

## THÈSE

### POUR LE DIPLÔME D'ETAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE SPÉCIALITÉ MÉDECINE GÉNÉRALE

Présentée et soutenue publiquement le 14 Novembre 2017 par

**Dominique DESHAIES**

**Clément DUPLOUY**

**ADOLESCENTS ET CANNABIS EN MILIEU RURAL :  
DEVENIR UN RECOURS EN SOINS PREMIERS**

#### **Directrice de thèse**

Madame le Docteur Virginie QUENTIN

#### **JURY**

Monsieur le Professeur Pierre MESTHE	Président
Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU	Assesseur
Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA	Assesseur
Madame le Docteur Virginie QUENTIN	Assesseur
Monsieur le Docteur Bernard LE BAYON	Assesseur

**TABLEAU du PERSONNEL HU**  
**des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier**  
**au 1<sup>er</sup> septembre 2016**

**Professeurs Honoraires**

Doyen Honoraire	M. ROUGE Daniel	Professeur Honoraire	M. BAZEX Jacques
Doyen Honoraire	M. LAZORTHE Yves	Professeur Honoraire	M. VIRENQUE Christian
Doyen Honoraire	M. CHAP Hugues	Professeur Honoraire	M. CARLES Pierre
Doyen Honoraire	M. GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	Professeur Honoraire	M. BONAFÉ Jean-Louis
Doyen Honoraire	M. PUEL Pierre	Professeur Honoraire	M. VAYSSE Philippe
Professeur Honoraire	M. ESCHAPASSE Henri	Professeur Honoraire	M. ESQUERRE J.P.
Professeur Honoraire	M. GEDEON André	Professeur Honoraire	M. GUITARD Jacques
Professeur Honoraire	M. PASQUIE M.	Professeur Honoraire	M. LAZORTHE Franck
Professeur Honoraire	M. RIBAUT Louis	Professeur Honoraire	M. ROQUE-LATRILLE Christian
Professeur Honoraire	M. ARLET Jacques	Professeur Honoraire	M. CERENE Alain
Professeur Honoraire	M. RIBET André	Professeur Honoraire	M. FOURNIAL Gérard
Professeur Honoraire	M. MONROZIES M.	Professeur Honoraire	M. HOFF Jean
Professeur Honoraire	M. DALOUS Antoine	Professeur Honoraire	M. REME Jean-Michel
Professeur Honoraire	M. DUPRE M.	Professeur Honoraire	M. FAUVEL Jean-Marie
Professeur Honoraire	M. FABRE Jean	Professeur Honoraire	M. FREXINOS Jacques
Professeur Honoraire	M. DUCOS Jean	Professeur Honoraire	M. CARRIERE Jean-Paul
Professeur Honoraire	M. LACOMME Yves	Professeur Honoraire	M. MANSAT Michel
Professeur Honoraire	M. COTONAT Jean	Professeur Honoraire	M. BARRET André
Professeur Honoraire	M. DAVID Jean-Frédéric	Professeur Honoraire	M. ROLLAND
Professeur Honoraire	Mme DIDIER Jacqueline	Professeur Honoraire	M. THOUVENOT Jean-Paul
Professeur Honoraire	Mme LARENG Marie-Blanche	Professeur Honoraire	M. CAHUZAC Jean-Philippe
Professeur Honoraire	M. BERNADET	Professeur Honoraire	M. DELSOL Georges
Professeur Honoraire	M. REGNIER Claude	Professeur Honoraire	M. ABBAL Michel
Professeur Honoraire	M. COMBELLES	Professeur Honoraire	M. DURAND Dominique
Professeur Honoraire	M. REGIS Henri	Professeur Honoraire	M. DALY-SCHVEITZER Nicolas
Professeur Honoraire	M. ARBUS Louis	Professeur Honoraire	M. RAILHAC
Professeur Honoraire	M. PUJOL Michel	Professeur Honoraire	M. POURRAT Jacques
Professeur Honoraire	M. ROCHICCIOLI Pierre	Professeur Honoraire	M. QUERLEU Denis
Professeur Honoraire	M. RUMEAU Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. ARNE Jean-Louis
Professeur Honoraire	M. BESOMBES Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. ESCOURROU Jean
Professeur Honoraire	M. SUC Jean-Michel	Professeur Honoraire	M. FOURTANIER Gilles
Professeur Honoraire	M. VALDIGUIE Pierre	Professeur Honoraire	M. LAGARRIGUE Jacques
Professeur Honoraire	M. BOUNHOURE Jean-Paul	Professeur Honoraire	M. PESSEY Jean-Jacques
Professeur Honoraire	M. CARTON Michel	Professeur Honoraire	M. CHAVOIN Jean-Pierre
Professeur Honoraire	Mme PUEL Jacqueline	Professeur Honoraire	M. GERAUD Gilles
Professeur Honoraire	M. GOUZI Jean-Louis	Professeur Honoraire	M. PLANTE Pierre
Professeur Honoraire associé	M. DUTAU Guy	Professeur Honoraire	M. MAGNAVAL Jean-François
Professeur Honoraire	M. PASCAL J.P.	Professeur Honoraire	M. MONROZIES Xavier
Professeur Honoraire	M. SALVADOR Michel	Professeur Honoraire	M. MOSCOVICI Jacques
Professeur Honoraire	M. BAYARD Francis	Professeur Honoraire	Mme GENESTAL Michèle
Professeur Honoraire	M. LEOPHONTE Paul	Professeur Honoraire	M. CHAMONTIN Bernard
Professeur Honoraire	M. FABIÉ Michel	Professeur Honoraire	M. SALVAYRE Robert
Professeur Honoraire	M. BARTHE Philippe	Professeur Honoraire	M. FRAYSSE Bernard
Professeur Honoraire	M. CABARROT Etienne	Professeur Honoraire	M. BUGAT Roland
Professeur Honoraire	M. DUFFAUT Michel	Professeur Honoraire	M. PRADERE Bernard
Professeur Honoraire	M. ESCAT Jean		
Professeur Honoraire	M. ESCANDE Michel		
Professeur Honoraire	M. PRIS Jacques		
Professeur Honoraire	M. CATHALA Bernard		

**Professeurs Émérites**

Professeur ALBAREDE Jean-Louis	Professeur CHAMONTIN Bernard
Professeur CONTÉ Jean	Professeur SALVAYRE Bernard
Professeur MURAT	Professeur MAGNAVAL Jean-François
Professeur MANELFE Claude	Professeur ROQUES-LATRILLE Christian
Professeur LOUVET P.	Professeur MOSCOVICI Jacques
Professeur SARRAMON Jean-Pierre	
Professeur CARATERO Claude	
Professeur GUIRAUD-CHAUMEIL Bernard	
Professeur COSTAGLIOLA Michel	
Professeur ADER Jean-Louis	
Professeur LAZORTHE Yves	
Professeur LARENG Louis	
Professeur JOFFRE Francis	
Professeur BONEU Bernard	
Professeur DABERNAT Henri	
Professeur BOCCALON Henri	
Professeur MAZIERES Bernard	
Professeur ARLET-SUAU Elisabeth	
Professeur SIMON Jacques	
Professeur FRAYSSE Bernard	
Professeur ARBUS Louis	

P.U. - P.H. Classe Exceptionnelle et 1ère classe		P.U. - P.H. 2ème classe	
M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie	Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. AMAR Jacques	Thérapeutique	M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie	M. BUREAU Christophe	Hépat-Gastro-Entéro
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion	M. CALVAS Patrick	Génétique
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie	M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)	Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. BONNEVIALLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.	M. CHAIX Yves	Pédiatrie
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire	Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. BRASSAT David	Neurologie	M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique	M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie	M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. CHAP Hugues (C.E)	Biochimie	M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie	M. GAME Xavier	Urologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie	M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. CLANET Michel (C.E)	Neurologie	M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque	M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie	M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie	M. LOPEZ Raphael	Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique	M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie	M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie	M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique	M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale	M. PATHAK Atul	Pharmacologie
M. LANGIN Dominique	Nutrition	M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne	M. PERON Jean-Marie	Hépat-Gastro-Entérologie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie	M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. MALAUAUD Bernard	Urologie	M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique	Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. MARCHOU Bruno	Maladies Infectieuses	Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. MAZIERES Julien	Pneumologie	M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie
M. MOLINIER Laurent	Epidémiologie, Santé Publique		
M. MONTASTRUC Jean-Louis (C.E)	Pharmacologie		
Mme MOYAL Elisabeth	Cancérologie		
Mme NOURHASHEMI Fatemeh (C.E)	Gériatrie		
M. OLIVES Jean-Pierre (C.E)	Pédiatrie		
M. OSWALD Eric	Bactériologie-Virologie		
M. PARIENTE Jérémie	Neurologie		
M. PARINAUD Jean	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.		
M. PAUL Carle	Dermatologie		
M. PAYOUX Pierre	Biophysique		
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie		
M. RASCOL Olivier	Pharmacologie		
M. RECHER Christian	Hématologie		
M. RISCHMANN Pascal (C.E)	Urologie		
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie		
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile		
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie		
M. SANS Nicolas	Radiologie		
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire		
M. TELMON Norbert	Médecine Légale		
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépat-Gastro-Entérologie		
		<b>P.U. Médecine générale</b>	
		M. OUSTRIC Stéphane	Médecine Générale
		M. MESTHÉ Pierre	Médecine Générale

**P.U. - P.H.**

**Classe Exceptionnelle et 1ère classe**

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
M. ARLET Philippe (C.E)	Médecine Interne
M. ARNAL Jean-François	Physiologie
Mme BERRY Isabelle (C.E)	Biophysique
M. BOUTAULT Franck (C.E)	Chirurgie Maxillo-Faciale et Stomatologie
M. BUJAN Louis (C. E)	Urologie-Andrologie
Mme BURA-RIVIERE Alessandra	Médecine Vasculaire
M. BUSCAIL Louis	Hépto-Gastro-Entérologie
M. CANTAGREL Alain (C.E)	Rhumatologie
M. CARON Philippe (C.E)	Endocrinologie
M. CHIRON Philippe (C.E)	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
M. CONSTANTIN Arnaud	Rhumatologie
M. COURBON Frédéric	Biophysique
Mme COURTADE SAIDI Monique	Histologie Embryologie
M. DAMBRIN Camille	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire
M. DELABESSE Eric	Hématologie
Mme DELISLE Marie-Bernadette (C.E)	Anatomie Pathologie
M. DELORD Jean-Pierre	Cancérologie
M. DIDIER Alain (C.E)	Pneumologie
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GLOCK Yves (C.E)	Chirurgie Cardio-Vasculaire
M. GOURDY Pierre	Endocrinologie
M. GRAND Alain (C.E)	Epidémiologie. Eco. de la Santé et Prévention
M. GROLLEAU RAOUX Jean-Louis	Chirurgie plastique
Mme GUIMBAUD Rosine	Cancérologie
Mme HANAIRE Hélène (C.E)	Endocrinologie
M. KAMAR Nassim	Néphrologie
M. LARRUE Vincent	Neurologie
M. LAURENT Guy (C.E)	Hématologie
M. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophthalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MARTY Nicole	Bactériologie Virologie Hygiène
M. MASSIP Patrice (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MINVILLE Vincent	Anesthésiologie Réanimation
M. RAYNAUD Jean-Philippe (C.E)	Psychiatrie Infantile
M. RITZ Patrick	Nutrition
M. ROCHE Henri (C.E)	Cancérologie
M. ROLLAND Yves	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel	Pharmacologie
M. SERRANO Elie (C.E)	Oto-rhino-laryngologie
M. SOULAT Jean-Marc	Médecine du Travail
M. SOULIE Michel (C.E)	Urologie
M. SUC Bertrand	Chirurgie Digestive
Mme TAUBER Marie-Thérèse (C.E)	Pédiatrie
Mme URO-COSTE Emmanuelle	Anatomie Pathologique
M. VAYSSIERE Christophe	Gynécologie Obstétrique
M. VELLAS Bruno (C.E)	Gériatrie

**P.U. - P.H.**

**2ème classe**

M. ACCADBLE Franck	Chirurgie Infantile
M. ARBUS Christophe	Psychiatrie
M. BERRY Antoine	Parasitologie
M. BONNEVILLE Fabrice	Radiologie
M. BOUNES Vincent	Médecine d'urgence
Mme BOURNET Barbara	Gastro-entérologie
M. CHAUFOUR Xavier	Chirurgie Vasculaire
M. CHAYNES Patrick	Anatomie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
M. GARRIDO-STÖWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
M. LAFFOSSE Jean-Michel	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. LEGUEVAQUE Pierre	Chirurgie Générale et Gynécologique
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
Mme MAZEREUW Juliette	Dermatologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

**M.C.U. - P.H.**

M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAIGNAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
Mme CONCINA Dominique	Anesthésie-Réanimation
M. CONGY Nicolas	Immunologie
Mme COURBON Christine	Pharmacologie
Mme DAMASE Christine	Pharmacologie
Mme de GLISEZENSKY Isabelle	Physiologie
Mme DE MAS Véronique	Hématologie
Mme DELMAS Catherine	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUBOIS Damien	Bactériologie Virologie Hygiène
M. DUPUI Philippe	Physiologie
M. FAGUER Stanislas	Néphrologie
Mme FILLAUX Judith	Parasitologie
M. GANTET Pierre	Biophysique
Mme GENNERO Isabelle	Biochimie
Mme GENOUX Annelise	Biochimie et biologie moléculaire
M. HAMDJ Safouane	Biochimie
Mme HITZEL Anne	Biophysique
M. IRIART Xavier	Parasitologie et mycologie
Mme JONCA Nathalie	Biologie cellulaire
M. KIRZIN Sylvain	Chirurgie générale
Mme LAPEYRE-MESTRE Maryse	Pharmacologie
M. LAURENT Camille	Anatomie Pathologique
M. LHERMUSIER Thibault	Cardiologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
M. MONTOYA Richard	Physiologie
Mme MOREAU Marion	Physiologie
Mme NOGUEIRA M.L.	Biologie Cellulaire
M. PILLARD Fabien	Physiologie
Mme PUISSANT Bénédicte	Immunologie
Mme RAYMOND Stéphanie	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme SABOURDY Frédérique	Biochimie
Mme SAUNE Karine	Bactériologie Virologie
M. SILVA SIFONTES Stein	Réanimation
M. SOLER Vincent	Ophthalmologie
M. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BRILLAC Thierry

**M.C.U. - P.H**

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
M. CAMBUS Jean-Pierre	Hématologie
Mme CANTERO Anne-Valérie	Biochimie
Mme CARFAGNA Luana	Pédiatrie
Mme CASSOL Emmanuelle	Biophysique
Mme CAUSSE Elizabeth	Biochimie
M. CHAPUT Benoit	Chirurgie plastique et des brûlés
M. CHASSAING Nicolas	Génétique
Mme CLAVE Danielle	Bactériologie Virologie
M. CLAVEL Cyril	Biologie Cellulaire
Mme COLLIN Laetitia	Cytologie
Mme COLOMBAT Magali	Anatomie et cytologie pathologiques
M. CORRE Jill	Hématologie
M. DE BONNECAZE Guillaume	Anatomie
M. DEDOUIT Fabrice	Médecine Légale
M. DELPLA Pierre-André	Médecine Légale
M. DESPAS Fabien	Pharmacologie
M. EDOUARD Thomas	Pédiatrie
Mme ESQUIROL Yolande	Médecine du travail
Mme EVRARD Solène	Histologie, embryologie et cytologie
Mme GALINIER Anne	Nutrition
Mme GARDETTE Virginie	Epidémiologie
M. GASQ David	Physiologie
Mme GRARE Marion	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme GUILBEAU-FRUGIER Céline	Anatomie Pathologique
Mme GUYONNET Sophie	Nutrition
M. HERIN Fabrice	Médecine et santé au travail
Mme INGUENEAU Cécile	Biochimie
M. LAIREZ Olivier	Biophysique et médecine nucléaire
M. LEANDRI Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
M. LEPAGE Benoit	Biostatistiques et Informatique médicale
Mme MAUPAS Françoise	Biochimie
M. MIEUSSET Roger	Biologie du dével. et de la reproduction
Mme NASR Nathalie	Neurologie
Mme PERIQUET Brigitte	Nutrition
Mme PRADDAUDE Françoise	Physiologie
M. RIMAILHO Jacques	Anatomie et Chirurgie Générale
M. RONGIERES Michel	Anatomie - Chirurgie orthopédique
Mme SOMMET Agnès	Pharmacologie
Mme VALLET Marion	Physiologie
M. VERGEZ François	Hématologie
Mme VEZZOSI Delphine	Endocrinologie

**M.C.U. Médecine générale**

M. BISMUTH Michel	Médecine Générale
M. BISMUTH Serge	Médecine Générale
Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve	Médecine Générale
Mme ESCOURROU Brigitte	Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

Dr ABITTEBOUL Yves  
Dr CHICOULAA Bruno  
Dr IRI-DELAHAYE Motoko  
Dr FREYENS Anne

Dr BOYER Pierre  
Dr ANE Serge  
Dr BIREBENT Jordan

# **REMERCIEMENTS**

**Aux membres du Jury,**

**Monsieur le Professeur Pierre MESTHE**

**Professeur Universitaire - Médecine Générale**

Vous nous faites l'honneur d'assurer la présidence de cette soutenance, nous vous remercions pour l'intérêt porté à ce travail. Nous vous remercions également pour votre engagement dans la formation des futurs médecins généralistes et de votre investissement dans les Hautes-Pyrénées en particulier. Soyez assuré de notre sincère reconnaissance.

**Madame le Docteur Virginie QUENTIN**

**Maître de stage - Médecine Générale**

Merci d'avoir dirigé ce travail, merci pour ta motivation à l'amélioration de la prise en charge de l'adolescent. Merci pour ta disponibilité, ta sincérité et surtout ton sens critique.

Tout cela nous a permis de faire aboutir ce travail.

**Madame le Docteur Brigitte ESCOURROU**

**Maître de conférences - Médecine générale**

Merci de faire partie de ce jury de thèse et d'amener l'expertise nécessaire à l'appréciation d'un travail de recherche utilisant une méthode qualitative chez l'adolescent.

**À Monsieur le Docteur Bruno CHICOULAA**

**Maître de conférences - Médecine générale**

Vous nous faites l'honneur de juger notre travail, soyez assuré de nos sincères remerciements.

**À Monsieur le Docteur Bernard LE BAYON**

**Ancien maître de stage - Médecine générale - CASA 65**

Merci de faire partie de ce jury de thèse et d'amener votre expertise dans l'appréciation de ce travail qui concerne consommation de cannabis chez les adolescents.

## REMERCIEMENTS DE CLÉMENT

### À MES MAÎTRES ET À MES PAIRS

Au Dr **CHICOULAA Marc**, que je vais remplacer dans quelques mois et ainsi me jeter dans le grand bain. Merci pour tout l'enseignement partagé lors de mon stage de niveau 1 et merci de m'avoir accordé ta confiance durant les multiples remplacements effectués. Merci pour ta patience lorsque je me perdais dans la campagne et que je t'appelais (l'absence de numéro aux habitations de Campan ne m'ont pas aidé...). Merci également à **Marie** d'avoir veillé à ce que je ne manque de rien (bonbons) au cabinet. Pour tout cela merci encore...

Au Dr **PUJOL Jacques**, Merci pour tout le savoir que tu m'a apporté, pour ton expertise et ta motivation à pratiquer ce beau métier de médecin généraliste. Tu es passé par pas mal d'épreuves qui je pense te rendront plus fort. Merci pour ces partages œnologiques et merci à **Brigitte** pour sa bonne humeur et ses plats du sud plus que délicieux.

À l'équipe du **Service de Médecine de Bagnères de Bigorre** qui m'ont accueilli comme dans une famille. Merci au **Dr GASTOU Béné**, au **Dr KHALES Khaled** de m'avoir familiarisé et convaincu de la nécessité à maintenir une médecine de proximité. Je continue à vous avoir au téléphone et à travailler avec vous avec un réel plaisir. Merci à toute l'équipe paramédicale sans qui un interne ne serait pas grand chose....

Merci à **toute l'équipe des urgences de Lannemezan**, premier stage effectué en Hautes-Pyrénées. Merci au **Dr TABONNE Mickaël** pour ma première sortie en ski de rando, je m'en souviendrai longtemps. Merci à toute l'équipe médicale et paramédicale.

À **l'équipe du service de pédiatrie de Tarbes**, au **Dr NETTER Jean-Claude**, chef de service, merci pour votre accueil.

Merci à **l'équipe de la clinique de Bondigoux et le Dr BONNEFOY Marc** de m'avoir enseigné l'éducation thérapeutique. Merci pour votre vision avant-gardiste et novatrice de la médecine et du patient.

