-inserm
- 36. Vorilhon P, Picard V, Marty L, Roussel HV, Llorca PM, Laporte C. Attitudes of family physicians towards adolescent cannabis users: a qualitative study in France. Fam Pract. 2014;31(5):585-91.
- 37. Blouët Y. Dépistage clinique de l'usage du cannabis chez l'adolescent en médecine générale [Thèse d'exercice]. Montpellier, France : Université de Montpellier; 2015.
- 38. Kim B-A. La problématique du cannabis en médecine générale une enquête d'opinion auprès des médecins généralistes du Rhône [Thèse d'exercice]. Lyon, France : Université Claude Bernard (Lyon); 2009.
- 39. Millet E. Evaluation des connaissances et des pratiques des médecins généralistes en matière de dépistage de la consommation de cannabis chez leurs patients de 15 à 25 ans: étude menée sur des médecins généralistes présents à une formation [Thèse d'exercice]. Amiens, France: Université de Picardie; 2015.
- 40. Bloch J, Charpak Y, Monaque C, Fhima A. Faisabilité de la détection de l'usage de drogues chez les 15-25 ans en médecine de ville. Santé Publique. 1999;11(3):287-95.
- 41. Obradovic I. Dix ans d'activité des « consultations jeunes consommateurs ». OFDT. Tendances. avr 2015;(101):1-8.
- 42. Milhet M, Diaz-Gomez C. Alcoolisations excessives en médecine de ville. La promotion du Repérage précoce et de l'intervention brève. OFDT. Tendances. mars 2006;(47):1-4.
- 43. Haller DM, Meynard A, Lefebvre D, Tylee A, Narring F, Broers B. Brief intervention addressing excessive cannabis use in young people consulting their GP: a pilot study. Br J Gen Pract. 1 mars 2009;59(560):166-72.
- 44. Druais PL, Frappé P, Certain MH, Combier M, Gay B. La place et le rôle de la médecine générale dans le système de santé [En ligne]. 2015. Disponible: http://www.apima.org/img_bronner/Rapport_Druais_20150306.pdf
- 45. Berrier S. Comment prévenir les conduites addictives? Médecins Bull Inf Ordre Natl Médecins. janv 2014;(33):22-7.
- 46. Van Hook S, Harris SK, Brooks T, Carey P, Kossack R, Kulig J, et al. The « Six T's »: barriers to screening teens for substance abuse in primary care. J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med. mai 2007;40(5):456-61.
- 47. Bertrand O. Les représentations des médecins généralistes concernant le cannabis, l'alcool et le tabac [Thèse d'exercice, en ligne]. Nancy, France : Université de Lorraine; 2014. Disponible: http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_BERTRAND_OLIVIER.pdf

- 48. Code de la santé publique Article R4127-4 [En ligne]. Code de la santé publique. Disponible: https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?idArticle=LEGIARTI000006912862&cidTex te=LEGITEXT000006072665
- 49. Hoch E, Bühringer G, Pixa A, Dittmer K, Henker J, Seifert A, et al. CANDIS treatment program for cannabis use disorders: Findings from a randomized multi-site translational trial. Drug Alcohol Depend. 1 janv 2014;134:185-93.
- 50. Phan O, Bonnaire C, Bastard-Dagher N, Jouanne C. Le projet INCANT. Psychotropes. 20 janv 2009;14(3):137-56.
- 51. Har A, Bonnaire C. La fin d'INCANT : la transition de la recherche à la pratique clinique. Thérapie Fam. 1 févr 2014;34(4):529-41.
- 52. Etude Fondation MACSF, Harris Interactive. La relation de communication patient-soignant. 2014.
- 53. OFDT. Motivations et représentations associées aux usages de drogues chez les adolescents. Projet d'étude ARAMIS (Attitudes, Représentations, Aspirations et Motivations lors de l'Initiation aux Substances psychoactives) [En ligne]. 2015 [cité le 2 nov 2016]. Disponible: http://www.ofdt.fr/enquetes-et-dispositifs/aramis-attitudes-representations-aspirations-et-motivations-lors-de-linitiation-aux-substances-psychoactives/
- 54. Dany L, Apostolidis T. L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. Santé Publique. 14(4):335-44.