À **l'équipe du "3b" de l'Oncopôle**, merci pour votre ambiance malgré un service difficile. Merci à toi **Dr VALENTIN Thibault** pour ta simplicité relationnelle et ton contact avec les patients.

Merci au **Dr VOLFF Yvan** pour ta bonne humeur lors des débriefings et des repas au "bigou". Merci au **Dr CARDEILLAC Agnès** de m'avoir accueilli et fait confiance lors de mon stage SASPAS.

## À MA FAMILLE ET MES AMIS

Claire, ma puce,

Toi qui me motive et me supporte au quotidien, merci pour tout l'amour que tu me portes. Toute ces années à tes côtés m'ont comblés de bonheur et les années à venir seront encore mieux ! Merci pour ton soutien lors de ce travail et oui tu as été à la hauteur ! J'espère que nous aurons encore plein de chevaux, plein d'oeufs de poule et beaucoup de sortie "summit emotion" ! Je n'imagine plus la vie sans toi.

Mes parents,

Vous avez été présents tout au long de mes études et vous m'avez toujours soutenu et accompagné dans mes choix de vie. Sans vous, tout cela n'aurait pas été possible. Je vous remercie pour tout.

Julien,

À tous les bons moments passés ensemble. J'espère te voir le plus souvent possible dans l'avenir.

Papi, Mamie, Éliane et Antoine,

Vous n'avez pas pu être là ce soir mais je sais que le cœur y est et je pense fort à vous.

Merci pour toute vos attentions et vos conseils durant toutes ces années. J'aimerais tellement être plus près de vous au quotidien...

À toute ma famille : Mamie Thérèse, mes cousins, mes cousines, mon parrain, ma marraine que je ne peux pas voir aussi souvent que désiré...

À ma belle famille, Joëlle, Jacques, Robeline, Gérard, Brigitte, Régine, Agnès, Marc, Merci pour votre accueil dans cette si belle région.

Aux "D"

Hermès, pour ton grain de folie, pour toutes ces découvertes musicales, merci d'être présent au quotidien avec Eva, merci pour les discussions enflammées où j'essaie d'avoir le dernier mot sans preuve très rationnelle...

Touf, merci pour ton grain de génie, ton amour et ton partage du bon vin.

Nansoul, pour tes conseils œnologiques et merci à Gaëlle qui nous couchera sûrement tous !

Pij, merci pour ton sérieux et ta... non je déconne merci pour tous ces bons moments passés ensemble.

Amédée, merci pour toutes ces années à Excenevex, nous avons passé des années de folie dans cette colo. Je suis heureux de te compter parmi nous.

Lucho, merci pour toutes ces soirées légèrement décalées dans ton appartement ou ton garage...

Jacques et Nox, merci pour tous ces moments de folie partagée.



Merci à toi Élise pour ton soutien lors des moments difficiles (avec Pij, Capitaine et Claire), je ne l'oublierai jamais... Vous aviez le meilleur hôtel d'Amiens je pense. Vous et Romane allez nous manquer cette année !

Merci aux Poto de BdB "the place to be",

Chris, pour toutes les randos partagées dans la bonne humeur. Marco, Isa, Loïc, Céline, Claire, et Pierre pour ces bonnes soirées passées parfois à l'Excuse parfois en compagnie de Dawa... Félicitations Pierre et Claire pour cette belle petite fille.

Benoît pour tous tes conseils en alpinisme, le meilleur étant : "Méfie-toi c'est trommmpeur".

Merci pour tous ces partages sportifs et festifs !

Aurélia et Ronan, merci pour toutes ces sorties "Vanou" qui ne manquent pas d'ambiance ! Bientôt Jango aura un super copain... ou pas ! Et merci Alban pour tes supers blagues (qu'est-ce qui est jaune et qui attend Alban ?)

Gaël et Ofé, merci pour votre gentillesse et votre simplicité, merci Gaël de nous supporter en montagne, nous serons tes cobailles quand tu veux ! Bravo pour ce beau bébé.

Merci Juju Dellatte'brin pour la découverte de la Réunion, nous espérons y revenir bientôt ! (on fera du canyon...)

Anto et Fanny,

Merci Anto pour ton agréable compagnie lors de toutes ces sorties montagnes qui nous réservent encore tant de surprises. Et merci Fanny pour ta bonne humeur. (et piapiapia... mange Fanny !)

Aux Limougeauds,

Benoît et Élise, Laury, Vin'c, Lolo, Polo, Valentin, Lilian, Elie merci d'avoir accepté un Amiennois.

Aux potes du DUMUM, Pierre et Cécile, Thierry, Victor, Samy, Xav' et tous les autres (rendez-vous sur le petit écran dans le magazine de la santé...)

Merci à Charly, Victoire et Karine.

A Domi, merci d'avoir partagé la réalisation de ce travail, ce fut un réel plaisir ! Bon courage pour l'heureux événement à venir !

À ceux qui nous ont quittés trop tôt, Papi Henri, Papi Bertrand, Jean-Michel, Françoise, Christophe... nous pensons à vous.

## REMERCIEMENTS DE DOMINIQUE

### À MA FAMILLE

**Papa**, j'ai une grande admiration pour toi, merci de m'avoir guidée comme tu l'as fait.

**Maman**, il m'en a fallu du temps pour te comprendre, merci pour ton Amour.

**Mamie Denise, Papi Georges**, votre abnégation, votre modestie et votre générosité sont des exemples pour moi.

**Mamie Eva**, j'admire ton courage et ta grande force morale.

Merci à toutes les **Taties**, tous les **Tontons**, à **toute ma famille** proche et moins proche, à tous ceux qui m'ont entourée et avec qui j'ai grandi.

**Anne, Christophe, Carmella, Thibaut, Quentin**, contente de faire partie de la famille !

**Jérémy, mon Amoureux**, tout ce chemin parcouru en si peu de temps, cela promet pour la suite...

Et si elle est à la hauteur de mes espérances, elle sera longue la suite. Car chaque jour à tes côtés est un Bonheur et une Surprise. Je te remercie pour ta patience et ton écoute, tes "bêtises", ta joie de vivre et ton regard insatiable de passionné...

À l'avenir avec un grand **A** comme...

### À MES AMIS

**Gaby**, à notre amitié et aux valeurs qui la font vivre. **Dan**, merci pour les parties de "biking and snacking", aux prochaines... À la **famille Laurencin**, merci.

**Flo**, des fous rires de la petite école, à nos aventures de pédalage, je ne me lasse pas de ta bonne humeur, pourvu qu'on continue de rigoler ensemble !

**Anahid**, certaines journées sont trop longues et certaines pentes trop raides dans le Hornstrandir. Mais merci pour tous ces moments partagés qui restent pour moi des souvenirs impérissables. Que les aventures continuent !

**Marjo**, je me régale toujours de ton savant mélange de courage et d'inspiration, relevé d'un grain de folie... À "**Olga**", merci également.

**Guillaume**, merci pour toute cette énergie que tu sais si bien transmettre autour de toi. Au Projet, à ce qui l'anime, quelle que soit sa forme.

Docteur **Cha**, Miss Furette, nous y voilà... Je te souhaite un avenir à la hauteur de ta grande valeur et surtout beaucoup de bonheur. Merci aussi à **ta famille** et à **Olivier**.

**Sophie**, ta capacité de remise en question t'apporte de grandes richesses et alimentent de longues réflexions que j'ai beaucoup de plaisir à partager.

**Malo**, quel parcours brillant ! Sans transition... Aux très très bons chasseurs, merci pour eux !

**Claire**, si je garde de bons souvenirs de la "D4", c'est pour une bonne partie grâce à toi ! Bravo pour ton parcours et à très bientôt !

**Mohamed**, merci pour cette heureuse rencontre et le chemin parcouru (et pas qu'à vélo !), je te souhaite le meilleur pour la suite.

**Lâm**, bravo pour le courage de tes projets, que la vie t'apporte le meilleur à toi et à tes proches.

**Matthieu**, quelle force et quelle humanité en une même personne, prends bien soin de toi et à bientôt pour de nouvelles aventures !

**Hélène**, tu resteras toujours ma moitié de promo ! Je suis vraiment heureuse de cette chouette rencontre. **Ben**, reste toujours aussi chaleureux et surprenant, c'est formidable. Merci à tous les deux pour les nombreux bons moments passés ensemble, espérons qu'il y en ait d'autres.

Les "Étaiens" : **Maïté, Manon B, Liza, Loïc, Clément, Leïla, Manon C, Alex, Diego, Germain, Charlotte, Félix, Rody, Charles-Marie**, les Anciens, les Ancêtres... Une grande expérience qui rend fort.

Les "co-internes", à toutes ces rencontres sur le chemin de l'Internat

**Christophe**, les **Camille, Mohamed, Pauline, Caroline, Isaure, Zara, Mathilde, Sophie, Anne-Sophie, Ambre, Chloé, Eulalie, François, Charlotte...**

Sans oublier bien sûr les premiers, les "ISP" : **Nicolas, Samantha, Cathy, Lucie, Sylvain, François, Deborah.**

Les Haut-Pyrénéens...

Les "Colocs" de la rue de l'agriculture, **Marie, Anaïs, Emma, Bastien**, je n'aurai pu trouver meilleur accueil ! Avec chacun d'entre vous, je souhaite que la route continue...

Les "**Landré**" : que la partie continue !

**Julie et Laurent, Maxime et Chloé** : todomatch !!!

Les "Louzourmais" : **Jean-Marc, Tara, Nico, Marie-Céline, Régine, Sylvie, Philippe, Bernadette, Mado...**

**Maya**, je suis heureuse d'avoir la chance de te connaître. Ton parcours jusque là force le respect.

**Clément**, nous voilà au bout de ce projet de longue haleine, merci pour ta motivation constante et ta patience. Merci aussi pour les p'tites pauses en falaises ! Ce fut un plaisir de travailler avec toi.

## À MES MAÎTRES ET À MES PAIRS

Au **Service d'Épidémiologie et à l'USMR** : au Professeur Jean Ferrières, aux Docteurs Vanina Bongard, Émilie Bérard, Virginie Gardette, Benoît Lepage. Merci pour votre accueil et votre accompagnement.

Au **Registre des Cancers du Tarn** : au Docteur Pascale Grosclaude, merci pour votre encadrement formateur. Merci à Cyrille Delpierre pour ces conseils et sa disponibilité. À toute l'Équipe du Registre et aux voisins d'ONCOMIP : Christophe, Atika, Isabelle, Edvie... merci pour votre accueil et ces six mois passés en bonne compagnie.

Au **Service des Maladies Infectieuses et Tropicales** : aux Professeurs Bruno Marchou, Patrice Massip, Pierre Delobel, aux Docteurs Muriel Alvarez, Alexa Debard, Lydie Porte, Marie-Anne Laffont, Guillaume Martin-Blondel, j'ai beaucoup appris de la médecine à vos côtés. Bravo pour vos efforts dans notre enseignement. Merci également à toute l'Équipe pour votre accueil des internes, votre patience et votre dévouement auprès des patients.

Au **Service des Urgences du Centre Hospitalier de Lourdes** : aux Docteurs Christian Gov, Jean-Philippe Redonnet, Jean-Eudes Bourcier, Stéphanie Cottin, Nicolas Largeteau, Mikaël Seinger, Julie Paquet, Fouad Cheddadi, Matthieu Baudon, Myriam Fonvieille, Magalie Majourau. Merci à vous tous pour votre accueil, votre effort de formation et votre travail. Et à toute l'Équipe au complet, et quelle équipe ! un grand MERCI ! Je garde d'excellents souvenirs et un bon bagage d'expériences de mon passage parmi vous.

À mes **maîtres de stage de Praticien Niveau 1**, merci à tous les deux pour votre accompagnement bienveillant lors de mes premiers pas dans l'univers de la Médecine Générale. Au **Docteur Hubert Forgues**, je garde en exemples, entre autres qualités, ton humilité et ta justesse auprès des patients. Au **Docteur Jérémy Blanco**, ta motivation, tes qualités d'enseignement et ta capacité à faire réfléchir et progresser m'ont été (et me seront !) d'une grande aide.

Au **Service de Pédiatrie du Centre Hospitalier de Tarbes** : aux Docteurs Jean-Claude NETTER, Laurence Pailhe, Gaël Sibille, Blandine Cabaret, Florence Cremades, Thomas Bontant, et à toute l'Équipe. Merci pour votre accompagnement et pour votre apprentissage de la Pédiatrie.

Au **Service de Gynécologie-Obstétrique du Centre Hospitalier de Tarbes** : merci à toute l'équipe pour votre accueil et plus particulièrement aux Docteurs Émilie Bonnefond, Nicole Gabriel, Anne-Sophie Vitrac, Joseph Elcham et Haidar Srour.

Au **Service de Cardiologie du Centre Hospitalier de Lourdes** : merci à toute l'Équipe pour son accueil chaleureux, merci au Docteur Christian Demasles pour son encadrement.

Au **Service de Diabétologie du Centre Hospitalier de Lourdes** : aux Docteurs David Malet, Anne-Marie Lansaman et Christophe Rézek, à toute l'Équipe du Service. Bravo pour votre professionnalisme et merci pour votre enseignement, j'espère que d'autres internes auront la chance d'en profiter à l'avenir.

Aux médecins du **Service du Court Séjour Gériatrique du Centre Hospitalier de Lourdes** : aux Docteurs Nadine Dubroca, Brice Castel, Laurent Bleuler, Sylvie Badenco. Même à distance, depuis les Urgences, la Cardiologie ou la Diabétologie, nos échanges furent pour moi riches d'enseignements.

À mes **maîtres de stage de SASPAS** : aux Docteurs Sophie Costa, Ronan Le Gall et Jérémy Blanco, merci de m'avoir guidée dans cette dernière ligne droite avant le grand bain. J'ai hâte de rejoindre la troupe, c'est un (b)ho(n)neur pour moi !

À toute l'**Équipe du cabinet d'Ayzac-Ost** : Natacha et Audrey, quelle plaisir de travailler avec vous ! que ferions-nous sans vous ? et à toute l'équipe paramédicale qui vient d'arriver ces derniers mois, ça promet !

Et encore merci à Natacha, Jérémy, Sophie et Damien de vous être décarcasser pour nous réunir.

Aux Docteurs **Noëlle Ducrot, Jean-Louis Mémain et Patricia Moinard**, à **Blandine** et à **Claire** : je vous remercie de m'avoir permis de faire ces quelques pas à vos côtés, j'en tire également de nombreuses expériences formatrices.

*Merci à toute l'équipe du Collège d'Argelès-Gazost et en particulier à Monsieur Guy  
Saint-Sauby pour sa disponibilité et son aide.*

*Merci aux jeunes participants de l'étude.*

## LISTE DES ABRÉVIATIONS

**ADOC** : ADOlescents et Conduites à risque

**CASA** : Centre d'Accueil et de Soins en Addictologie

**CAST** : Cannabis Abuse Screening Test

**CJC** : Consultation Jeunes Consommateurs

**CPE** : Conseiller Principal d'Éducation

**CSAPA** : Centre de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie

**DATIS** : Drogues, Alcool, Tabac Info-Service

**DUMG** : Département Universitaire de Médecin Générale

**ESCAPAD** : Enquête sur la Santé et les Consommations lors de l'Appel de Préparation À la Défense

**ESPAD** : European School Survey on Alcohol and Other Drugs

**HCSP** : Haut Conseil de Santé Publique

**IB** : Interventions Brèves

**IP** : Interventions Précoces

**MG** : Médecin Généraliste

**MILDECA** : Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives, anciennement **MILDT** (Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie)

**OFDT** : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

**OMS** : Organisation Mondiale de la Santé

**PFAD** : Policiers Formateurs Anti-Drogue

# TABLE DES MATIÈRES

---

<b>INTRODUCTION</b>	<b>4</b>
<b>MATÉRIELS ET MÉTHODES</b>	<b>6</b>
I. Phase exploratoire et recherche bibliographique	6
II. Choix de la méthode qualitative et du type d'entretien	6
III. Élaboration du guide d'entretien	6
IV. Échantillonnage	6
V. Présentation des chercheurs	7
VI. Réalisation des entretiens	7
A. Cadre de réalisation	7
B. Recrutement	7
C. Déroulement des entretiens	8
VII. Recueil des données, retranscription, analyse, logiciels	8
A. Enregistrement et retranscription	8
B. Triangulation des chercheurs	8
C. Analyse	8
D. Saturation des données	9
VIII. Réflexivité et posture des chercheurs	9
IX. Commission d'éthique	9
<b>RÉSULTATS</b>	<b>10</b>
I. Description de la population	10
A. Autorisations parentales	10
B. Caractéristiques des entretiens	10
C. Saturation des données	10
D. Principales caractéristiques de l'échantillon	10
II. Représentations du cannabis	12
A. Généralités	12
B. Sur-représentation de la dangerosité du cannabis	12
C. Banalisation de la consommation	12
D. Effet sur la santé	12
1. Dépendance	12
2. Effet psycho-comportementaux	13
3. Effets somatiques	13
E. Représentations sociales et tabou	13
1. "C'est puni par la loi" Ado 1	13
2. Interdit moral	13
3. Stigmatisation	14
F. Sources d'informations	14
1. Les médias	14
2. Les pairs	14
3. Les parents	14

4. Actions de prévention	15
III. Perceptions des recours envisagés	16
A. Motivations de l'adolescent au recours	16
1. Motivations découlant des représentations du cannabis	16
2. Distance avec la substance et peur du jugement	16
3. Affirmation d'un désir d'autonomie - d'indépendance	16
4. Chercher de l'aide quand on est en difficulté n'est pas facile	17
B. Recours identifiés en cas de difficultés	17
1. Parents	17
2. Autres adultes	19
3. Les pairs	19
4. Professionnels	19
IV. Freins et attentes envers le médecin généraliste	22
A. Connaissance du rôle du médecin	22
1. Champ d'action du médecin	22
2. Recours spécifique vis-à-vis du cannabis	22
B. Attitude du médecin	24
1. Le cannabis a déjà été abordé par le professionnel	24
2. Empathie	25
3. Relation de confiance	25
4. Paternalisme et moralisme	25
C. Impact de l'Accessibilité	26
1. Accessibilité Géographique	26
2. Modalités pratiques	26
D. Perceptions du secret professionnel et de la confidentialité	27
<b>DISCUSSION</b>	<b>29</b>
I. Essai de théorisation et confrontation aux données de la littérature	29
A. L'adolescent et ses particularités	29
1. Construction d'un interdit à braver	29
2. Recherche d'autonomie et prise de contrôle sur soi	30
3. L'addiction : des liens complexes avec la santé	30
B. L'environnement de l'adolescent	31
1. La prévention primaire actuelle et ses limites	32
2. La place des parents pour l'adolescent	34
3. Des recours mal identifiés	35
4. Poids des représentations sociales et de l'interdiction légale	36
C. La relation médecin-adolescent	37
1. Le médecin du corps	37
2. Mauvaise qualité perçue de la relation médecin-adolescent	38
3. Consulter seul	38
4. Contingences matérielles	39
II. Propositions d'adaptation de pratique : devenir un recours pour l'adolescent	41
A. Comprendre l'adolescent et son fonctionnement	41
B. Agir sur l'environnement de l'adolescent	



1. Prévention primaire	41
2. Les recours	42
C. Adapter la consultation à l'adolescent	43
1. Savoir utiliser les outils existant	43
2. Propositions d'amélioration	45
III. Forces et limites de l'étude	48
A. Forces de l'étude	48
1. Cadre de réalisation	48
2. Déroulement et réflexivité	48
3. Participation	48
4. Originalité	49
B. Limites de l'études	49
1. Biais de recrutement	49
2. Biais liés aux chercheurs	49
3. Durée des entretiens	49
<b>CONCLUSION</b>	<b>50</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>51</b>
<b>INDEX</b>	<b>56</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>57</b>

## INTRODUCTION

---

En France, la consommation de cannabis est un problème de santé publique. Un adolescent de 17 ans sur deux (47,8%) déclare avoir déjà consommé du cannabis.(1)

Après une baisse de 2003 à 2011, les niveaux d'expérimentations du cannabis sont maintenant en hausse chez ces adolescents. Plus grave encore, les niveaux de consommations régulières sont également en hausse avec une prise de 2 points en 2014 (40% de hausse entre 2011 et 2014) et cela chez les garçons comme chez les filles.(1)

On observe une croissance importante des expérimentations en classe de 4ème (11%), 3ème (24%), et de seconde (35%). L'usage régulier de cannabis (plus de 10 fois dans le mois) est maximal en classe de première avec un taux de 11%.(2)(3)

Sur le plan médical, la période 15-25 ans est une phase clef de maturation neuro-psychologique. Ces processus pourraient être perturbés par les substances psychoactives, notamment le cannabis.(4)(5) Les adolescents seraient ainsi particulièrement vulnérables aux conséquences à long terme de consommations de ces substances.(6)

La consommation de cannabis est associée à la survenue de troubles psychiatriques graves (anxiété, dépression(7)(8), syndrome psychotique et schizophrénie(9)) mais aussi des troubles cognitifs (trouble de l'attention, de la mémoire).(5)

Plusieurs travaux ont démontré qu'une consommation à un âge précoce (avant 17 ans) était associée à une augmentation de troubles cognitifs et de difficultés des apprentissages.(4)

Lorsque l'usage devient problématique, les conséquences peuvent être lourdes avec une dégradation du niveau scolaire et un impact négatif sur le devenir psychosocial.(4) Il ne faut pas négliger par ailleurs les complications liées à la consommation de tabac.(10)

L'âge des premières expérimentations est une étape charnière pour les adolescents puisqu'ils vont être confrontés à la substance mais ne sont pas encore des consommateurs réguliers. C'est à cette période que les adolescents doivent pouvoir identifier les recours possibles en cas de questionnement ou de consommation débutante.

En milieu rural, les structures spécialisées ne sont pas ou peu accessibles.

En France, le médecin de premier recours reste le médecin généraliste. Il a pour mission, en tant qu'acteur de soins premiers, la prévention, le dépistage et la prise en charge des comportements à risque notamment envers la consommation de produits psycho-actifs chez l'adolescent. (11)

La place du médecin généraliste et des acteurs de santé locaux semble donc essentielle. Or c'est à l'adolescence que le recours au médecin libéral est le moins fréquent : seulement 8 % des consultations pour 13 % de la population (11-20 ans).(6) Bien que peu consulté par les adolescents relativement aux autres tranches d'âge, le médecin reste leur principal acteur de soins premiers.

Plusieurs études explorent les difficultés rencontrées par le médecin pour dépister les premières consommations et repérer les adolescents en difficultés.(12)

Il existe également des études rapportant les attentes de l'adolescent envers son médecin lors d'une consultation.(13) (14)

En revanche, nous n'avons pas retrouvé de travaux explorant les motivations et freins des adolescents à consulter le médecin généraliste concernant le cannabis.

Nous nous sommes interrogés sur les représentations qu'ont les adolescents scolarisés en milieu rural au sujet des recours possibles en cas de difficultés avec le cannabis.

Plus particulièrement, notre intérêt s'est porté sur leur point de vue concernant le rôle du médecin généraliste à ce propos.

**Nous avons essayé de comprendre les freins qu'ont les adolescents à parler à leur médecin généraliste de cannabis en explorant la perception qu'ils ont des recours possibles. Ceci afin d'identifier les moyens nécessaires au médecin généraliste pour devenir un recours.**

## **MATÉRIELS ET MÉTHODES**

---

### **I. Phase exploratoire et recherche bibliographique**

A partir de notre première orientation de recherche, nous avons exploré dans un premier temps la littérature afin de faire un état des lieux et de préciser notre problématique. Nous avons pour cela fait appel aux bases de données Pubmed, Sudoc, Cairn et Google Scholar. Nos lectures ont été complétées par quelques ouvrages concernant la méthodologie qualitative.(15)(16)

### **II. Choix de la méthode qualitative et du type d'entretien**

La méthode qualitative nous a paru la plus appropriée car notre problématique s’articule autour du recueil de représentations et de perceptions.

Le choix des entretiens individuels semi-dirigés plutôt que des focus group a été retenu pour deux raisons :

- l’hypothèse du caractère “tabou” du cannabis en tant que drogue,
- la peur du jugement.

Ces facteurs auraient pu refréner leur propos ou les mettre en difficulté.

### **III. Élaboration du guide d'entretien**

À partir de notre question de recherche, de nos lectures et d’ateliers qualitatifs organisés par le DUMG de la Faculté de Toulouse, nous avons établi en plusieurs étapes un premier guide d’entretien.

Nous avons pu tester celui-ci auprès de pairs dans un premier temps et de façon partielle en consultation lorsque nous en avons eu l’opportunité.

### **IV. Échantillonnage**

L’âge cible étant celui des premières expérimentations, il nous a paru judicieux d’interroger des élèves en classe de troisième.

De plus, ce choix nous a permis d’intervenir juste avant la répartition dans les différentes filières générales et professionnelles afin d’obtenir un échantillonnage le plus large possible.

Le collège d'Argelès-Gazost a semblé approprié à notre problématique par sa localisation rurale. Une convention entre cet établissement scolaire et la Faculté a été nécessaire à notre intervention. Cette convention a pu être établie après validation du projet par la commission de recherche du DUMG.

## **V. Présentation des chercheurs**

La première étape a consisté à prendre contact auprès de l'établissement afin d'organiser nos venues dans le collège et la rencontre avec les élèves.

Nous avons été reçus par le CPE, l'infirmière scolaire et l'assistante sociale, et nous leur avons exposé notre projet.

Afin que notre présence soit plus familière, une brève intervention en amphithéâtre nous a permis de rencontrer les élèves des quatre classes de troisième. Nous nous sommes présentés comme des chercheurs de l'Université Paul Sabatier et non comme des internes en médecine ou médecins afin de ne pas influencer leurs discours.

De plus, l'anonymat des entretiens et l'absence de jugement ont été soulignés dès cette première rencontre.

À cette occasion, nous avons chargé les délégués de classe de distribuer les formulaires d'information, de consentement et d'autorisation parentale (Annexe n°3).

Les retours de documents ont été supervisés par le CPE qui a pu procéder à des relances.

## **VI. Réalisation des entretiens**

### **A. Cadre de réalisation**

Afin de réaliser les entretiens, l'établissement a mis à notre disposition la salle multimédia de l'internat. Cette salle nous a permis de rencontrer les adolescents au calme, à l'abri du regard de leurs camarades et dans de bonnes conditions. Ce cadre était également un moyen de les soustraire à l'influence parentale sans les extraire de leur environnement quotidien.

### **B. Recrutement**

Les chercheurs sollicitaient les élèves ayant un consentement parental en allant à leur rencontre dans la cour entre midi et 14 heures, avant la reprise des cours.

### C. Déroulement des entretiens

Après une petite introduction rappelant notamment le caractère anonyme de l'entretien et l'attitude de non-jugement du chercheur, ce dernier débutait par le recueil de quelques données socio-démographiques.

À chaque fois que possible, les deux chercheurs étaient présents pour les entretiens, l'un menait l'entretien, l'autre était observateur. À la fin de l'entretien l'observateur pouvait reprendre certains éléments de la discussion s'il le jugeait utile. À défaut, certains entretiens ont été réalisés par un seul chercheur.

L'entretien se poursuivait à l'aide du guide d'entretien établi (Annexe n°1).

Enfin nous proposons à l'adolescent de terminer par un auto-questionnaire (Annexe n°2) écrit qui portait sur sa consommation de cannabis d'une part, et sur son médecin traitant d'autre part.

## VII. Recueil des données, retranscription, analyse, logiciels

### A. Enregistrement et retranscription

Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone de marque OLYMPUS°.

Nous avons effectué les retranscriptions sur le logiciel de traitement de texte OpenOffice° puis les avons intégrées sur le logiciel NVivo°.

Chaque entretien était ensuite codé individuellement par les deux chercheurs : un sur version papier grâce à des annotations après impression, l'autre directement sur le logiciel NVivo°.

### B. Triangulation des chercheurs

Lorsqu'un ou deux entretiens étaient codés par chacun des deux chercheurs, ceux-ci se réunissaient pour déterminer le codage définitif. À cette occasion, une brève synthèse sur les idées principales de chaque entretien ainsi que les ressentis des chercheurs était rédigée.

### C. Analyse

Une première analyse thématique devait être réalisée après quelques entretiens afin de réévaluer et d'apporter d'éventuelles modifications au guide.

#### D. Saturation des données

La saturation des données serait atteinte au moins après deux entretiens ne laissant apparaître aucune nouvelle catégorie répondant aux objectifs de la recherche.

### VIII. Réflexivité et posture des chercheurs

À chaque étape de notre travail, nous nous sommes efforcés de prendre en compte notre subjectivité ; depuis l'élaboration de la question de recherche jusqu'à la réalisation des entretiens et l'analyse. Nous avons pour cela recensé nos propres représentations et nos attentes vis-à-vis de ce travail, en tant que personnes, internes/médecins remplaçants et chercheurs.

### IX. Commission d'éthique

Ce projet de recherche a reçu un avis favorable de la Commission Éthique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées le 14 décembre 2016 (Annexe n°4).

## RÉSULTATS

---

### I. Description de la population

#### A. Autorisations parentales

Les autorisations parentales (Annexe n°3) ont été distribuées aux 111 élèves des quatre classes de troisième. Trente autorisations favorables et 35 refus nous ont été retournés. Aucun document n'a été récupéré pour 46 élèves. À noter qu'une classe entière n'a retourné aucune autorisation favorable (11 refus et 16 non rendus).

#### B. Caractéristiques des entretiens

Quatorze entretiens ont été menés du 7 mars 2017 au 10 juin 2017. Tous les élèves étaient choisis dans la cour de récréation sur la base du volontariat. Ils ont été menés dans la salle multimédia de l'internat, autour d'une table ronde. La durée minimale des entretiens était de 10 minutes et la durée maximale était de 20 minutes.

#### C. Saturation des données

La saturation des données a été obtenue après 11 entretiens. Trois entretiens supplémentaires ont été réalisés afin de vérifier l'absence de nouvelles catégories lors de l'analyse.

#### D. Principales caractéristiques de l'échantillon

Les données socio-démographiques recueillies sont consultables sous forme d'un tableau exhaustif en Annexe n°5.

Sur les 14 adolescents interrogés nous comptons 7 filles et 7 garçons. Ils avaient entre 13 et 15 ans et étaient en classe de troisième dans le Collège-Lycée climatique d'Argelès-Gazost en Hautes-Pyrénées (65). Nous comptons 8 demi-pensionnaires et 6 internes.

Un seul élève prenait un traitement au quotidien. Il s'agissait d'antihistaminiques dans le cadre d'une rhino-conjonctivite allergique. Tous avaient un médecin traitant et pour la plupart (12 sur 14) le même que leurs parents. Deux adolescents seulement avaient déjà consulté seul leur médecin traitant. Parmi les 12 autres, 3 élèves souhaitaient le consulter



seul, les autres ne le souhaitant pas ou n'ayant pas répondu. Aucun des adolescents interrogés n'avait déjà parlé de cannabis avec son médecin, que cela vienne du jeune ou du médecin.

Dans l'échantillon de 14 élèves, 2 avaient déjà expérimenté le cannabis et tous deux à 14 ans. Les deux avaient fumé dans l'année mais pas dans les trente derniers jours.

## II. Représentations du cannabis

### A. Généralités

Pour la plupart des adolescents interrogés, le cannabis était une **drogue** et se consommait principalement sous forme **inhalisée** : “Ça se fume...” Ado 12. Le **mode consommation** le plus évoqué était le **joint** et était parfois assimilé à la **cigarette**.

Les discours entendus laissaient sous-entendre une **méconnaissance** de la substance : “je sais que c’est comme euh... une drogue euh... mais j’en sais pas plus.” Ado 7.

### B. Sur-représentation de la dangerosité du cannabis

Nous observons fréquemment des discours de **dramatisation** ou de **caricature** de la consommation. La consommation de cannabis y était alors directement associée à la **mort** ou à **une addiction grave** telle une **drogue dure** : “moi je pense à tous ces gens qui sont morts à cause de ça, d’overdoses ou comme ça” Ado 2.

### C. Banalisation de la consommation

La consommation de cannabis était parfois **banalisée** et par extension **non perçue comme un problème** : “Parce que je pense que ce sera pas une maladie, fin si je fumais ce serait pas une maladie, et j’pense que ce serait pas aussi grave...” Ado 10. **Cette perception était moins répandue.**

### D. Effet sur la santé

Plusieurs types d’effets sur la santé furent évoqués.

Les **effets positifs** étaient souvent **comportementaux** et **socialement facilitants**.

Il s’agissait d’effets à **court terme et éphémères** : “au moment où tu le prends t’es bien t’es tout content ou je sais pas mais après tu vas être comme avant ou pire !” Ado 7.

Cependant les **effets négatifs** étaient au **premier plan**.

#### 1. Dépendance

La **dépendance** était fréquemment associée au cannabis. Les notions de **durée** de consommation et de **quantité** paraissaient importantes : “euh ca te fait bien un moment euh... j’sais pas... mais après au cours du temps c’est mal, fin oui c’est mauvais mais après oui c’est mauvais si tu prends beaucoup c’est encore pire.” Ado 7.

Mais pas toujours... le cannabis pouvant ne pas donner d'addiction : "C : le cannabis ça fait pas ça ? - A : euh non" Ado 10.

**Cette addiction** était souvent représentée comme un **problème de santé** : "je pense que comme le corps il en réclame ça veut dire qu'il en a besoin et donc c'est quand même la santé" Ado 13.

On retrouvait donc une **ambivalence** sur cette notion **d'addiction** au cannabis : "ça serait peut-être entre les deux, parce que c'est une maladie qui peut se guérir, [...] c'est pas une maladie à proprement parler, c'est une addiction en fait je sais pas vraiment." Ado 11.

## 2. Effets psycho-comportementaux

Ado 5 : "le cannabis ça peut faire une perte de contrôle comme l'alcool et tout." et Ado 6 : "oui, une personne plus ou moins calme, avec ça il peut devenir agressif...".

## 3. Effets somatiques

Les adolescents évoquaient des effets nocifs pour les **poumons**, le **cerveau**, le **foie** ou la **gorge**. Certains faisaient un lien avec les **pathologies associées à la consommation de tabac** : "ba je pense que ça peut provoquer des cancers comme le tabac..." Ado 10.

## E. Représentations sociales et tabou

### 1. "C'est puni par la loi" Ado 1

La représentation de la consommation de cannabis faite par les adolescents était souvent directement corrélée à l'**interdit**. Ainsi l'**illégalité** et les **peines judiciaires** encourues rendaient **difficile d'en parler** : "ba le fait qu'on soit hors-la-loi, on a commis, on peut aller en prison, c'est important quand même, parce que ça choque..." Ado 10.

### 2. Interdit moral

On retrouvait également un **interdit moral** liée à la représentation sociale du cannabis.

Un **tabou** était exprimé de la part des adolescents et cette peur d'être **mal vu** ("Et c'est le fait d'en consommer qui est mal vu" Ado 2) était associée à une **difficulté d'en parler** : "ben y'en a, fin je pense, qui doivent pas vouloir le dire trop, fin c'est un peu, on va pas dire tabou mais genre c'est pas quelque chose qui se dit sur tout les toits quoi" Ado 13.

Cet interdit moral était parfois associé à la dangerosité perçue (cf ci-dessus) : "ben parce que

c'est dangereux pour la santé et que, ben généralement quand on dit qu'on consomme c'est pas très bien vu..." Ado 2. Ce tabou était présent également à l'échelle familiale avec une **peur de la sanction parentale**.

### 3. *Stigmatisation*

Certains adolescents associaient la consommation de cannabis à la **délinquance** et les consommateurs étaient des "**drogués**" : "j'entends des copains ils disent ça, ceux qui fument du cannabis c'est des gangsters" Ado 10.

## F. Sources d'informations

Les sources d'informations étaient souvent multiples et parfois les jeunes avaient du mal à restituer l'origine de leurs connaissances sur le cannabis.

### 1. *Les médias*

Les adolescents rapportaient avoir appris ce qu'ils savaient du cannabis par le biais des médias avec une place importante de **la télévision** qui appuyait le caractère illégal du cannabis. Les **réseaux sociaux** étaient également cités comme source de leurs connaissances sur le cannabis : "ba des copains qui parlent de ça et voilà, sur internet, sur facebook. [...] ba des snapchat, des articles qui parlent de ça ... voilà..." Ado 10.

**Internet** en général était le moyen par lequel ils envisageaient de pouvoir s'informer.

### 2. *Les pairs*

La connaissance d'**amis consommateurs**, les discussions avec les **camarades du collège** représentaient également une source d'information.

### 3. *Les parents*

Certains adolescents **avaient déjà discuté du cannabis** ou envisageaient de pouvoir poser des questions à leurs parents sans difficulté : "ouais, ils sont ouverts sur ça. [...] ils veulent plutôt en parler pour pas que je fasse de bêtises après" Ado 1 et "après, j'en ai vachement parlé avec ma mère de tout ça aussi" Ado 9.

Il fallait parfois un **prétexte pour en parler** avec les parents, par exemple l'évocation du sujet à la télévision ("fin on en avait entendu parler à la télé du coup 'fin", Ado 3) ou notre

venue (“fin j’ai demandé à mes parents parce que vous êtes venus euh...” Ado 7).

#### 4. *Actions de prévention*

##### ➤ *Interventions en milieu scolaire*

Les adolescents avaient bénéficié d’**interventions de prévention au collège** concernant les drogues : “oui euh... quand j’étais en 6ème et euh... j’ai eu aussi une réunion et ils nous ont parlé de la drogue en général, pas que du cannabis” Ado 7.

Les intervenants cités étaient soit les **enseignants** du collège, soit **la police ou la gendarmerie**. Une action de **théâtre participatif** a eu lieu sur la fin de période pendant laquelle se déroulait nos entretiens. À part un adolescent ayant évoqué cette action, nous n’avons pas eu de retour sur cet évènement lors de nos entretiens.

Le message retenu qui prédominait était l’**injonction de ne pas fumer**, en raison des **effets nocifs sur la santé** et de l’**interdit légal** : “enfin même quand on en parle, quand on a les préventions tout ça ben on nous dit que c’est nocif, fin que faut pas qu’on en prenne”, Ado 12 et : “l’année dernière on a eu une intervention... [...] une personne qui nous expliquait [...] le cannabis, ce que c’était, et qu’il fallait pas en fumer et tout” Ado 1.

##### ➤ *Affichage*

La présence d’affiches de prévention était évoquée : “plein d’affiches comme ça quand on va à l’infirmerie [...] où y faut dire qu’il faut en parler” Ado 1.

Une adolescente citait “un message choc” tout en le négligeant... : “oula c’est il y a longtemps... euh... “fumer du cannabis tue” je sais pas trop quoi. [...] vite fait, je les ai lues parce que je m’enuyais sinon euh ... ça m’intéresse pas.” Ado 5.

### III. Perceptions des recours envisagés

#### A. Motivations de l'adolescent au recours

##### 1. Motivations découlant des représentations du cannabis

La non perception de la dangerosité de la substance excluait le recours ou la recherche d'information. La consommation (ou la non consommation) de cannabis était une décision propre à l'adolescent qui **ne se sentait pas vulnérable** vis-à-vis de la substance et du risque d'addiction : “si on veut fumer du cannabis, on peut et si on à l'intention de euh dans sa tête si on veut ne pas toucher de cannabis on peut très bien faire ça.” Ado 10.

La **banalisation** de certains effets sur la santé induits par la consommation de toxiques impliquait une **absence de recours** au professionnel : “non parce que, fin après, fin moi si j'suis par exemple dans un coma éthylique c'est pas si grave que ça quoi.” [évoque le coma éthylique par comparaison en terme de gravité aux conséquences d'un abus de cannabis] [...] bein euh c'est pas si grave que ça, je vais pas mourir à cause du cannabis...” Ado 5.

Ces abus étaient toutefois **acceptables dans un contexte** précis, comme lors d'un usage festif. Il pouvait alors apparaître une ambivalence puisque l'usage en journée, lui restait négativement connoté : “c'est pas un exploit non plus !” Ado 5.

##### 2. Distance avec la substance et peur du jugement

La plupart des adolescents non expérimentateurs soulignaient leur distance avec la substance et le fait de n'être **pas concerné**. Une certaine **pudeur** se dégageait de leur discours : “ben moi je sais pas trop parce que j'en fais... enfin je suis pas dans... enfin je consomme pas euh... je suis jamais rentré dedans donc euh... j'ai pas vraiment besoin d'en parler” Ado 2. Parfois la **peur du jugement** était clairement exprimée : “parce qu'on se dit tout et elles vont pas me juger et c'est plus facile d'en parler avec des copines qu'avec nos parents ou d'autres personnes.” Ado 5.

##### 3. Affirmation d'un désir d'autonomie - d'indépendance

Selon une expérimentatrice, il était **facile d'arrêter d'elle-même** en cas de débordement. Elle possédait les capacités de le faire sans l'aide de personne : “je préfère essayer d'arrêter moi-même qu'avec ... elle.” Ado 10.