ANNEXES

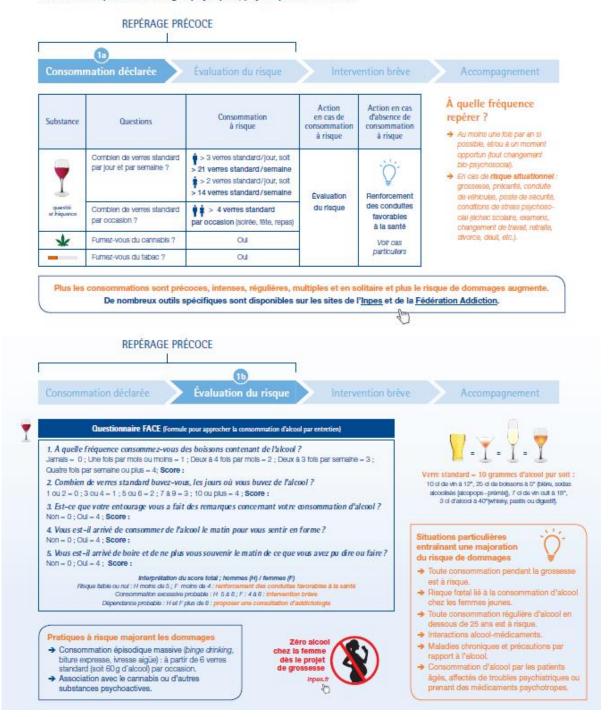
A. Annexe 1. Outil d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève - HAS

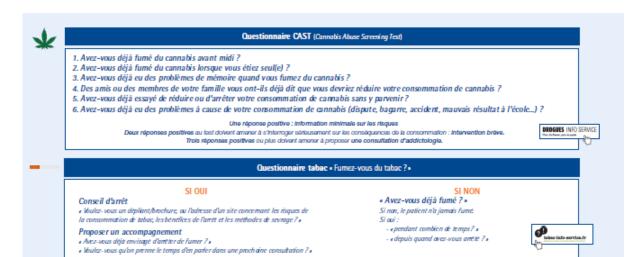


Outil d'aide au repérage précoce et à l' intervention brève

ALCOOL, CANNABIS, TABAC CHEZ L'ADULTE

Alcool, tabac et cannabis sont les 3 substances psychoactives les plus consommées en France. Le repérage précoce accompagné d'une intervention brève constitue une réponse individuelle à des consommations à risque de dommages physiques, psychiques ou sociaux.









Les professionnels de santé accompagnent les consommateurs de manière durable, afin de favoriser la réduction ou l'arrêt de consommation à long

- → Ils soutiennent l'effort de réduction des risques de dommages physiques, psychiques ou sociaux, dans une relation partenariale de confiance et d'échange.
 Ils soutiennent l'abstinence ou la modération et renforcent les autres
- conduites favorables à la santé (alimentation, exercice physique, etc.)

 The cas de reprise de la consommation, de survenue de dommages ou de dépendance, une consultation de type entretien motivationnel ou le recours à une consultation d'addictologie sont proposées.

→ La notion d'essai dans un changement de comporten est fondamentale pour ne pas attribuer l'échec au patient

consolidé.



B. Annexe 2. Accueil et explications

« Bonjour, je suis médecin généraliste et je réalise un travail sur la relation des consommateurs de cannabis avec leur médecin traitant.

Je vous remercie de me consacrer du temps et d'avoir accepté de participer à ce travail.

Nous allons réaliser un entretien qui durera environ 30 minutes.

Je vous laisserai parler le plus librement possible, je n'interviendrai que pour recadrer l'entretien sur des thèmes plus précis, si on s'éloigne trop du sujet ou si vous n'avez plus rien à dire spontanément. Ce n'est en aucun cas un test de connaissance. Le but est de comprendre la relation qu'un consommateur de cannabis entretient avec les médecins, et particulièrement son médecin.

Cet entretien est enregistré en totalité avec mon *téléphone -en audio, je n'enregistre pas de vidéo-,* avec la garantie de l'anonymat (je n'emploierai dans mon travail que votre prénom si vous êtes d'accord, ou le prénom de votre choix).

Avez-vous des questions sur le déroulement de cet entretien ?

Si vous êtes intéressé, je vous enverrai une copie de mon travail lorsqu'il sera terminé.

Nous pouvons commencer »

C. Annexe 3. Canevas d'entretien

1. REPRESENTATION DU CANNABIS CHEZ LES CONSOMMATEURS

- Quelles est la place du cannabis dans votre vie de tous les jours ?
 - Niveau de consommation : occasionnel/régulier ?
 - o Parcours de consommation, poly addiction?
 - Votre regard sur les effets de la consommation
 - o drogue douce?
 - Votre regard sur les risques somatiques/psychique/retentissement social. Pensezvous qu'il existe des répercussions de votre consommation ?

2. LA RELATION PAR RAPPORT A LA CONSOMMATION

- Les circonstances du repérage de la consommation de cannabis :

Comment cela s'est-il passé, en pratique, pour évoquer la question du cannabis avec votre médecin ?

- Qui a évoqué la question du cannabis (médecin, consommateur, famille, justice..) : question évoquée spontanément ? par le médecin ? intervention d'un tiers
- o A quel moment le médecin intervient dans l'intoxication au cannabis
- A quel moment de la relation médecin-patient la question a été abordée (dès le début, après un certain temps, jamais)
- Question abordée avec son médecin/d'autres médecins...

- Les motivations du consommateur à aborder la question : pour quelles raisons en avez-vous parlé à votre médecin?