#### 4. Chercher de l'aide quand on est en difficulté n'est pas facile

Pour les adolescents, le fait de consommer du cannabis était souvent associée à des **difficultés personnelles**. Ces difficultés pourraient rendre encore plus difficile la recherche d'aide... : “sachant que si on prend ça je pense, c'est qu'il y a un mal-être, ça doit encore plus rendre difficile...” Ado 13.

#### B. Recours identifiés en cas de difficultés

Les adolescents évoquaient des recours avec beaucoup d'**hésitations** et les **solutions étaient multiples, parfois inappropriées**. Il ne semblait pas se dégager un recours universel : “je connais pas vraiment le rôle des deux, enfin l'assistante sociale c'est plus pour les problèmes dans la famille, et l'infirmière, santé.” Ado 9.

Les notions de **confiance** et de **compétence** étaient recherchées : “un en qui on a confiance et qu'on aime bien, quoi, [...], fin avec qui on a une bonne relation” Ado 13 et “ba comme des personnes qui savent dans le thème et qui peuvent me dire ce qui est bien et ce qui est mal” Ado 7.

L'aspect **illégal** et **interdit** paraissait freiner certains adolescents à en parler : “ben parce que vu que c'est pas ... autorisé, vu que c'est ... je sais pas, un délit... en quelque sorte ... et beu euh... enfin c'est difficile à chaque fois, d'avouer ses torts” Ado 1.

#### 1. Parents

En cas de difficulté, le recours aux parents était quasiment **incontournable**. Mais il se dégageait plusieurs contradictions : le désir d'autonomie confronté au besoin encore présent des parents d'une part ; une confiance sur laquelle on peut s'appuyer *versus* le risque de rompre celle-ci en avouant un tort d'autre part : “c'est toujours compliqué avec les parents” Ado 11.

##### ➤ *Un atout des parents : la proximité*

Un des atouts des parents était leur **présence** auprès de l'adolescent au quotidien : “parce que mes parents sont tous les jours chez moi ils sauraient comment me parler tout ça...” Ado 12. En parallèle, le **sentiment de dépendance** rendait inévitable d'en parler avec les parents : “il est hors de question que ça se sache pas par ses parents au moins” Ado 9.

➤ *Rôle et compétence des parents*

En tant que parents, ils avaient un **rôle d'information et d'aide** à l'arrêt et **ils savaient quoi faire...** : “ils savent quand même ce qui est bon pour nous et comment on est vraiment, ils savent comment nous aider.” Ado 3. Ils pouvaient endosser le **rôle d'intermédiaire** dans la recherche d'aide auprès du médecin : “je pense que je verrais d'abord mes parents et ensuite mes parents me feraient aller chez le docteur.” Ado 4.

En parler aux parents générait toutefois des peurs : “je sais pas, peut être par peur je leur aurais pas dit [avant]” Ado 12. Ces craintes concernaient la **réaction des parents**. Les adolescents craignaient de la **colère** ou de la **déception** des parents, en tant qu'enfants soumis à leur autorité et en recherche de leur reconnaissance : “ils pourraient..., seraient déçus de nous, enfin je sais pas... ils s'énerveraient aussi.” Ado 3.

Le risque de **sanctions parentales** avait son importance : “qu'ils me punissent ou qu'ils me grondent... [...] je sais pas j'aurais peur” Ado 12. Parfois il s'agissait plutôt d'une peur de les **inquiéter** qui traduisait leur désir d'autonomie : “c'est ma famille donc si je lui dis que j'ai un problème avec les drogues que je consomme des drogues je vais les affecter” Ado 6. On retrouvait parfois le besoin d'un **intermédiaire** pour en parler avec les parents... : [en parlant de l'assistante sociale scolaire] “fin elle peut nous aider pour trouver des solutions pour leur dire” Ado 3.

➤ *La relation de confiance : un enjeu important*

Les adolescents exprimaient avoir confiance en leurs parents qui étaient perçus comme bienveillants et aidants. Cette confiance facilitait le recours aux parents en cas de difficultés : “Premièrement mes parents parce que j'ai beaucoup de confiance avec eux” Ado 7.

Pourtant cette relation de confiance bilatérale pouvait être entachée par la révélation d'une consommation de cannabis. L'adolescent craignait de rompre un “contrat moral” pré-établi avec ses parents : “ils nous faisaient confiance, parce que par exemple on avait dit qu'on allait jamais en prendre, jamais toucher à la drogue et que au final on l'a fait” Ado 3.



## 2. Autres adultes

Le recours à d'autres adultes que les parents, était parfois évoqué. Faire appel à des personnes d'un cercle plus élargi pouvait entraîner moins de répercussions négatives. Les enjeux spécifiques à la relation parent-enfant étaient préservés : "ba ma mamie elle m'engueule et après c'est bon !" Ado 5.

Parfois, il fallait même quitter complètement le cercle familial à la recherche d'une plus grande **neutralité** de l'écoute : "et puis ils sont p'têt pas très objectifs aussi genre, [...] il vaut mieux se tourner vers des gens de l'extérieur plutôt que la famille" Ado 2.

Dans ce cadre extra-familial, les adolescents ont parfois évoqué le **personnel enseignant ou encadrant du collège**, pour leur **compétences pédagogiques**. Mais pour certains, il y avait un risque de sanction en s'adressant au personnel du collège.

## 3. Les pairs

Ado 14 : "Ça peut être aussi des lycéens aussi, qui par exemple peuvent parler à des collégiens pour leur raconter que ça peut être pas bon ça ou quoi. Peut-être il sait mieux ce que c'est parce qu'il a vécu ça et il sait mieux s'en sortir pour pas que les autres fassent la même erreur que lui."

## 4. Professionnels

### ➤ *L'infirmière scolaire*

L'infirmière scolaire était régulièrement évoquée comme premier recours en cas de difficultés avec le cannabis, à la fois "pour avoir des convictions pour arrêter" Ado 2, et pour "qu'on parle de ce qui va pas", "elle sert pas juste à nous soigner" Ado 1.

Pour les adolescents, l'accompagnement en cas de problématiques liées au cannabis faisaient réellement partie de ses missions. Elle avait d'ailleurs une **légitimité** renforcée dans ce domaine car "son milieu à elle c'est les jeunes" Ado 2.

Quelques témoignages étaient discordants sur l'aide qu'elle pouvait apporter : "euh parce que je pense qu'elle m'aiderait pas beaucoup." Ado 10.

D'autres adolescents ne partageaient pas la même opinion sur ses missions, les limitant à la prise en charge des maladies somatiques simples.

Elle était par ailleurs identifiée comme **porteuse d'un message de prévention** : “ba oui elle fait des interventions dans les classes et tout...” Ado 5.

#### ❑ Attitude empathique

Certains adolescents percevaient chez l'infirmière un **comportement empathique** qui facilitait une **relation de confiance** et leur permettait de l'envisager comme un recours : “elle est calme, on dirait qu'elle est vachement compréhensive et que du coup elle pourrait facilement nous aider à parler.” Ado 2 et “elle met énormément en confiance, on peut lui parler de beaucoup de choses, elle est super gentille, elle juge pas, elle t'écoute et elle te conseille” Ado 9.

#### ❑ Compétences dans l'accompagnement psychologique

“Oui si je me sens mal à cause du cannabis oui ou juste psychologiquement” Ado 7. Ainsi l'infirmière scolaire pouvait être perçue comme un recours privilégié par ses capacités d'écoute.

#### ❑ Elle a déjà abordé le sujet du cannabis

Ado 2 : “je pense que l'infirmière genre si elle est là c'est aussi pour qu'on puisse lui parler, elle nous l'a déjà répété plusieurs fois en plus”

#### ❑ Importance des expériences passées

Un **vécu négatif** pouvait exclure l'infirmière des recours possibles pour un adolescent en particulier : “Moi j'avais été là-bas parce que j'étais malade comme un chien et elle m'avait donné un livre pour l'alimentation donc euh... donc moi perso je trouve qu'elle sert à rien (rire gêné)” Ado 13.

#### ➤ *L'assistante sociale scolaire*

En cas de recherche d'aide, l'assistante sociale scolaire faisait partie des recours envisagés par certains adolescents. Le rôle qui lui était attribué pouvait même dépasser ses

compétences réelles : “ben elle peut nous donner des conseils ’fin ben par exemple pour arrêter” Ado 3.

➤ *Aide téléphonique : “si jamais ça va vraiment trop loin”, Ado 11*

Ado 4 : “Mais il y a les numéros pour le cannabis qui passent à la télé là. Mais bon faut le faire en dernier recours.”

## IV. Freins et attentes envers le médecin généraliste

### A. Connaissance du rôle du médecin

#### 1. Champ d'action du médecin

##### ➤ *Rôle technico-administratif du médecin*

Le rôle du médecin selon l'adolescent pouvait se limiter à la rédaction de **certificats** et **ordonnances**. Pour certains, il était associé à des **situations stéréotypées**, ou bien certains actes techniques comme "faire des piqûres de rappel" Ado 10. Le rôle de "soins" lui-même pouvait être restreint à l'aspect **somatique** : "moi je pense qu'il est juste là pour soigner les gens et pas pour parler avec eux." Ado 5.

##### ➤ *Rôle en cas de "maladie"*

Parfois, son rôle était strictement lié à la **maladie** : "non mais je vais pratiquement pas chez le docteur, je suis presque jamais malade" Ado 4.

#### 2. Recours spécifique vis-à-vis du cannabis

##### ➤ *Le médecin, un recours peut-être ?*

Le médecin a pu être évoqué comme **premier recours** par quelques adolescents. Mais souvent, son rôle était **validé après évocation** par le chercheur : "c'est pas la personne à laquelle je pense le plus rapidement, mais maintenant que vous en parlez, c'est vrai, que ça serait peut-être bien" Ado 11.

Son **rôle** exact en matière de cannabis était **plus ou moins bien défini** et parfois **restreint à une solution d'arrêt**. Il était considéré comme **compétent** par son **savoir** et son **expérience** : "il aura aussi d'autres patients qui ont ces problèmes." Ado 6.

Mais ce savoir et ces compétences ne faisaient toutefois pas l'unanimité : "ba déjà il y a pas beaucoup de monde qui vont voir le médecin à cause de ça et que bin il est pas formé" Ado 10. La prise en charge médicale pouvait même susciter des **craintes** :

- la crainte d'un **échec** : "peut être en me donnant des patch des truc comme ça, moi j'ai entendu déjà mais ça marche pas apparemment " Ado 10.
- ou bien la crainte d'un **effet iatrogène de la consultation** : "quelquefois c'est

mieux ne faire rien que aller au médecin [...] parce qu'il peut te dire une chose et aussi les médicaments il peut faire des autres choses ou réagir mal" Ado 6.

La **banalisation** de la consommation de cannabis rendait la place du **médecin futile**. Le médecin pourrait intervenir seulement si "c'est vraiment très grave" Ado 10.

Ainsi il pouvait y avoir une **sectorisation des rôles des professionnels de santé**. **L'infirmière** par exemple était considérée comme **plus apte et plus proche** pour parler du cannabis. **Le médecin** était réservé aux **situations "graves"**, la gravité pouvant être associée au fait d'être "**malade**" : "A : ba l'infirmiere elle intervient un peu dans tous les cas et euh... je sais pas c'est une personne proche d'ici qui peut l'aider. - D : plus que le médecin ? - A : le médecin on y va plus pour les trucs importants genre quand on est malade et tout ça mais pas pour parler du cannabis..." Ado 5.

➤ *Ou pas du tout...*

Le médecin pouvait être perçu comme **impuissant ou inutile** face aux problématiques liées au cannabis : "elle comprend bien mais le problème c'est qu'elle ferait rien." Ado 4.

➤ *Place du médecin dans la prise en charge psychologique*

Le médecin pouvait avoir un **rôle de soutien psychologique** : " ba il peut nous remonter le moral" Ado 4. Mais le plus souvent, son rôle se cantonnait à de **l'orientation vers un professionnel compétent** dans ce domaine. Celui-ci était le plus souvent un **psychologue**. **L'infirmière scolaire** pouvait également avoir cette **compétence "de dialogue"** pour certains : "elle est aussi là pour qu'on parle de ce qui va pas alors que le médecin pour moi il nous soigne quoi !" Ado 2.

**Ainsi l'aspect psychologique** était souvent distingué de la "santé" : "il pourrait nous aider à aller voir quelqu'un qui pourrait nous aider dans le mental, et puis lui, il peut nous aider sur notre santé" Ado 13. La bonne santé était opposée à un état de **maladie "concrète"**, sous-entendue somatique : "non lui, c'est plus tout ce qui est concret [...] pas psychologique, c'est... on a les amygdales gonflées (montre du doigt)" Ado 9.

En effet le médecin était rarement perçu comme un recours direct "pour parler" d'un

mal-être psychologique : “je sais pas, moi je pense qu’il est juste là pour soigner les gens et pas pour parler avec eux.” Ado 5.

Ces représentations pouvaient être liées aux capacités que l’adolescent percevait chez leur propre médecin en fonction de **la relation établie jusque là...** “Et puis ça dépend lesquels, fin les généralistes à Argelès, c’est on passe, on regarde la gorge, on nous donne une ordonnance avec plein d’antibiotiques, on sait pas si c’est bactérien ou viral puis on va à la pharmacie et on prend ce qui nous donne. Du coup, c’est pas des gens à qui on peut parler très facilement.” Ado 9 ...ou bien parce qu’il considérait que ce n’était **pas de son ressort** tout simplement : “parce que c’est pas son métier de faire ça.” Ado 10.

➤ *Le médecin est celui qui peut donner des médicaments pour arrêter*

“bé je pense qu’il peut donner des médicaments qui peuvent euh... faire arrêter l’addiction et petit à petit nous faire arrêter.” Ado 4.

➤ *Rôle de prévention primaire ?*

Le cannabis **avait rarement été abordé en consultation** avec les adolescents.

Au vu de ses connaissances, le médecin **pouvait pourtant avoir un rôle de prévention primaire** : “oui je pense, vu que ben par rapport à la santé il s’y connaît donc il pourrait nous dire enfin ce qui pourrait ne pas aller et après euh...” Ado 2.

Mais pour certains, son rôle se limitait à la **prise en charge des consommateurs** et à **l’aide à l’arrêt** : “fin, santé oui, mais fin parler des risques comme ça... leur rôle c’est de faire pour que ça s’arrête” Ado 9.

## B. Attitude du médecin

### 1. Le cannabis a déjà été abordé par le professionnel

Comme on l’a vu précédemment, le cannabis avait rarement été abordé par le médecin auparavant, pourtant cette ouverture était attendue des adolescents et pouvait faciliter le recours au médecin en cas de difficulté liée au cannabis par la suite.

## 2. Empathie

Une attitude **compréhensive** et **empathique** était attendue par les adolescents pour pouvoir évoquer le cannabis auprès d'un professionnel : “ba ceux qui me comprennent déjà... qui comprendront que je suis addict et que je peux pas m'arrêter je pense.” Ado 10.

## 3. Relation de confiance

Une des conditions primordiales pour parler de cannabis était d'avoir déjà établi une **bonne relation de confiance** : “à quelqu'un qui a de ma confiance” Ado 6. Elle était d'autant plus forte que l'adolescent **connaissait son médecin de longue date** : “moi je la connais, ça devrait aller mais les gens qu'on connaît on leur parle plus on... on dévoile plus la face cachée de nous... par rapport à ceux qu'on connaît pas.” Ado 4.

À l'inverse, certains adolescents ne se disent pas perturbés par un changement fréquent de médecin.

Le médecin ne bénéficiait pas par nature d'un crédit inconditionnel car **plusieurs “profils” de médecins** pouvaient exister. Cette notion de **connaissance de son médecin** était donc importante pour l'adolescent : “un médecin... ça dépend on n'est pas obligé de faire confiance à son médecin, moi personnellement je lui fais confiance” Ado 11. **La connaissance de ses pratiques** permettait de savoir s'il pouvait être à l'écoute notamment : “ça dépend du médecin, euh ya quelqu'un qui peut t'aider, qui peut te conseiller et parler avec toi et il y a quelqu'un qui te donne seulement les médicaments” Ado 6.

Néanmoins, un vécu d'**échec** thérapeutique pouvait rompre le lien : “y'en a qui le prennent mal s'il arrive pas à nous soigner donc ils rejettent la faute sur le médecin” Ado 11.

D'autres éléments pouvaient intervenir comme le **sentiment de proximité** ou de **distance relationnelle** avec le médecin : “parce que j'en suis absolument pas proche” Ado 9.

**Le genre du professionnel** jouait pour certains un rôle dans la confiance qui lui était allouée. **L'âge** pouvait générer également de la distance.

## 4. Paternalisme et moralisme

La parole du médecin avait un **ton autoritaire** qui dit “ce qui va”, ou “ce qui ne va pas” : “et nous dire que c'est pas bien et tout ça” Ado 4. Il pouvait même être perçu comme **moralisateur** : “ben qu'il nous ferait la leçon de morale” Ado 5.

Il risquait d'**imposer** à l'adolescent **une solution** de façon unilatérale : “nous on n'est pas forcément d'accord avec ce qu'il propose et qu'on pense que c'est pas... c'est pas ça ce qui faut pour nous” Ado 3.

## C. Impact de l'Accessibilité

### 1. Accessibilité Géographique

**L'éloignement géographique** semblait être problématique lorsque l'adolescent devait consulter son médecin : “mon docteur il habite assez loin de chez moi, du coup 'fin oui c'est compliqué” Ado 3 .

Cela d'autant plus s'il voulait le voir seul, car dans ce cas, seuls les adolescents possédant un **moyen de locomotion** ou ayant un médecin proche de chez eux pouvaient y accéder facilement “C : il habite loin de chez toi ? - A : un peu ouai - C : tu pourrais y aller tout seul ? - A : euh oui - C : tu ferais comment ? - A : avec mon scoote” Ado 12.

La présence et le rôle des parents étaient ici primordiaux pour l'accès au médecin traitant, “parce qu'il faut y aller en voiture” Ado 3.

### 2. Modalités pratiques

#### ➤ *Consulter seul*

Évoquer une consommation de cannabis ou même en parler avec le médecin traitant semblait difficile en présence des parents : “'fin si ya nos parents en même temps... et qu'ils sont pas au courant, c'est plus dur 'fin, on peut pas le dire 'fin” Ado 3.

Une consultation seul avec le médecin semblait effrayer quelques adolescents : “ba j'irais mais je pense que cela ne m'enchanterait pas plus que ça...” Ado 5.

Au contraire, certains semblaient savoir comment voir leur médecin seuls sans forcément l'avoir déjà fait : “après je pense que le docteur on peut prendre rendez-vous sans le dire à ses parents, si vraiment on veut pas que les parents le sachent” Ado 13.



Parfois le médecin était un professionnel de santé qu'un mineur était obligé de voir en **présence d'un adulte**.

Certaines **situations particulières** semblaient justifier une **consultation seul** et d'autres non : "ah mais c'est pas la même chose si tu vas parler à ton médecin si tu consommes des drogues que si tu as cassé par exemple le genou" Ado 6.

➤ Contrainte organisationnelle

Dans le discours de certains adolescents un facteur organisationnel semblait se détacher et pouvait expliquer une difficulté d'accès aux professionnels de santé tel que leur médecin.

Ainsi la **facilité à prendre des rendez-vous** pouvait faciliter l'accès à la consultation : "A : je l'appelle, je demande un rendez-vous... - C : c'est toi qui fait ça ? - A : bon mes parents et après quand il me donne le jour et l'heure je parle avec lui" Ado 6.

#### D. Perceptions du secret professionnel et de la confidentialité

La **perception du secret médical** par les adolescents interrogés était liée à la notion d'**être "à l'aise"** avec son médecin.

Ainsi, une **confiance dans la relation médecin-patient** était indispensable pour garantir le **respect du secret professionnel** : "oui... après j'ai confiance dans mon docteur donc je pense qu'elle le ferait pas [en parlant de le dire à ses parents]" Ado 13.

L'information de l'**existence du secret médical** n'était pas acquise pour certains d'entre eux : "leur rôle c'est de faire pour que ça s'arrête, du coup il en parlerait forcément aux parents ou pratiquement" Ado 9.

La **présence des parents** en consultation et parfois même la **proximité** entre les parents et le médecin pouvait être un **obstacle à la confidentialité** : "puis même, comme mes parents y connaissent bien mon docteur, je pense, ça, peut-être que ça me freinerait si jamais je voulais pas le dire à mes parents" Ado 13.

Le **médecin pouvait passer outre le secret**, surtout envers les parents, pour plusieurs raisons :

- Soit pour **“aider”** le jeune en difficulté : “ba il me donnerait des solutions et il en parlerait à mes parents je pense... ça serait plus facile que ce soit quelqu’un d’autre qui leur dise [...] je pense qu’il le dirait parce qu’ils pourraient m’aider avec mes parents.” Ado 12. Il aurait alors un rôle de médiateur.
- Soit quand il y avait une notion de **gravité ou de maladie grave** : “normalement, il a pas droit mais peut-être qu’il peut en parler à nos parents si c’est vraiment grave...” Ado 3.

Le **médecin** était parfois associé aux **autorités judiciaires**, et par conséquent les élèves lui attribuaient une **fonction “légale”**. Le **secret professionnel** était **“annulé”** par le caractère illicite du cannabis. Le médecin devait alors automatiquement en référer aux autorités judiciaires : “ils sont obligés de prévenir la police et tout ça à mon avis.” Ado 4.

## DISCUSSION

---

Nous avons mis en évidence qu'un des freins qu'ont les adolescents à aborder le cannabis avec leur médecin était la **méconnaissance du cannabis** en tant que **problème de santé**. A cet âge où ont lieu les **premières expérimentations**, on observe de façon étonnante une **dramatisation** du cannabis par les adolescents. La consommation de cannabis était **socialement stigmatisante** ce qui constituait un réel rempart à la consultation. L'addiction était une notion floue.

Nous avons également retrouvé que la **relation médecin-adolescent** était perçue comme **inadaptée** à un travail de prévention au sein d'une consultation de soins premiers. L'image du **médecin** était souvent **caricaturale** et son **rôle sous-estimé**. Son attitude pouvait être perçue comme moralisatrice et manquait d'empathie.

De ce fait, le médecin généraliste était **rarement envisagé comme un recours** en cas de difficultés rencontrées avec le cannabis.

### I. Essai de théorisation et confrontation aux données de la littérature

Lors des entretiens nous avons pu mettre en évidence des éléments déterminants dans le recours au médecin traitant concernant le cannabis. Ces éléments peuvent se répartir selon trois niveaux : l'adolescent, son environnement et la relation avec son médecin.

#### A. L'adolescent et ses particularités

##### 1. Construction d'un interdit à braver

Notre question d'ouverture portait sur les connaissances de l'adolescent concernant le cannabis. Elle donnait lieu à beaucoup d'hésitations et un développement très limité.

Malgré des connaissances floues ou parfois erronées sur le cannabis, un des constats marquants qui nous est apparu était la dramatisation du cannabis et l'affirmation d'une distance avec cette substance. Cette distance pouvait se traduire par des manifestations de pudeur ou de peur du jugement.

La plupart des adolescents que nous avons interrogés souhaitaient se distinguer de "ceux qui fument" ou "des drogués", en nous rappelant très vite qu'eux-mêmes n'étaient pas

concernés. Les consommateurs étaient alors considérés comme socialement déviants.

Par ailleurs, l'interdiction légale était presque systématiquement évoquée dès le début de l'entretien.

**Cette stigmatisation peut pourtant paraître surprenante dans cette catégorie d'âge où les premiers expérimentateurs émergent.**

On peut ainsi supposer que cet interdit à la fois social, légal voire familial allait pouvoir devenir un objet idéal de transgression ou d'exposition au danger. Cette identité sociale de "drogués" qui peut sembler peu attrayante à première vue, apparaîtra peut-être d'ici peu comme fascinante et désirable aux yeux d'un adolescent qui cherche à s'affirmer ? En effet, à cet âge, on observe une importance grandissante de l'influence des pairs dans la construction de l'identité sociale.(17)(18)(19)

2. Recherche d'autonomie et prise de contrôle sur soi

À l'inverse, certains adolescents, soit expérimentateurs soit ayant des consommateurs dans leur entourage, avaient plutôt tendance à banaliser la consommation de cannabis. Ils exprimaient notamment un sentiment d'invulnérabilité envers la substance.

Fumer du cannabis était une question de choix personnel, renforçant leur sentiment d'autonomie. On pouvait alors consommer puis prendre la décision d'arrêter par soi-même, seul, sans recourir à qui que ce soit.

L'enjeu de l'**autonomisation** est un ressort connu de l'appétence pour le cannabis. La consommation de cannabis peut être un moyen de prendre ses distances avec les adultes dont il dépend, au risque d'une "rupture".(18)(19)

En parallèle, concernant la santé, les adolescents vont progressivement dé-responsabiliser les autres.(20) Le hasard prend une plus grande place comme si le rôle des parents qui étaient sensés le protéger jusque là était transféré au destin et à la chance.

3. L'addiction : des liens complexes avec la santé

La représentation de l'addiction en tant que problème de santé ou maladie était sujette à des ambivalences. Nous avons pu constater que l'addiction n'était pas toujours abordée lors de la question des effets sur la santé. Son évocation survenait à d'autres moments de l'entretien.

Par ailleurs, les hésitations et propos contradictoires étaient fréquents lorsque nous cherchions à mettre en relation addiction et santé (ou addiction et maladie).

Ce trouble semblait être lié aux aspects psycho-comportemental et social de l'addiction qui la rendait difficile à définir.

Dans la littérature, plusieurs auteurs rapportent pourtant une conception holistique de la santé par les préadolescents, se rapprochant de la définition OMS avec les trois axes suivants : bien-être physique, mental et social.(19)(21)

Ce constat est toutefois plus nuancé dans d'autres travaux, comme chez Jutras et Bisson (22) (étude chez plus de 500 enfants de 5 à 12 ans) où à peine plus du quart des enfants utilisent des indices de santé mentale comme conséquences d'une bonne santé. La santé mentale apparaît alors comme le résultat d'un processus. Pour les enfants chez qui cette notion est présente, la santé mentale sert à évaluer la santé et en est une conséquence mais il n'y a pas de conduites essentielles à adopter pour une bonne santé.

De cette façon, il est possible que l'ambivalence et les hésitations retrouvées chez nos adolescents viennent du fait qu'être addict soit considéré comme un mauvais état de santé sans pour autant que l'addiction soit reconnue comme une maladie d'origine mentale.

Cette méconnaissance de l'addiction en tant que maladie pourrait dans tous les cas avoir deux conséquences : sous-estimation du risque de dépendance et absence de mise en oeuvre de moyens pour l'éviter.

Ces hypothèses pourraient être explorées plus spécifiquement.

## B. L'environnement de l'adolescent

Dans la compréhension de l'émergence des conduites à risque chez les adolescents, en plus des facteurs individuels développés plus haut, il existe une approche théorique dite "écologique"(19). L'adolescent se situe au coeur de trois systèmes interdépendants :

- un macrosystème qui comprend les modèles idéologique, institutionnel et culturel
- un exosystème : contexte social particulier dans lequel l'adolescent évolue (structure sociale, statut socio-économique).
- un microsystème dans lequel l'adolescent a un rôle sur les différents acteurs.

Nous retrouvons cette trame dans nos résultats.

## 1. La prévention primaire actuelle et ses limites

### ➤ *Place du médecin*

Le médecin généraliste n'a jamais été cité comme source d'information par les adolescents interrogés. Ce dernier a pourtant un rôle majeur dans la prévention des conduites à risques.

Il n'existe cependant pas de consensus quant à la méthode de réalisation de cette prévention primaire et les médecins y sont peu formés. Le médecin peut proposer des prospectus de prévention dans sa salle d'attente et se tenir à leurs disposition pour en parler. Il existe également des outils spécifiques pouvant être utilisés lors d'interventions brèves.(23)

### ➤ *Réalisée par les autorités légales*

La prévention en milieu scolaire concernant les drogues en France est en partie assumée par les forces de l'ordre. Elle comprend le plus souvent un intervenant des autorités de l'État qui expose la problématique des drogues dont le cannabis.

L'aspect illégal, principal aspect retenu par les adolescents lors de ces interventions semblait être un frein à une éventuelle consultation avec un médecin. Le non respect de la confidentialité y était effectivement craint.

Aujourd'hui il existe une obligation pour les établissements scolaires d'assurer chaque année des interventions de prévention. L'organisation de celles-ci est laissée à la charge de chaque établissement. Par conséquent les actions dépendent des intervenants disponibles localement. C'est dans ce cadre que les établissements peuvent faire appel à des gendarmes ou policiers tels que les PFAD (Policiers Formateurs Anti-Drogue).(24)

Néanmoins plusieurs acteurs de santé peuvent participer à ces sensibilisations dans les milieux ruraux. C'est le cas des équipes des CJC (Consultations Jeunes Consommateurs) souvent rattachées au CSAPA (Centre Spécialisé d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) où un professionnel intervient dans les établissements afin de donner des messages de prévention associés à des solutions de recours.

### ➤ *Affiches de prévention*

Les retours obtenus sur les affiches de prévention furent disparates. Plusieurs adolescents se souvenaient avoir lu quelque chose sur le cannabis sans pouvoir se souvenir du message

relayé.

L'INPES a pourtant lancé sa première campagne de sensibilisation sur les effets de la consommation de cannabis en 2005.(25) Il a également fait diffuser des messages à destination des parents.

Nous constatons également très peu de retours des messages de prévention effectués par les médias tel que la télévision, la radio ou internet. Seuls quelques adolescents nous ont rapporté avoir eu des connaissances sur internet mais aucun n'a jamais mentionné une campagne de prévention officielle.

Toutefois certains adolescents ont retenu le message "choc" présent sur ces affiches.

➤ *Données de la littérature sur l'appel à la peur*

Que cela soit par le biais des autorités ou par le biais des organismes de prévention tel que l'INPES le message s'axe souvent sur un appel à la peur.

La référence à l'illégalité et aux sanctions domine. Sur les affiches, ce sont les messages "choc", éloignés de la réalité qui sont perçues par l'adolescent.

Il existe des données contradictoires dans la littérature concernant les appels à la peur. Selon une méta-analyse(26), ils pourraient motiver le changement d'attitude, d'intentions et de comportement. C'est surtout le cas s'ils sont accompagnés de messages de haute efficacité, c'est-à-dire ceux pour lesquels le sujet croit en sa capacité à réaliser les recommandations contenues dans le message. C'est pourquoi, ils peuvent être utiles aux professionnels de santé publique.

Ainsi le message doit présenter de manière crédible une menace associée à des recommandations efficaces et faciles à suivre, afin que le sujet se sente capable de les réaliser.

Dans le cas des adolescents interrogés, nous avons constaté une méconnaissance concernant le cannabis et surtout des recours en cas de problème perçu. Cette méconnaissance pourrait être le reflet du manque de pertinence des appels à la peur dans les campagnes de prévention.

De plus ceux-ci se font sur deux axes différents : la légalité et la santé. De ce fait l'adolescent n'identifierait pas facilement les problèmes qui le concerneraient.

## 2. La place des parents pour l'adolescent

### ➤ *Développement d'un espace d'intimité*

Les parents sont les principales “victimes” de l’opposition entre développement de l’autonomie et dépendance de l’enfant. Cette dépendance est parfois encore recherchée par l’adolescent : besoin d’un intermédiaire pour s’exprimer, soumission et passivité devant les décisions des parents “qui savent” ce qui est le meilleur pour eux. Ici on devine encore la vision enfantine de la morale dans laquelle le bien représente ce qui est conforme à l’autorité (19)(Annexe n°11). On retrouve par ailleurs une dépendance matérielle qui elle peut être acceptée ou subie (transport, argent de poche...).

La relation de dépendance est remise en question par le désir d’autonomie, de contrôle personnel et d’éloignement du conformisme social.

Cette transition risque de rendre délicat le parcours de l’adolescent à plusieurs niveaux :

l’usage de toxique peut être pour l’adolescent un moyen d’autonomisation au risque de mettre en échec la relation adolescent-parents.

En cas de difficulté avec le cannabis, le rôle des parents dans le recours au médecin menacerait son nouvel espace d'intimité.

### ➤ *Relation de confiance et peur de décevoir*

Une seconde ambiguïté dans la relation parent-enfant pouvait émerger par rapport au cannabis. Les parents bénéficiaient en général d’un “capital confiance” important aux yeux de leur enfant en raison de leur proximité au quotidien et de leur bienveillance.

Mais cette relation de confiance pouvait être mise en péril s’il existait un “contrat moral” sur l’interdiction de consommer du cannabis. Il apparaissait alors un sentiment de culpabilité de l’adolescent qui trahissait ce “contrat” pré-établi avec les parents.

De plus, il est montré que les parents ont un fort impact sur la façon dont l’adolescent va appréhender sa santé.(27) Les familles cohésives (forts liens émotionnels entre les membres) et souples (habileté à changer sa structure de pouvoir) vont faciliter les croyances de l’adolescent en ses propres capacités à influencer sa santé. La position des parents est donc à prendre en compte de façon incontournable.



### 3. Des recours mal identifiés

#### ➤ *Quand ont-ils à un professionnel ?*

Dans nos entretiens les adolescents ont du mal à savoir quand solliciter un recours potentiel. Ceci pourrait s'expliquer par des représentations approximatives du cannabis et les problèmes de santé qui s'y rapportent.

De ce fait, il paraît difficile pour eux de percevoir un moment dans l'histoire de leur consommation durant lequel ils devraient demander de l'aide.

Les experts recommandent une prise en charge spécialisée lors d'un usage problématique ou d'une dépendance. Ces notions se définissent selon les critères du Cannabis Abuse Screening Test (CAST), l'un des outils de mesure aujourd'hui validés.(28)

Les données de la littérature concernant les demandes d'aide en cas de difficultés avec le cannabis rejoignent nos résultats. À l'inverse de la population adulte, les plus jeunes consommateurs accèdent plus difficilement à l'offre de prévention et de prise en charge disponible en France.(29) Les usagers réguliers qui, à la fin de l'adolescence, se sont déjà adressés à un professionnel pour rechercher une aide médicale ou un accompagnement demeurent rares (0,6%), même parmi les usagers quotidiens (6,3%). La demande d'aide n'intervient pas spontanément chez les adolescents, même lorsque leur niveau d'usage de cannabis est élevé. On dénombre ainsi aujourd'hui environ 34 000 jeunes de 17 ans qui sont en situation d'usage problématique de cannabis sans avoir jamais cherché une aide.

#### ➤ *Quels recours ont été envisagés.*

Dans notre étude les professionnels évoqués spontanément par les adolescents furent l'infirmière et l'assistante sociale scolaire.

Ces deux professionnels sont au contact des adolescents et leurs différentes interventions semblent avoir instauré une relation de confiance. Ils sont également soumis au secret professionnel. Tout cela faciliterait le recours dans l'établissement en cas de problème lié au cannabis.

Les adolescents interrogés étaient issus d'un milieu rural pour la plupart. Cela pourrait

expliquer le fait qu'aucun n'ai mentionné l'existence de la maison des adolescents ou du CASA 65 (Centre d'Accueil et de Soins en Addictologie), ces organismes étant très présents en milieu urbain.

Plusieurs adolescents nous ont parlé des numéros d'aide mais sans savoir en quoi consistait leurs missions. Cependant ces numéros paraissaient être un recours possible, peut-être de part la garantie de l'anonymat.

#### 4. Poids des représentations sociales et de l'interdiction légale

##### ➤ *Rôle social du cannabis*

Pour la plupart des adolescents, notamment ceux ayant une vision stigmatisante, la consommation était réservée à ceux ayant des difficultés personnelles ou familiales. Cette association peut être mise en relation avec la tendance à associer le cannabis à des problèmes psychologiques et à rechercher un recours avec qui on peut "parler de ses problèmes".

L'usage festif a été développé chez une adolescente. Dans ce cas, la représentation sociale du cannabis était moins stigmatisante et pouvait avoir un rôle limitatif sans être un interdit formel.

##### ➤ *Sur représentation de la dangerosité*

Il ressort des entretiens que la sur-représentation de la dangerosité du cannabis dans les campagnes de prévention ne permet pas l'adhésion et un changement de comportement.

Un rapport d'experts commandité par la MILDT en 2013 (30) rappelle que la balance bénéfico-risque des drogues est très mal évaluée par la population générale en France à la différence des usagers qui l'évaluent de façon similaire aux experts. Ce constat était le plus marqué pour le cannabis par rapport aux autres drogues avec une surestimation de +51% des risques. Les experts en concluent que :

- d'une part "*les campagnes centrées sur les dommages ont atteints leurs limites*"
- d'autre part "*les interventions qui ignorent les bénéfices potentiels associés à l'usage et présentent une vision non équilibrée focalisée sur les dommages associés à la substance seuls ont peu de chance de convaincre l'utilisateur de stopper*"

Cela rejoint une remise en question des appels à la peur, comme vu précédemment.

### ➤ *Influence de l'Interdit*

L'illégalité pouvait être perçue comme un obstacle à deux niveaux. D'une part, l'aspect illégal participait à rendre le sujet du cannabis "indicible". Cela pouvait limiter une démarche d'information active de l'adolescent. D'autre part, en cas de difficulté avec la substance, les adolescents évoquaient un embarras à "en parler" car il fallait "reconnaître ses torts". Il y avait en effet un risque de sanction de la part des parents, du collègue et/ou des autorités judiciaires. Cette configuration est spécifique à l'adolescent, qui est soumis à ces différents niveaux d'autorités.

Sur le plan légal, l'usage de substances illicites est actuellement passible d'un an d'emprisonnement et de 3750 euros d'amende.(31)

Un projet d'allègement des peines ou de dépénalisation avait été proposé en 2014 par l'Assemblée Nationale qui a finalement laissé le gouvernement se prononcer. À ce jour la loi initiale reste inchangée.(24)

## C. La relation médecin-adolescent

### 1. Le médecin du corps

D'après les adolescents, le rôle du médecin était souvent cantonné à un rôle technico-administratif et à la prise en charge des maladies somatiques simples.

Ce constat correspond aux motifs les plus fréquents de consultation des adolescents répertoriés en médecine générale (5) : 25% ORL, 19% administratifs - vaccination - contraception, 11% dermatologie, 6% troubles mentaux ou du sommeil. La même étude constate également que ces motifs ne correspondent pas aux principales préoccupations de santé de l'adolescent.

Ce résultat est habituellement confronté au fort taux de dépression (près d'un tiers) et de suicide (deuxième cause de mortalité) chez les adolescents.(14)

En effet, le médecin était peu reconnu par nos adolescents pour son rôle concernant les aspects psychologiques. Plus grave, il n'était pas un recours pour "parler de ce qui ne va

pas”.

Du côté de l’adolescent, on peut évoquer selon les cas une discordance entre le motif de l’adolescent et celui du parent. La représentation qu’a l’adolescent de son médecin y participe également. Tout au long de l’enfance, le médecin s’est attaché à surveiller son développement psycho-moteur, sa croissance, la mise à jour du calendrier vaccinal, la rédaction des certificats et à soigner les épisodes infectieux. L’examen physique était alors complet et stéréotypé. La médiation parentale en consultation était incontournable durant toute cette période. On comprend alors que si le médecin ne montre pas des signes d’intérêt pour les préoccupations de santé spécifiques à l’adolescent et ne prend pas en compte sa transformation en adulte, il y a un risque de rupture dans la relation.(32)

## 2. Mauvaise qualité perçue de la relation médecin-adolescent

Le vécu de la relation médecin-adolescent et les représentations du médecin étaient négatifs. Même si le médecin pouvait être perçu comme détenteur d’un savoir, il y avait une questionnement quant à ses qualités relationnelles. La confiance envers le médecin n’était pas acquise. Un certain moralisme pouvait être craint et le médecin était perçu comme une autorité. Dans ce contexte, la perception du cannabis comme un “interdit” prend toute son ampleur. Cela explique probablement en partie le fait que le médecin ne soit pas envisagé spontanément comme un recours.

Des nuances se dessinent toutefois. Bien connaître son médecin permettait de savoir s’il pouvait faire preuve de compréhension et d’empathie. Ainsi, un lien de longue date et un sentiment de proximité avec le médecin semblent favoriser la relation de confiance pour la plupart des adolescents.

Nous n’avons pas retrouvé d’étude qualitative sur les perceptions qu’ont les adolescents de la relation médecin-patient en soins primaires.

## 3. Consulter seul

Un des facteurs clés dans les recours envisagés par l’adolescent est le rôle qu’y jouent ses parents. Parfois ceux-ci sont une ressource identifiée par l’adolescent mais ils peuvent aussi devenir un frein.

Les adolescents soulignent l’importance du secret professionnel, de l’examen clinique, et lorsqu’ils sont plus âgés du vouvoiement et de consulter seul.(33)

Chez certains, la présence des parents en consultation était un frein pour que le médecin devienne un recours pour des problématiques liées au cannabis.

Entre 13 et 15 ans, la place des parents peut être paradoxale comme nous l'avons vu précédemment, le parent étant parfois la seule personne ressource de l'enfant.

Malgré cela, une consultation en tête-à-tête avec l'adolescent faciliterait les échanges avec celui-ci et aiderait le médecin à devenir un recours. Une deuxième personne de confiance plus neutre pourrait être alors disponible pour l'adolescent.