- Étiez-vous en difficulté par rapport à cette consommation lorsque le sujet a été abordé?
- Motif rationnel : conso=risque=médecin ?
- o Elément de la relation (confiance, être vrai..) avec son médecin

Les freins à parler du cannabis :

- Quelles craintes ou hésitations avez-vous eu avant d'en parler avec votre médecin ?
 (secret médical, substance illégale, évoquer une dépendance...)
- o Quelles choses n'osez-vous pas lui dire concernant votre consommation?
- Pensez-vous être influencé par le médecin : âge/sexe/manque d'écoute/manque de temps du médecin

Le rôle du médecin traitant dans un contexte d'usage de cannabis

Quand vous consultez votre médecin traitant :

- Qu'attendez-vous de lui dans la prise en charge de votre consommation de cannabis ?
 (attitude compréhensive, connaissance des risques, aide au sevrage, orientation vers un spécialiste...)
- Répond-t-il à vos attentes ?
- Quelles seraient vos suggestions pour améliorer la prise en charge des consommateurs par leur médecin ? (Dépistage systématique par le médecin ? Campagne d'information ?)

3. LA RELATION EN GENERAL

- Etat de santé général : De façon générale, pourquoi allez-vous voir votre médecin ?
- Vécu de la relation : Comment se passe la consultation :
 - o Ce qui est facile
 - Ce qui est difficile : quelles sont les difficultés, les obstacles que vous pouvez rencontrer ?

4. LE PATIENT

Age

Sexe

Profession

Statut familial

Date de début de consommation

Niveau de consommation actuel

Votre médecin : âge, sexe, lieu d'exercice

D. Annexe 4. Entretiens individuels

Les 15 entretiens sont disponibles jusqu'à la soutenance de ce travail (22 novembre 2016) grâce au lien suivant :

https://www.dropbox.com/sh/0wcjtozzsjqpaq7/AAAHx8FVU3DnM5XnHvtSiQcDa?dl=0

MEJEAN Virginie: REPRESENTATIONS ET RESSENTIS DES CONSOMMATEURS DE CANNABIS FACE A

LEUR MEDECIN: une enquête auprès de 15 patients en région Auvergne Rhône Alpes

Nbr f . 103 ill. 1 tab. 1

Th. Med: Lyon 2016

RESUME:

Introduction : En France, le cannabis est la substance psychoactive illicite la plus consommée et les problématiques associées à cette consommation ne peuvent être ignorées. Principal acteur des soins de premier recours, le médecin généraliste est le mieux placé pour dépister cet usage. Le dialogue entre un patient et son médecin traitant sur la question du cannabis n'est pourtant pas aisé. L'objectif de cette étude est d'explorer les freins et les motivations des patients pour aborder la question du cannabis avec leur médecin et d'étudier ce qu'ils attendent de cette interaction.

Matériel et Méthode : Nous avons réalisé une étude qualitative par entretiens semi-structurés auprès de 15 patients consommateurs réguliers de cannabis en région Auvergne Rhône Alpes. Une analyse thématique a été effectuée à partir des données retranscrites.

Résultats: La relation de confiance avec leur médecin ou le sentiment de prendre un risque à consommer du cannabis étaient les deux motivations évoquées par les patients pour aborder la question du cannabis. Ils identifiaient de nombreux obstacles au dialogue. Certains étaient inhérents au patient comme la peur d'être jugé, la peur du non-respect du secret professionnel ou l'absence de problématique ressentie. D'autres étaient liés au médecin comme une attitude parfois inadaptée, des capacités limitées de prise en charge ou une méconnaissance des problématiques liées au cannabis.

Les attentes des consommateurs de cannabis en matière de prise en charge concernaient à la fois l'attitude du médecin, fondée sur l'écoute et l'objectivité, et son action pendant la consultation. Ils imaginaient que le médecin devait repérer l'usage et donc poser la question pour les accompagner dans leur consommation. Parfois ils pensaient au sevrage et attendaient que le médecin les aide ou les oriente vers une structure adaptée.

Discussion: Malgré de nombreux obstacles, les patients sont prêts à discuter de leur consommation de cannabis avec leur médecin. Pour cela, le médecin ne doit pas hésiter à poser la question. Il semble nécessaire de développer la formation des médecins généralistes sur cette problématique pour qu'ils se sentent moins démunis et qu'ils osent ouvrir le dialogue.

MOTS-CLES: médecine générale, relation médecin-patient, cannabis, ressenti, représentation, qualitative

JURY:

Président : Monsieur le Professeur LETRILLIART Laurent

Membres assesseurs:

Monsieur le Professeur FRANCK Nicolas Madame le Professeur ERPELDINGER Sylvie Madame le Docteur FIGON Sophie

DATE DE SOUTENANCE: 22 novembre 2016

Adresse de l'auteur :

123 rue Louis Becker, 69100 VILLEURBANNE mejean.virginie@gmail.com