Mais tous les adolescents n'étaient pas demandeurs de consulter seul. Certains même intégraient les parents directement dans l'aide au recours au médecin.

Tous les adolescents ne sont donc pas au même stade de maturité dans le processus de dissociation parentale et de la formation de leur identité propre (individuation).

De plus, dans un travail de thèse réalisé chez les 15/17 ans(34), près de la moitié des adolescents déclarent ne pas avoir reçu d'informations de la part de leur médecin sur leur droit à la confidentialité. Plus des trois-quarts des médecins généralistes ne proposent pas de temps de consultation seul avec leur patient adolescent alors que plus d'un quart l'auraient souhaité.

La majorité de ces adolescents en effet possèdent une capacité de discernement leur permettant d'affirmer que certains problèmes médicaux ne peuvent être pris en charge sans l'intervention parentale.

En fonction de la maturité de l'adolescent et de la relation qu'il a avec ses parents, il sera important de **permettre à chacun un recours adapté**. Il faudra également **informer l'adolescent** sur les différentes conditions de confidentialité auxquelles il peut avoir accès.

#### 4. Contingences matérielles

##### ➤ *Évoquées*

Parmi les freins évoqués, nous avons logiquement retrouvé le manque de moyen de locomotion. En effet à cet âge il paraît difficile de se déplacer en milieu rural seul. Ainsi les médecins généralistes étant éloignés des lieux d'habitation des adolescents, ceux-ci devaient faire appel à leur parent afin de venir consulter.

➤ *Non évoquées*

Parmi les freins potentiels, certains ne furent jamais évoqués par les adolescents. Ainsi la problématique de la feuille de soins et du paiement de la consultation ne fut jamais abordés. Mais nos entretiens étaient axés sur le thème du cannabis chez une population exposée au risque mais non concernée par l'usage jusque-là.

Des travaux sur la consultation de l'adolescent démontrent que les difficultés pratiques d'accès au soin (paiement et transport), n'étaient pas un frein à la consultation du médecin pour la majorité des lycéens.(34)

Aussi, aucun adolescent interrogé n'a relevé le problème du temps d'attente. Certains travaux identifient ce temps comme un frein et préconisent la prise de rendez-vous pour une consultation.(35)

## II. Propositions d'adaptation de pratique : devenir un recours pour l'adolescent

*“8 jeunes sur 10 ont consulté au moins une fois un médecin généraliste dans l'année”(36)*

### A. Comprendre l'adolescent et son fonctionnement

Pour bien identifier et répondre aux problématiques de l'adolescent, il paraît nécessaire de connaître les étapes de son développement psychologique (Annexe n°11), le processus central étant l'autonomisation. L'autre élément important est la connaissance des mécanismes des conduites à risque. Il existe des référentiels développant ces notions en particulier.(18)(19)(23)(37)(38) Toutefois ces documents paraissent très théoriques et non réellement construits pour le médecin généraliste.

### B. Agir sur l'environnement de l'adolescent

#### 1. Prévention primaire

La prévention primaire collective est un des axes prioritaires. Elle est déjà développée par différents acteurs comme vu précédemment.

Nous avons vu de part nos résultats qu'une prévention axée uniquement sur l'aspect légal et non sur l'aspect sanitaire pouvait ne pas atteindre l'objectif voulu.

**Ainsi une prévention dont les acteurs seraient membres du corps médical pourrait aider l'adolescent à identifier ces professionnels comme des recours potentiels.**

D'après une revue Cochrane(39), dans les établissements scolaires, plusieurs types de programmes de prévention existent :

Les programmes axés sur les **connaissances** : l'information entraînera des changements de comportement.

Les programmes développant les **compétences sociales** : ils enseignent des compétences génériques **d'autogestion** (l'établissement d'objectifs, la résolution de problèmes et la prise de décision), ainsi que des **compétences cognitives** (résister aux influences des médias) et **interpersonnelles** (augmenter l'affirmation de soi et interagir avec les autres).

Les approches **axées sur les normes sociales** : il s'agit de corriger les surestimations qu'ont

les jeunes des taux d'usage de drogues parmi les adultes et adolescents, de reconnaître les situations à haut risque, de sensibiliser à l'influence exercée par les médias, les pairs et la famille, et d'enseigner et pratiquer des techniques de refus.

Les **méthodes combinées** s'appuient sur les trois ci-dessus.

Chaque méthode pratiquée indépendamment ne semble pas amener de résultats significatifs en terme de réduction de consommation. Elles renforcent juste les connaissances sur la drogue en question.

Dans notre étude, les adolescents avaient des notions approximatives des recours possibles.

**Insister sur les programmes combinées** permettraient de mieux identifier les recours en cas de problème et améliorerait les compétences psycho-sociales des adolescents.

La prévention primaire est une des missions du médecin généraliste. Il peut ainsi à l'aide d'**interventions brèves** influencer le comportement des adolescents et être perçu comme un recours potentiel.

**Évoquer le cannabis en consultation** serait déjà le prendre en charge. Nous pouvons nous interroger sur la place du médecin généraliste en prévention collective.

## 2. Les recours

L'hypothèse serait qu'améliorer l'identification des recours aux yeux des adolescents permettrait de mieux dépister et d'orienter plus rapidement.

Nous avons vu que l'adolescent identifie déjà plusieurs recours potentiels.

Un travail d'information lors des événements de prévention et au sein des cabinets lors des consultations de routine serait indispensable. D'autant que le médecin généraliste par sa position d'acteur en soins premiers est un recours à valoriser.(23)

Une **diversité de recours** semble indispensable, "à chaque Ado son recours". La **connaissance du rôle** des différents acteurs est à renforcer. Par ailleurs, une meilleure coordination entre ceux-ci pourrait améliorer le parcours de soins des adolescents. Ainsi un **travail en réseau** avec les infirmières scolaires et les structures spécialisées (CSAPA, CASA) pourrait être une piste d'amélioration.

À noter que depuis 2017 les patients de moins de 16 ans ont également un médecin traitant déclaré. Espérons que cela facilite l'identification du médecin comme personne ressource.



## C. Adapter la consultation à l'adolescent

### 1. Savoir utiliser les outils existants

#### ➤ *Le référentiel d'attitudes pour la consultation de l'adolescent et le TSTS-Cafard*

Nos résultats ont mis en évidence une mauvaise perception du médecin par l'adolescent. Pourtant il existe déjà des recommandations sur les attitudes et les outils pour structurer la consultation. Les travaux du groupe ADOC(32) entre autres sont actuellement validés en médecine générale. Ces travaux, développés initialement dans le but de mieux détecter les adolescents à risque suicidaire, ont débouché sur des propositions d'attitudes à appliquer auprès de chaque adolescent (Figure 1).

#### Référentiel

##### ■ Lors de toute consultation avec un adolescent

- Proposer une ouverture lors de l'exposé du motif par une allusion: « *Oui, mais encore?* »...
- Intégrer le rôle du tiers: « *Qui demande quoi et pour qui?* », puis « *Que dire à qui, comment et pourquoi?* »
- Commenter l'examen clinique pendant sa réalisation en suscitant un échange.
- Dépister le mal-être avec le test « *TSTS-Cafard* ».

##### ■ Lorsqu'un mal-être est dépisté

- Confronter les points de vue et savoir reformuler.
- Renforcer le lien par l'utilisation d'outils relationnels.
- Fixer un rendez-vous dans un délai inversement proportionnel à la gravité de la situation.
- Orienter éventuellement vers le dispositif spécialisé.

Figure 1 : Référentiel d'attitudes pour la consultation de l'adolescent (32)

La consultation de l'adolescent n'allant pas de soi, il est nécessaire de renforcer le lien de confiance en situant le **rôle de l'accompagnateur**. Il faut commenter **l'examen clinique** et **dépister** un éventuel mal-être ou des éléments suicidaires. Le but étant d'instaurer une **proximité** en adaptant notre attitude. La parole de l'adolescent devra être valorisée.

À partir de l'adolescence, le patient peut s'il le souhaite **consulter seul**. Or la demande de l'adolescent est imprécise, voire ambivalente ; il est à la fois rassuré et gêné par la présence du tiers dont il veut se démarquer, même s'il s'en défend quand on l'interroge.(14) En pratique le médecin se doit d'en **informer le patient et ses parents**.

Concernant l'accompagnant, il convient d'intégrer le sens de sa présence ou de son absence et de se positionner avec 2 questions : « **Qui demande quoi et pour qui ?** » puis : « **Que dire à qui, comment et pourquoi ?** ».

Malgré tout, faire sortir ou entrer les accompagnateurs ne relève d'aucune règle universelle tant les situations sont variées. L'important est de penser ces deux questions en aménageant une autonomie et une confidentialité progressives entre 12 et 18 ans. Il n'y a donc pas méthode "type" mais des principes généraux à adapter à chaque patient. (40)

Le "TSTS" comprend notamment une recherche de consommation de tabac qui pourra être un moyen de **repérage** des consommateurs de cannabis.(41)

Si un mal être est dépisté il faudra alors **confronter les points de vue** et savoir les **reformuler**. Il faudra entreprendre le renforcement du lien en **fixant un rendez-vous** dans un délai adapté. Une orientation vers un dispositif spécialisé peut être nécessaire.(14) (42)

➤ *CAST : Évaluer la consommation*

L'essentiel des informations nécessaires au repérage de la consommation est obtenu par le dialogue et l'échange avec l'adolescent. Une consommation de cannabis n'étant pas forcément problématique, plusieurs outils existent afin d'évaluer les consommations à risque. Par exemple le questionnaire **CAST** (*Annexe 9*), outils spécifique et validé en soins premiers a pour but d'évaluer le risque de dépendance des usagers de cannabis.(12)

➤ *Interventions brèves et entretiens motivationnels*

En cas de repérage d'une consommation à risque, le médecin pourra entreprendre un début de prise en charge en utilisant des techniques d'entretiens tel que les intervention brèves(43) (44) et les entretiens motivationnels.

➤ *Structures d'appui existantes*

Depuis 2004, les **consultations jeunes consommateurs (CJC)** (29) proposent des consultations de dépistage et de prise en charge des consommations de cannabis. Un travail pluridisciplinaire y est effectué. Présentes dans la quasi-totalité des départements français, elles proposent un accueil gratuit et confidentiel. Elle se déroulent au sein des **CSAPA** ou dans des lieux spécialisés dans l'accueil des jeunes (Maisons des adolescents et Points d'accueil et d'écoute jeunes). Dans les situations les plus délicates, notamment en cas de poly-addiction, un **service d'addictologie hospitalier** pourra être une solution adaptée.

## 2. Propositions d'amélioration

### ➤ *Connaître son propre rôle et le partager*

Le médecin traitant peut être perçu comme un recours, à condition de profiter de chaque consultation pour expliciter ses compétences et son rôle.

### ➤ *Promouvoir le secret professionnel*

Le respect et l'information sur le secret professionnel est un moyen simple de gagner la confiance d'un jeune patient.

Nos entretiens ont révélé le poids de l'interdit et de l'illégalité sur la remise en cause de la confidentialité. La promouvoir prend alors tout son sens dans ce contexte.(32)(34) Pour ce faire, le médecin doit se détacher des autorités.

### ➤ *Avoir abordé le sujet du cannabis*

Ainsi avoir abordé le cannabis en général permet de délivrer un message d'écoute et de disponibilité aux jeunes.

### ➤ *Alléger les contraintes organisationnelles*

Il est parfois difficile pour un adolescent de consulter et surtout sans ses parents. Ainsi une consultation sur rendez-vous sans perte de temps peut faciliter le recours.(35) Les modalités administratives pourraient également être simplifiées afin de faciliter la consultation de l'adolescent. Ainsi un tiers-payant anonyme, tel que déjà mis en place pour la contraception chez les mineurs pourrait être développé.

### ➤ *Renforcer la formation initiale et continue*

Des travaux montrent que le médecin se sent démuni et/ou incompetent face au cannabis.(12) Il s'agissait d'un manque de compétences, de formation universitaire, d'expérience mais également de difficultés d'orientation. Ce constat était ressenti par les adolescents interrogés.

Il y a donc une demande et une nécessité de renforcer les formations initiales et continues. Dans ce sens, un module d'enseignement a récemment été créé au DUMG de Toulouse afin d'assurer la formation en addictologie des jeunes médecins généralistes.

➤ *Développer le travail en réseau*

Au vu des difficultés de prise en charge et de la multitude des acteurs, un travail en réseau serait à créer ou étendre afin d'améliorer le parcours de soins des adolescents. Cela permettrait d'uniformiser l'accès aux structures spécialisées en renforçant le maillage dans les territoires ruraux. Par ailleurs, le travail en réseau pourrait permettre un échange de savoirs et de savoir-faires, notamment dans le domaine de l'addictologie.

➤ *Une consultation de prévention de l'adolescent ?*

Comme les visites obligatoires du nourrisson, une visite obligatoire de l'adolescent pourrait être créée. De cette façon, une consultation serait dédiée au repérage des conduites à risque (produits psychoactifs, infections sexuellement transmissibles, dépression et des conduites suicidaires).

En 2009, le Haut Conseil la Santé Publique (HCSP) a établi un rapport sur les pratiques préventives en médecine générale.(45) La mise en place de consultations périodiques y est discutée. Il se dégage qu'il conviendrait d'*utiliser plutôt les temps de contact existants qu'une consultation dédiée*". Une exception est faite toutefois en ce qui concerne certains moments de la vie qui constituent une "rupture", et notamment la période de l'adolescence. Le HCSP précise que cette pratique devrait être évaluée avant mise en place et qu'une telle mesure impliquerait un "*processus de formation des généralistes, l'approche préventive et clinique de cette population ayant de vraies spécificités*".

➤ *Dépistage par auto-questionnaires*

Plusieurs études, notamment américaines, retrouvent de bons résultats sur le dépistage des consommations par auto-questionnaires.(46)

D'autres études rapportent des résultats prometteurs sur l'usage d'interventions brèves informatisées, indépendantes du praticiens, dans la prévention de l'usage de cannabis.(47)

**Une synthèse des savoirs à acquérir pour devenir un recours concernant le cannabis en médecine générale est proposé en Figure 2.**

COMPÉTENCES À MOBILISER		RESSOURCES EXISTANTES	RESSOURCES À DÉVELOPPER
SAVOIRS	Connaître l'adolescent et son fonctionnement	Autonomisation, développement de son espace d'inimitié Internalisation du contrôle sur sa santé	
	Connaître ses représentations du cannabis	Enjeu de la consommation et mécanismes des conduites à risques Dramatisation / banalisation	Données de la littérature (19)(23)(18) Renforcer la formation initiale et continue
	Connaître les influences de son environnement	Rôle et position des parents Acteurs de prévention primaire Pairs / socialisation	CSAPA/CJC (29), Maison des Adolescents, DATS...
	Structurer la consultation de l'adolescent	Connaître les structures de recours existantes localement	Fiche pratique / annuaire des structures Développer une consultation systématique de l'adolescent ?
	Dépister et évaluer une consommation	Référentiel d'attitude TSTS-Catard (32)(Annexe n°9)	
	Prendre en charge	CAST (12)(Annexe n°8) Formation initiale Formation initiale	
	Orienter	Interventions brèves (41) Entretien motivationnel	Développer les interactions MG / structures spécialisées dans les addictions et les adolescents
	Faire une place à la prévention primaire	Travailler en réseau Avoir évoqué le cannabis en consultation	Intervenir en collaboration avec les acteurs locaux de prévention primaire ? Structurer la prévention primaire en médecine générale et développer une formation spécifique
	Renforcer la relation médecin-adolescent	Interventions de prévention s'appuyant sur les méthodes combinées (37) Promouvoir la confidentialité (y compris lorsqu'il y a des "interdits") Instaurer la confiance par un renforcement de la proximité Valoriser la parole de l'adolescent Repositionner les parents dans la relation dans la consultation Savoir quand et comment proposer une consultation en "tête-à-tête" Ne pas négliger l'examen clinique	Travaux de Ph Binder et du groupe ADOC, référentiel d'attitudes (32)
		Limiter les contraintes organisationnelles	Tiers payant anonyme pour les adolescents (idem contraception mineur)
SAVOIR ÊTRE			

Figure 2 : Comment devenir un recours concernant le cannabis en médecine générale.

### III. Forces et limites de l'étude

#### A. Forces de l'étude

##### 1. Cadre de réalisation

L'échantillonnage fut pratiqué dans un collège rural. Cela permettait de sélectionner des profils indépendamment de leur médecin et dans une zone où l'accès à la prise en charge spécialisée pour le cannabis est éloignée. Nous avons pu choisir une salle neutre afin de limiter l'influence possible des autorités du collège lors des entretiens. Une aide précieuse et discrète du CPE a permis le bon déroulement des entretiens.

##### 2. Déroulement et réflexivité

La plupart des entretiens a été réalisée en présence des deux chercheurs. Cela limitait le biais d'interprétation et facilitait la mise en commun des données. Ainsi une triangulation était effectuée à chaque étape de la recherche. Lors de l'élaboration du guide d'entretien, lors de chaque entretien et pour l'analyse des discours, les chercheurs devaient trouver un consensus. Nous avons échelonné la réalisation des entretiens de façon à les analyser "à chaud" et à prendre le recul nécessaire à l'adaptation du guide d'entretien.

Afin d'améliorer les entretiens et l'analyse nous avons suivi les ateliers d'aide à la recherche qualitative réalisés par le DUMG.

##### 3. Participation

La bonne participation des élèves avec une motivation et une attention certaines sont à souligner. Nous avons pu recevoir en entretien deux élèves ayant déjà expérimenté le cannabis. Cela renforce la validité interne de l'étude en diversifiant les profils recueillis.

L'anonymat a favorisé la confiance des élèves. Les retours sur questionnaires ont été collectés et analysés. Les ressentis recueillis concernant le vécu des entretiens étaient plutôt positifs :

“questions intéressantes, pertinentes, dans la confidentialité et approfondissement des réponses” Ado 9

“c'était agréable, m'a permis d'expliquer ce que je ressentais à ce sujet” Ado 11

“c'est très bien car cela permet de parler à des adultes de façon anonyme” Ado 13.

#### 4. Originalité

Aucune étude qualitative recherchant les éventuels recours des adolescents concernant la prise en charge du cannabis ne fut retrouvée dans la littérature.

### B. Limites de l'études

#### 1. Biais de recrutement

Une des difficultés de cette étude était d'interroger des profils différents. Nous n'avons menés nos entretiens que dans un seul établissement scolaire. Or pour améliorer la qualité et la variabilité des entretiens, une étude multicentrique aurait été préférable.

Nous n'avons pas pu interroger les élèves n'ayant pas rendu d'accord parental. Le nombre de refus parental était important. Les raisons et motivations de ces refus n'ont pas pu être explorées dans notre travail.

À noter qu'une classe entière n'a pas été interrogée car soit les autorisations n'avaient pas été rendues malgré les relances, soit les parents s'y étaient opposés. Un effet de groupe a peut-être eu lieu dans cette classe.

Nous n'avons pas réussi à interroger un profil extrême ayant une maladie chronique. Il aurait été intéressant d'inclure un adolescent plus familier de l'environnement médical.

#### 2. Biais liés aux chercheurs

Il s'agissait de notre premier travail de recherche qualitatif, nous n'avions donc pas d'expérience antérieure.

Malgré le fait que les chercheurs se présentaient en tant qu'étudiants chercheurs et non pas en tant que médecins, certains ont pu reconnaître l'un ou l'autre, l'ayant déjà vu au cabinet en tant que patient. Le choix de recruter au collège plutôt qu'au cabinet limitait ce biais.

#### 3. Durée des entretiens

La durée des entretiens nous a paru courte. Les élèves ont été recrutés sur leur temps libre, ce qui a pu les inciter à écourter leur propos. Cependant, "à chaud" nous avons l'impression que toutes leurs représentations avaient été énoncées. En effet, en fin d'entretien, les adolescents avaient plutôt tendance à vouloir revenir sur leurs discours. Dans ce cas, prolonger aurait pu aggraver un biais de désirabilité.

Par ailleurs, une tendance à la timidité chez certains, caractéristique inhérente à l'adolescence a pu également participer.

## CONCLUSION

---

Cette étude qualitative confirme que le cannabis est un sujet peu abordé par les adolescents en médecine générale. Or, c'est durant l'adolescence qu'émergent les premières consommations. Il apparaît donc une discordance entre l'augmentation du nombre de jeunes consommateurs et la faible représentativité de cette thématique en consultation.

En effet, aux vues des résultats, le médecin traitant n'est pas réellement perçu comme un recours concernant le cannabis. L'analyse nous permet de comprendre que l'un des points clefs semble résider dans l'adaptation de son attitude à la singularité de l'adolescent.

Pour ce faire, il semble nécessaire de renforcer la relation médecin-adolescent en re-définissant le rôle du praticien. Il est mis en évidence aussi l'importance d'insister sur les préoccupations du médecin concernant la santé psychologique du jeune en adoptant une attitude empathique.

D'autre part, s'attacher à informer l'adolescent du devoir de confidentialité et repositionner la place du parent dans la consultation paraissent indispensables.

Évoquer la consommation de cannabis à l'aide d'interventions brèves pourrait favoriser un recours ultérieur. Il serait alors nécessaire de savoir repérer et évaluer cette consommation afin de la prendre en charge, avec l'aide des structures et des outils existants le cas échéant. La validation d'auto-questionnaires pourrait compléter cette démarche.

Pour finir, des interrogations persistent quant à la mise en pratique de la prévention primaire chez les adolescents concernant le cannabis en médecine générale. Pour y parvenir, l'amélioration de l'accès à la consultation apparaît comme un axe de recherche pertinent. En dernier lieu, le développement d'un travail en réseau avec la médecine scolaire et les structures spécialisées permettrait de renforcer le rôle du médecin de soins premiers comme recours dans les problématiques liées au cannabis.



## BIBLIOGRAPHIE

---

1. Le Nézet O. Les drogues à 17 ans: analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. 2015 ; OFDT ;  
<http://www.ateliersantevilleparis19.fr/wp-content/uploads/2013/07/Tendance-100-escapad-2014.pdf>
2. Le Nézet O. Alcool, tabac et cannabis durant les « années collège ». Avril 2012
3. Le Nézet O. Alcool, tabac et cannabis durant les «années lycée». 2013 ; OFDT ;  
<http://ofdt-fr.adhara.coteo.com/BDD/publications/docs/eftxsstb.pdf>
4. Melchior M, Bolze C, Fombonne E, Surkan PJ, Pryor L, Jauffret-Roustide M. Early cannabis initiation and educational attainment: is the association causal? Data from the French TEMPO study. Int J Epidemiol ;  
<https://academic.oup.com/ije/article/doi/10.1093/ije/dyx065/3830700/Early-cannabis-initiation-and-educational>
5. Karila L, Vignau J, Alter C, Reynaud M. Altération cognitive liée à la consommation aiguë et chronique du cannabis. Rev Prat. 2005;55(1):23-7.
6. Auvray L, Le Fur P. Adolescents : État de santé et recours aux soins. Quest Econ Sante. mars 2002;(49):6p.
7. Angst J. Comorbidity of mood disorders: a longitudinal prospective study. Br J Psychiatry Suppl. juin 1996;(30):31-7.
8. Grant BF, Pickering R. The relationship between cannabis use and DSM-IV cannabis abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. J Subst Abuse. 1998;10(3):255-64.
9. Giordano GN, Ohlsson H, Sundquist K, Sundquist J, Kendler KS. The association between cannabis abuse and subsequent schizophrenia: a Swedish national co-relative control study. Psychol Med. janv 2015;45(2):407-14.
10. Richard D, Senon J-L. Le cannabis. Presses universitaires de France; 1996.
11. INSERM. Conduites addictives chez les adolescents : Usages, prévention et

accompagnement [Internet]. 2014 ;

<http://presse.inserm.fr/wp-content/uploads/2014/02/Conduites-addictives-ados-Constats-Recommendations-04-02-14.pdf>

12. Pan J-P. Le médecin généraliste face à la consommation de cannabis. 2007 ;

[http://www.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/These-JP-Pan\\_-Cannabis.pdf](http://www.medicalistes.org/spip/IMG/pdf/These-JP-Pan_-Cannabis.pdf)

13. Choquet M. Attentes Et Comportements Des Adolescents. 2000 ;

<http://www.gibertjoseph.com/attentes-et-comportements-des-adolescents-569833.html>

14. Binder Ph groupe « ADOC ». Comment aborder l'adolescent en médecine générale ?

Rev Prat 2005 ; 55 : 1073-7. 2005;

15. Paillé P, Mucchielli A. L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales - 4e éd.

Armand Colin; 2016. 285 p.

16. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes : l'entretien. Nathan; 2007; 125 p. ;

<https://hal-univ-paris8.archives-ouvertes.fr/hal-00996693>

17. Jamouille P. Les conduites liées aux drogues dans les zones de précarité : Enquête de terrain auprès de professionnels. Psychotropes. 2001;Vol. 7(3):11-29.

18. Fédération Française de Psychiatrie. Souffrances psychiques et troubles du développement chez l'enfant et l'adolescent, Référentiel d'observation à l'usage des médecins pour un repérage précoce ; 2008.

19. Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité,

Bantuelle M, Demeulemeester R, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces : référentiel de bonnes pratiques. Saint-Denis: Éd. INPES; 2008.

20. Zdanowicz N, Janne P, Reynaert C. L'adolescent est-il responsable de sa santé. Louvain Méd. 2001;120(7):255-62.

21. Piko BF, Bak J. Children's perceptions of health and illness: images and lay concepts in preadolescence. Health Educ Res. 1 oct 2006;21(5):643-53.

22. Jutras S, Bisson J. La conception de la santé chez des enfants de 5 à 12 ans. Quelques

- clés pour la promotion de la santé. *Sci Soc Santé*. 1994;12(2):5-37.
23. Obradovic I. Usage problématique de cannabis. *Revue de la littérature internationale*. 2013 ; <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiotc.pdf>
24. Le Dain A-Y, Marcangeli L. L'augmentation de l'usage de substances illicites : que fait-on ? 2014 nov ;  
[http://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/33527/310901/version/1/file/lutte\\_us\\_age\\_substances\\_synthese.pdf](http://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/33527/310901/version/1/file/lutte_us_age_substances_synthese.pdf)
25. INPES. « Le cannabis est une réalité » Première campagne de sensibilisation sur les effets de la consommation de cannabis. 2005 ;  
<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/cp/05/cp050202.asp>
26. Allen M, Witte K. Une méta-analyse des appels à la peur : implications pour des campagnes de santé publique efficaces. *Quest Commun*. 1 juill 2004;(5):133-48.
27. Zdanowicz N, Janne P, Reynaert C. Family, Health, and Adolescence. *Psychosomatics*. nov 2004;45(6):500-7.
28. Legleye S, Karila L, Beck F, Reynaud M. Validation of the CAST, a general population Cannabis Abuse Screening Test. *J Subst Use*. 1 janv 2007;12(4):233-42.
29. Obradovic I, Nézet OL, Spilka S. Jeunes usagers de drogues et demande d'aide, Young drug users and the request for help. *Agora Débats jeunesse*. 6 mai 2013;(64):61-76.
30. Reynaud M. Les dommages liés aux addictions et les stratégies validées pour réduire ces dommages. 2013 ;  
[https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2013/06/Mildt\\_MR\\_DJM\\_Synthese.pdf](https://www.federationaddiction.fr/app/uploads/2013/06/Mildt_MR_DJM_Synthese.pdf)
31. Code de la santé publique - Article L3421-1. Code de la santé publique.
32. Binder P, Chabaud F. Accueil des adolescents en médecine générale: validation de l'usage d'un référentiel. *Rev Prat Med Gen*. 2005;19(710/711):1307.
33. Chevrollier R-M. La relation médecin généraliste-adolescents: vécu, attente et ressenti des adolescents [Thèse d'exercice]. [France]: Université européenne de Bretagne; 2014.
34. Pagot E. Regard des adolescents sur la notion de confidentialité en médecine générale.

Thèse Médecine: Université de Nantes; 2010 ;

<http://www.opengrey.eu/item/display/10068/843965>

35. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant : pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. 2004 ; [http://www.medecin-ado.org/docs/these\\_marly.doc](http://www.medecin-ado.org/docs/these_marly.doc)

36. INPES. Santé des 15-30 ans : Comment se portent et se comportent les jeunes ? Baromètre santé jeunes 2010. 2013 ;

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/70000/dp/13/dp130605.pdf>

37. Assailly, Jean-Pascal. « Les conduites à risque des jeunes : un modèle socio-séquentiel de la genèse de la mise en danger de soi, Abstract ». *Psychotropes* 12, n° 2 (2006): 49-69.

38. Assailly, Jean Pascal. « Les conduites à risque: du danger à la loi, des gènes aux pairs... » *revue toxibase* 11 (2003): 1-14.

39. Faggiano F, Vigna-Taglianti FD, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database Syst Rev*. 18 avr 2005;(2):CD003020.

40. Bahadoor M, Rude M. Adolescent consommateur de cannabis et médecin généraliste: comment dialoguer ? [Thèse d'exercice]. Université de Clermont I; 2010.

41. INPES. Repères pour votre pratique - Repérage précoce de l'usage nocif de cannabis - État des connaissances juillet 2006. 2007 ;

<http://inpes.santepubliquefrance.fr/CFESBases/catalogue/pdf/982.pdf>

42. Raillard N. Le généraliste face aux adolescents : la prévention des risques, un enjeu essentiel. décembre 2007 ;

[http://mg-mda29.medicalistes.org/IMG/pdf/Le\\_generaliste\\_face\\_aux\\_adolescents.pdf](http://mg-mda29.medicalistes.org/IMG/pdf/Le_generaliste_face_aux_adolescents.pdf)

43. HAS. Outils d'aide au repérage précoce et à l'intervention brève : alcool, cannabis, tabac. 2014 ;

[https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil\\_rpib\\_v2.pdf](https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/outil_rpib_v2.pdf)

44. Inserm. « "Conduites addictives chez les adolescents", une expertise collective de l'Inserm », 2014.

45. Haut Conseil de Santé publique. Consultations de prévention : constats sur les pratiques actuelles en médecine générale et propositions de développement. 2009 mars ;  
[http://www.educsantepicardie.org/\\_admin/Repertoire/documents/184\\_090707014137.pdf](http://www.educsantepicardie.org/_admin/Repertoire/documents/184_090707014137.pdf)
46. Harris SK, Knight JR, Van Hook S, Sherritt L, Brooks TL, Kulig JW, et al. Adolescent substance use screening in primary care: Validity of computer self-administered versus clinician-administered screening. *Subst Abuse*. 2016;37(1):197-203.
47. Walton, Maureen A., Stella Resko, Kristen L. Barry, Stephen T. Chermack, Robert A. Zucker, Marc A. Zimmerman, Brenda M. Booth, et Frederic C. Blow. « A Randomized Controlled Trial Testing the Efficacy of a Brief Cannabis Universal Prevention Program among Adolescents in Primary Care ». *Addiction (Abingdon, England)* 109, n° 5 (mai 2014): 786-97. <https://doi.org/10.1111/add.12469>.

## INDEX

**Conduites (ou comportements) à risque** : répertoire de comportements ayant comme traits communs la mise en danger plus ou moins volontaire de soi et un développement à l'adolescence(ref : Assailly).

**Dépendance** : selon le DSM IV, mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement significatif. Dans le DSM V les notions d'abus et de dépendance ont disparu et sont remplacés par les "troubles liés à l'usage de substances".

**Entretiens motivationnel** : selon l'HAS, l'entretien motivationnel est un outil d'accompagnement des malades chroniques fondé sur l'écoute active et une attitude empathique afin d'amorcer un changement de comportement.

**Intervention brève** : l'intervention brève est une méthode qui a pour but d'accompagner la réduction de l'usage de substance en provoquant une prise de conscience afin d'inciter un changement de comportement. Elle se caractérise par sa brièveté ce qui la rend utilisable en pratique courante et nécessite une attitude empathique et de "non jugement".

**Tabou** : nous avons caractérisé ici par tabou les éléments qui pouvaient restreindre la liberté de parler de certains adolescents en raison de convenances sociales ou morales.

**Usage problématique** : usage conduisant à des conséquences négatives au plan sanitaire ou social, pour l'individu lui-même ou pour la société (23)

## ANNEXES

- 1. Guide d'entretien thématique**
- 2. Questionnaire de caractérisation**
- 3. Autorisation parentale**
- 4. Avis du comité d'éthique**
- 5. Caractéristiques de l'échantillon**
- 6. Retranscription de l'entretien n°2**
- 7. Ressenti d'un entretien**
- 8. Extrait de l'arbre thématique**
- 9. Questionnaire CAST**
- 10. Questionnaire TSTS-Cafard**
- 11. Tableau du développement**

## Guide d'entretien thématique

### **1. Connaissance du sujet (le cannabis) par l'adolescent.**

Pour toi, qu'est-ce que le cannabis ?

*Relance : Comment il se consomme ? Comment est-il produit ? ...*

Si tu ne sais pas, alors qu'en penses-tu ?

Il n'y a pas de mauvaise réponse\*

### **2. Méthode d'acquisition de ces connaissances.**

Comment as-tu appris cela ?

*Relance : Par quelles personnes ? tu as appris cela avec des amis? (en reprise de question)*

*Télévision ?, stand de prévention ?*

Comment réagiras-tu si on te proposait d'essayer ? Comment penses-tu pouvoir recueillir des informations sur le cannabis ? Où ? Qui ? Quand ?

### **3. Association de la consommation de cannabis à un problème.**

Le cannabis, qu'apporte-t-il selon toi ?

*Relance : Quels sont les points positifs du cannabis ?*

*Pour toi, le cannabis est-il un problème ?*

*Ou : Quel problème peut poser le cannabis ?*

### **4. Caractérisation du problème.**

Tu me dis que c'est un problème ? De quel ordre ?

*Relance : Sur quel plan le cannabis te pose-t-il problème ?*

*Penses-tu qu'il te met en danger et pourquoi ? (ou reprise de réponse) En quoi est-ce dangereux ?*

*Quels impacts peut-il avoir sur la santé ?*

*Quelle maladie cela donne ? en quoi rend-il malade ?*

*Vois-tu d'autres conséquences liées au cannabis ? juridiques ? sociales ? familiales ?*

### **5. Place et acteurs de la prévention**

Comment peut-on faire pour réagir face à ce type de danger ?

*Relance : à qui peut-on s'adresser afin de le résoudre ?*

### **6. Personnes ressources.**

Tu te tournerais vers X.. pour cela et pour le cannabis ?

Que pourrait-elle faire pour t'aider ?

*Relance : Quel rôle pourrait-elle/il avoir ?*

*Quelles seraient ses limites ?*



## **7. Places des acteurs de santé chez l'adolescent concernant le cannabis.**

### **- Evocation autre que médecin de famille :**

Très bien tu te tournes vers... (infirmière scolaire, CPE, enseignant, parent, amis...) (autre que médecin traitant) et comment penses-tu qu'ils peuvent t'aider ?

Tu ne m'as jamais parlé de ton médecin traitant ou de ta famille ?

Qu'en penses-tu ?

### **- Si évocation du médecin de famille :**

En admettant que tu aies un médecin de famille, pourrais-tu aller le consulter ?

Si non pourquoi ?

Pourquoi vas-tu voir ton médecin ?

Si tu vas voir ton médecin quand tu es malade, pourquoi ne vas-tu pas le voir si tu rencontres des difficultés avec le cannabis ?

Est-ce difficile pour toi de voir ton médecin ? et de le voir seul(e) ?

Si oui : pourquoi ? qu'est-ce qui t'empêche de le voir ? et seul(e) ?

Si non : pourquoi ?

Quelle est la place de ton médecin concernant le cannabis ? que peut-il faire ? Comment peut-il t'aider ?

Est-il pour toi la bonne personne et pourquoi ?

Quelles ont été (seraient) tes craintes pour lui en parler ?

Pourquoi est-ce difficile de lui en parler ?

Pourquoi penses-tu qu'il ne peut pas t'aider ?

As-tu des choses à ajouter ?

En gris : modifications apportées entre les entretiens 8 et 9.

**Questionnaire de caractérisation (1ère partie)**

N°:

Âge :

Sexe : M / F

Fratricité :.....

adresse principale (commune) :

Interne / Demi-pensionnaire / Externe

Statut des parents : en couple / séparé / monoparentale (mère/père)

Profession : Parent 1.....Parent 2.....

Maladie chronique : Asthme / Diabète / Scoliose / Handicap /

Autre.....

Prends tu un médicament tous les jours ? (y compris la pilule).....

**2ème partie, auto-questionnaire (non obligatoire)**

As-tu déjà eu la possibilité de consommer du cannabis sans le faire? oui / non

As-tu déjà consommé du cannabis ?non/oui // Si oui : âge de la première expérimentation

A combien de reprises as-tu consommé du cannabis ?

Dans les douze derniers mois

- moins de 10 fois

- plus de 10 fois : moins d'une fois par jour / au moins une fois par jour

Dans les trente derniers jours

- moins de 10 fois

- plus de 10 fois : moins d'une fois par jour / au moins une fois par jour

As tu un docteur traitant ? oui / non

Si oui, est il le même que celui de tes parents ? oui / non

T'arrive-t-il de consulter seul(e) ? oui / non

Si tu ne consultes pas seul(e), le souhaiterais-tu ? oui / non

As-tu vu un médecin depuis moins de 1 an ? oui / non

T'a-t-il déjà parlé de cannabis ? oui / non

Ressenti de l'entretien / remarques

## **Autorisation Parentale**

Madame, Monsieur,

Étudiants de la faculté de Rangueil à Toulouse, nous réalisons un travail de recherche sur le dépistage et la prévention de la consommation de cannabis chez les collégiens en classe de troisième.

Pour effectuer ce travail de recherche, nous souhaiterions organiser des entretiens individuels au sein de l'établissement scolaire de votre enfant avec les élèves qui seront volontaires pour participer.

Cette enquête se déroule sous la direction de nos professeurs de faculté, avec l'accord de la Proviseure de l'établissement, Madame Boret.

Les témoignages recueillis seront enregistrés avec un dictaphone et resteront anonymes.

Les bandes de témoignages sont confidentielles et seront détruites une fois la recherche terminée.

Ces entretiens auront lieu hors temps scolaires les mardi et jeudi entre 12h30 et 14h.

Dans le cadre de cette enquête nous vous prions de bien vouloir nous fournir l'autorisation parentale ci-dessous :

Je soussigné(e) Madame, Monsieur \_\_\_\_\_ titulaire de l'autorité parentale de l'enfant \_\_\_\_\_

Autorise mon enfant à participer à un entretien individuel.

N'autorise pas mon enfant à participer à un entretien individuel.

En vous remerciant de votre attention et en insistant sur le caractère strictement anonyme de cette enquête, nous sommes à votre disposition pour d'éventuelles questions

ANNEXE 4

**Commission Ethique du Département de  
Médecine Générale de Midi Pyrénées**

Secrétariat : *Dr Motoko DELAHAYE*  
30 Avenue des Arcades, 12000 Le Monastère  
Tél. : 05.65.42.58.69 – Tél. Port : 06.88.05.55.52 – [motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr](mailto:motoko.delahaye@dumg-toulouse.fr)

Président : Mme Laurencine VIEU  
Secrétaire : Mme Motoko DELAHAYE

**AVIS A LA COMMISSION ÉTHIQUE DU DÉPARTEMENT UNIVERSITAIRE DE MÉDECINE  
GÉNÉRALE DE MIDI-PYRENEES**

Renseignements concernant le demandeur :

Nom DUPLOUY Clement et DESHAIES Dominique  
Qualité, Médecins remplaçants  
Adresses, 3 imp des edelweiss 65200 Bagnères de bigorre / 9 chemin du pic du Jer 65100 Jarret  
Courriel : [duplouy.clem@gmail.com](mailto:duplouy.clem@gmail.com), [deshaiies.dominique@gmail.com](mailto:deshaiies.dominique@gmail.com)  
Numéro de téléphone 0685232554 / 0682240075  
Numéro de téléphone

Titre complet de la recherche :

Cannabis : Le médecin généraliste est-il un recours envisagé par l'adolescent ?  
Recherche des freins à la « consultation cannabis » de l'adolescent à travers une étude qualitative avec entretiens individuels  
chez des élèves de troisième du lycées d'Argelès Gazost.

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

**AVIS FAVORABLE LE 14/12/2016**



Dr Motoko Delahaye

## Caractéristiques de l'échantillon (1 sur 2)

Critères/Sujets	Sujet N°1 15	Sujet N°2 14	Sujet N°3 15	Sujet N°4 15	Sujet N°5 13	Sujet N°6 15	Sujet N°7 14
Âge	masculin	féminin	féminin	masculin	féminin	masculin	féminin
Sexe	0	1 gd soeur	0	0	1 1/2 soeur 2 1/2 frères	1	1 pt soeur
Fratrie	Pontacq interne en couple	Ayzac-Ost demi-pensionnaire en couple	Ouzous demi-pensionnaire en couple	Sazos demi-pensionnaire en couple	Gez demi-pensionnaire séparé	Sarragosse interne en couple	Sarragosse interne en couple
Commune	Entretien dans un hotel	Electricien	Dessinateur industriel	Retraité	Patron de camping		Chef d'entreprise
Statut au collège	Gérant d'hotel	Assurance	Comptable	Chômage	Laborantine		Secrétaire
Statut des parents	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune
Profession du père	question non posée	question non posée	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun
Profession de la mère	question non posée	Non	Non assignée	Non	Oui	Non	Non
Maladie chronique	question non posée	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Traitement au long cour	question non posée	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
As-tu déjà eu la possibilité de consommer du cannabis sans le faire ?	question non posée	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
As-tu déjà consommé du cannabis ?	question non posée	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Age d'expérimentation	question non posée	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
A combien de reprise as-tu consommé du cannabis ?	question non posée	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Dans les douze derniers mois ?	question non posée	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Dans les trente derniers jours ?	question non posée	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
As tu un docteur traitant ?	question non posée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Si oui, est il le même que celui de tes parents ?	question non posée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
T'arrive-t-il de consulter seul(e) ?	question non posée	question non posée	Non	Non	Non	Non	Non
Si non le souhaiterais tu ?	question non posée	question non posée	Non	Non	Non	Oui	Non assignée
As-tu vu un médecin depuis moins de 1 an ?	question non posée	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
T'a-t-il déjà parlé de cannabis ?	question non posée	Non	Non	Non	Non	Non	Non

## Caractéristiques de l'échantillon (2 sur 2)

Critères/Sujets	Sujet N°8		Sujet N°9		Sujet N°10		Sujet N°11		Sujet N°12		Sujet N°13		Sujet N°14	
	15	14	14	14	14	14	14	14	15	15	15	15	15	15
Âge														
Sexe	féminin	féminin	masculin	masculin	masculin	masculin	masculin	masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Masculin	Féminin	Féminin
Fratrie	1 pt soeur	1 gd, 1/2 frère ; 1 pt frère ; 1 pt soeur	2 frères	2 frères	2 frères	2 frères	1	1	1	1	0	0	0	0
Commune	Sarragosse	Argeles-gazost	Bosdarros	Bosdarros	Bosdarros	Bosdarros	Geu	Lau Balagnas	Argels-Gazost	Argels-Gazost	Argels-Gazost	Argels-Gazost	Arrens-Marsous	Arrens-Marsous
Statut au collège	interne	demi-pensionnaire	interne	interne	interne	interne	interne	demi-pensionnaire	demi-pensionnaire	demi-pensionnaire	demi-pensionnaire	demi-pensionnaire	demi-pensionnaire	demi-pensionnaire
Statut des parents	en couple	separé	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	en couple	separé	separé	en couple	en couple
Profession du père	ouvrier	variable	Buraliste	Buraliste	Buraliste	Buraliste	Non assignée	Maçon	Commerçant	Commerçant	Commerçant	Commerçant	Cuisinier	Cuisinier
Profession de la mère	Chercheuse	Institutrice et accompagnatrice tourisme équestre	Infographiste	Infographiste	Infographiste	Infographiste	Non assignée	Service client téléphonie	Commerçant	Commerçant	Commerçant	Commerçant	Factrice	Factrice
Maladie chronique	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	s'est fait opéré du genou	aucune	aucune	aucune	aucune	aucune	rhinocoñonctivite, allergies alimentaires	rhinocoñonctivite, allergies alimentaires
Traitement au long cour	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	aucun	AntiH1 et CTC	AntiH1 et CTC
As-tu déjà eu la possibilité de consommer du cannabis sans le faire ?	Non	Oui	Non assignée	Non assignée	Non assignée	Non assignée	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
As-tu déjà consommé du cannabis ?	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Age d'expérimentation	Non applicable	14	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	14	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
A combien de reprise as-tu consommé du cannabis ?														
Dans les douze derniers mois ?	Non applicable	moins de 10 fois	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	moins de 10 fois	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
Dans les trente derniers jours ?	Non applicable	Non assignée	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable	Non applicable
As-tu un docteur traitant ?	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Si oui, est-il le même que celui de tes parents ?	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
T'arrive-t-il de consulter seul(e) ?	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non
Si non le souhaiterais-tu ?	Non applicable	Non applicable	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Non	Non
As-tu vu un médecin depuis moins de 1 an ?	Oui	Oui	Non	Non	Non	Non	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
T'a-t-il déjà parlé de cannabis ?	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non

**EXEMPLE : ENTRETIEN N°2**

Le jeudi 9 mars 2017 - Durée 11'40

D : Alors d'abord j'aimerais savoir ce que c'est pour toi le cannabis... qu'est-ce que... qu'est-ce que tu en sais ?

A2 : Je sais juste que c'est de la drogue. Après je sais pas du tout sous quelle forme c'est... je sais pas du tout.

D : ouais, d'accord. Drogue, c'est à dire, pour toi ?....

A2 : euh, fff, ben pour moi la drogue,... je sais pas.... je sais qu'y a plusieurs types genre fumer ou à... sentir (*fait un geste vers son nez*) enfin je sais pas trop trop mais pour moi ben fff... la drogue c'est... ben ça dépend en fait genre...pour des gens c'est comme pour euh.... enfin c'est comme (*hésitation*), je sais pas comment dire, en gros ça les détend quoi, fin... mais pour moi je pense que ça peut pas, ça peut pas aider à détendre tout ça...

D : d'accord, et... donc c'est quelque chose que ça peut apporter la détente

A2 : ben ouais y'en a qui disent ça, moi j'y crois pas trop

D : d'accord, ok. Et, y'a d'autres choses que ça peut apporter ?

A2 : ben euh oui. Y'en a qui sont morts à cause de ça, genre des overdoses tout ça enfin... je connais pas trop le sujet mais...

D : d'accord donc ça c'est plutôt les problèmes que ça.... ok et dans les problèmes donc overdose donc ça c'est plus par rapport à la santé, y a d'autres soucis que ça peut causer ?

A2 : je sais pas

D : d'accord, ok. Et... où c'est que tu peux trouver des informations par rapport au cannabis ?

A2 : Alors ça, je sais pas du tout, sur internet peut-être ?

D : ouais, d'accord. Est-ce qu'y a des personnes ? Vers quelle personne tu peux te tourner pour euh avoir des informations ? Ou... ou est-ce que t'as déjà reçu des informations de quelqu'un euh ?

A2 : non jamais, enfin on m'a jamais proposé, on... jamais non.

D : ouais, d'accord. Donc ça c'est pour en consommer mais si jamais tu te posais des questions justement sur ce que ça apporte ou sur ce que ça peut apporter comme problème...

A2 : peut-être l'infirmière...

D : oui

A2 : après je sais pas trop...

D : d'accord, ça fait parti de son rôle, l'infirmière ?

A2 : euh ouais je pense

D : oui ?

A2 : Enfin je pense que ben, ben si... si on veut en consommer ou si on en consomme peut-être que c'est bien de se tourner vers elle pour savoir enfin pour avoir des convictions pour arrêter, quoi, si on en consomme je veux dire

D : d'accord, et... donc son rôle à elle ça serait quoi en fait, d'après toi ?

A2 : à nous détourner

D : détourner

A2 : si, oui... et puis à pas enfin... à nous inciter à pas y aller enfin pas en prendre

D : d'accord et est-ce que euh... est-ce que ça pose des difficultés d'aller la voir par rapport à ça ?

A2 : oui je pense que ça doit être difficile

D : alors en quoi ce serait difficile ?

A2 : ben euh... enfin si, si c'est juste pour avoir des informations qu'on en consomme pas c'est... pour poser des questions c'est pas difficile, mais assumer que... qu'on en consomme, ça doit être difficile

D : d'accord, et lui poser des questions si tu en consommes pas, est-ce que ça peut être difficile aussi ?

A2 : oh non je pense pas, enfin j'ai jamais été la voir pour lui parler de ça mais si on en consomme pas je pense pas

D : d'accord, et... est-ce qu'il y aurait d'autres personnes encore vers qui tu pourrais te tourner ? Ou vers qui tu pourrais conseiller quelqu'un si dans ton entourage t'as un ami qui se pose des questions ou qui a des difficultés, vers qui tu lui conseillerais d'aller ?

A2 : je sais pas du tout

D : d'accord, est-ce que... par exemple, est ce que dans la famille c'est quelque chose...

A2 : ben en parler à la famille, peut-être que ça peut aider parce que enfin ils sont plus présents pour euh nous aider quoi mais après je sais pas du tout

D : et... alors tu l'as pas évoqué spontanément la famille, qu'est-ce qui fait que tu l'as pas évoqué spontanément ?

A2 : ben parce que... d'un côté ils sont peut-être pas très très,... je me souviens plus du mot...enfin ça doit être difficile d'avouer à la famille, ben déjà si on en consomme ben déjà ça doit être difficile et puis ils sont p'têt pas très objectifs aussi genre, ben j'sais pas c'est différent, genre il vaut mieux se tourner vers des gens de l'extérieur plutôt que la famille.



Après c'est vrai je pense qu'ils seraient plus présents pour nous aider à.... mieux....

D : d'accord, et des gens de l'extérieur donc, par exemple... l'infirmière pour toi ça fait partie des personnes extérieures ?

A2 : oui

D : et qu'est-ce que tu penses du médecin par rapport à ça ?

A2 : oh ! je sais pas (Surprise), ben je... je sais pas du tout

D : est ce qu'il peut avoir un rôle ? pour aider quelqu'un ou pour donner des informations ?

A2 : oui je pense, vu que ben par rapport à la santé il s'y connaît donc il pourrait nous dire enfin ce qui pourrait ne pas aller et après euh... oui oui je pense qu'on peut...

D : et alors, pareil, tu me l'as pas évoqué spontanément, d'après toi pour quelle raison t'as pas spontanément pensé à lui ou ...?

A2 : je sais pas ben pour moi l'infirmière enfin elle sert pas juste à nous soigner parce que enfin on peut... elle est aussi là pour qu'on parle de ce qui va pas alors que le médecin pour moi il nous soigne quoi !

D : d'accord, et donc euh... tu peux expliquer là ce que tu viens de me dire donc l'infirmière tu peux lui parler et le médecin c'est plus pour soigner ?

A2 : ben c'est-à-dire que l'infirmière genre elle peut s'occuper enfin si on veut lui parler enfin on peut y aller, elle sert pas juste à nous soigner au quotidien quoi enfin elle est aussi là pour qu'on lui parle je pense et... nous aider à aller mieux euh intérieurement, je veux dire mentalement tout ça. Et le médecin, euh... ben moi je vais le voir si je suis malade ! donc...

D : d'accord, d'accord, donc il n'a pas ce rôle,... pour toi ?

A2 : ben non, enfin je pense pas

D : et est-ce que tu penses à ton médecin en particulier ou est ce que les médecins en général, c'est pas leur rôle, ce côté là ?

A2 : en général, je pense

D : en général, d'accord... et... l'infirmière, donc tu peux plus facilement lui parler, si je comprends bien ce que tu me dis... ?

A2 : oui

D : C'est par rapport au fait qu'elle est infirmière ? Ou c'est par rapport à d'autres raisons ?

A2 : ben que ben son milieu à elle c'est les jeunes vu qu'elle travaille dans une infirmerie euh scolaire euh du coup ben je pense c'est, enfin voilà c'est plus son rôle...

D : c'est le fait qu'elle soit... en fait dans ton environnement ?

A2 : oui

D : d'accord, alors que le médecin... c'est compliqué de le voir ?

A2 : je sais pas trop enfin, hésitations.... ouais et puis c'est différent je trouve

D : c'est différent, c'est-à-dire ?

A2 : euh je... je sais pas comment trop l'expliquer mais genre euh... je pense que l'infirmière genre si elle est là c'est aussi pour qu'on puisse lui parler, elle nous l'a déjà répété plusieurs fois en plus, genre c'est aussi pour qu'on aille la voir pour des choses qui vont pas tout ça

D : d'accord, d'accord, donc en fait elle vous a euh évoqué le fait qu'elle était à votre disposition pour parler

A2 : euh oui oui elle nous l'a dit plusieurs fois oui

D : d'accord, et ça le médecin il t'a déjà... parlé par exemple de cannabis ou de drogues...

A2 : non jamais

D : non d'accord, t'aurai aimé qu'il t'en parle ou pas ?

A2 : ben moi je sais pas trop parce que j'en fais... enfin je suis pas dans... enfin je consomme pas euh... je suis jamais rentré dedans donc euh... j'ai pas vraiment besoin d'en parler

D : ouais, donc tu t'es pas posé la question de... t'as jamais souhaité qu'il évoque ce sujet parce que ça te concernait pas plus que ça ?...

A2 : oui

D : d'accord, et tu penses que en général il faudrait qui... qu'il pose cette question ?

A2 : euh.... oui,... oui oui pourquoi pas...

D : pourquoi pas... d'accord ok (A2 : *sourire un peu gêné*)

D : et hum... ... .. d'accord, alors j'aimerais arriver à bien cerner ce que tu m'as dit parce que c'est intéressant. L'infirmière donc y'a le fait qu'elle est dans ton environnement, et est-ce qu'il y'a d'autres choses qui pour toi font que ben c'est la personne ou la personne que tu pourrais conseiller à quelqu'un pour parler de ce sujet ?

A2 : parce que ouais, elle est... elle est calme, on dirait qu'elle est vachement compréhensive et que du coup elle pourrait facilement nous aider à parler. Et puis le fait que ce soit une femme aussi. Parce que de une fille à une autre c'est plus facile de parler.

D : Ton médecin c'est un homme ?

A2 : oui

D : oui d'accord, et... euh.... donc tu m'as dit un petit peu ce qui permettait de parler de ce sujet, et après tu m'as dit en fait, c'est difficile d'avouer en fait la consommation, pour quelle raison c'est difficile en fait ?

A2 : ben parce que c'est dangereux pour la santé et que, ben généralement quand on dit qu'on consomme c'est pas très bien vu...

D : c'est pas très bien vu, ça c'est important, ça veut dire quoi pour toi c'est pas très bien vu ?

A2 : ben... jsais pas.... jsais pas trop comment l'expliquer mais genre euh, moi je pense à tous ces gens qui sont morts à cause de ça, d'overdoses ou comme ça et je sais que genre si un ami ou même un membre de famille me dit euh qui consomme ben je... ben voila je serais pas trop trop contente parce que c'est dangereux

D : donc c'est plutôt par rapport à la dangerosité... Du coup, si on est en danger par rapport à quelque chose et que... on cherche de l'aide, c'est plutôt quelque chose de bien ?

A2 : oui oui

D : et du coup qu'est-ce qui fait que dans cette situation là ben c'est mal vu ?...de chercher de l'aide?

A2 : ah non ! chercher de l'aide c'est pas mal vu mais c'est c'est... ce qui est mal vu c'est d'en consommer donc avouer qu'on en consomme. Mais chercher de l'aide il faut forcément avouer qu'on en consomme. Et c'est le fait d'en consommer qui est mal vu, pas le fait de chercher de l'aide.

D : c'est le fait d'en consommer qui est mal vu, d'accord, ok. Et... c'est mal vu par rapport à quoi, pour quelles raisons ? D'après toi ?

A2 ben parce que c'est illégal.

D : c'est illégal...

A2 et...

D : ok, et... ok... y'a d'autres raisons qui explique que c'est mal vu ?

A2 non je pense pas

D : ok, bon ben écoute merci ! D'avoir pris un petit peu de temps...

A2 : avec plaisir (sourire)

## *ANNEXE 7*

### **Ressenti d'un entretien**

---

#### ENTRETIEN N°1

**Contexte :** Le mardi 7 mars 2017, dans une salle de l'internat fille, collège-lycée climatique d'Argelès-Gazost. Nous sommes accueillis par le CPE qui a ouvert la salle. Il est 13h. Personne ne s'est présenté spontanément. Nous sommes allés chercher un élève dans la cour désigné par un surveillant. Il s'agit du délégué de classe de la 3<sup>o</sup>. Il accepte assez facilement de nous voir. Les autres élèves de sa classe partent pour un après-midi de ski alors que lui est libre suite à une blessure à un genou (fracture de plateau tibial).

**Présents :** Clément (observateur), Domi (interviewer), et "A", l'élève, autour d'une table ronde.

**Durée de l'entretien :** 10min 5s

**Ressenti :** Pour nous cela semble difficile de faire des questions ouvertes, et des relances. l'élève lui ne semble pas se sentir plus concerné par la consommation de cannabis et reste détaché de la thématique. Le dialogue se fait néanmoins facilement et il semble être à l'aise.

ANNEXE 8

Extrait de l'arbre thématique réalisé sur Nvivo, ici reconstitué sur tableur

THEME	Catégories	sous catégories	sous sous catégories	Code	...	VERBATIM A4	...	VERBATIM A7	...	VERBATIM A12	...	VERBATIM A14
REPRESENTATION DU CANNABIS	Effet sur la santé	Positif		Effet positif immédiat et effet négatif retardé				"V : c'est euh... je crois que c'est mauvais pour tout le monde et au moment où tu le prends t'es bien t'es tout content ou je sais pas mais après tu vas être comme avant ou pire !"				
		Négatif	Dépendance	Rend dépendant								"ça rend dépendant à ça"
			Psychologique	Effet négatif baisse de moral		"parce que ceux qui fument de la drogue en général ils ont pas le moral."						
			Somatique	Nuit à la gorge						"V: ba je pense que c'est comme le tabac, ça doit endommager la gorge et la santé en général..."		

**Questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test)**

- 1) Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
- 2) Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul ?
- 3) Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire à cause de votre consommation de cannabis ?
- 4) Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
- 5) Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y arriver ?
- 6) Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, crise d'angoisse, mauvais résultats d'école...)

Evaluation du risque de dépendance

Risque faible : (score inférieur ou égal à 1)

Risque modéré : (score égal à 2)

Risque élevé : (score supérieur ou égal à 3)

Source : <http://www.addictauvergne.fr/addictauvergne/wp-content/uploads/2013/01/Questionnaire-CAST.pdf>

## Questionnaire TSTS-CAFARD

### LE TEST « TSTS-Cafard »

Il consiste à aborder 4 thèmes en formulant les questions d'ouverture suivantes.

**Traumatologie** → « *As-tu déjà eu des blessures ou un accident (même très anodin) cette année?* »

**Sommeil** → « *As-tu des difficultés à t'endormir le soir?* »

**Tabac** → « *As-tu déjà fumé? (même si tu as arrêté)* »

**Stress** → « *Es-tu stressé (ou tendu) par le travail scolaire, ou par la vie de famille, ou les deux?* »

Ces questions peuvent être abordées en tant que telles à un moment donné ou, mieux, « distillées » au cours de la consultation pour en atténuer l'éventuel caractère d'interrogatoire intrusif.

On s'en souviendra avec l'acronyme T.S.T.S.

À chaque réponse positive obtenue, il est alors proposé une question complémentaire introduisant un niveau de gravité à partir de 5 « mots clés »

**Sommeil** → **Cauchemars** : « *Fais-tu souvent des Cauchemars?* »

**Traumatologie** → **Agression** : « *As-tu été victime d'une Agression physique?* »

**Tabac** → **Fumeur quotidien** : « *Fumes-tu tous les jours du tabac?* »

**Stress scolaire** → **Absentéisme** : « *Es-tu souvent Absent, ou en Retard à l'école?* »

**Stress familial** → **Ressenti Désagréable familial**  
« *Dirais-tu que ta vie familiale est désagréable?* »

On s'en souviendra avec l'acronyme C.A.F.A.R.D.

*Deux réponses positives à 2 questions différentes concernent la moitié des adolescentes ayant eu des idées suicidaires et rend légitime la demande du médecin à propos de problèmes de mal-être actuel ou passé.*

*Trois réponses positives au « Cafard » concerne la moitié des adolescents ayant fait une tentative de suicide.*

Source : ado-référentiel-Dr Binder, groupe ADOC, rev prat med gen 2005;19:1307-1313

## ANNEXE 10

(1 sur 2)

Les caractéristiques du développement de l'enfant et de l'adolescent - Période de 10 à 13 ans					
Affectif	Cognitif	Moral	Physique	Sexuel	Social
Plus grande stabilité sur le plan affectif Plus grande confiance en soi Meilleure acceptation des différences de l'autre	Poursuite du développement de l'apprentissage	Développement de la pensée opératoire réversible permettant de considérer plus d'un point de vue	Poursuite et consolidation du développement psychomoteur, de la découverte et de l'utilisation de son corps et de ses aptitudes	Apparition des différences physiques associées aux sexes féminin et masculin	Importance grandissante du groupe de pairs du même sexe et de son potentiel d'influence
Vulnérabilité à l'anxiété de performance, à la compétition exagérée, au développement d'un sentiment d'infériorité	Stade de la pensée formelle	Vulnérabilité à l'influence néfaste des amis qui ne partagent pas les mêmes valeurs	Baisse du niveau global de l'activité physique surtout chez les garçons âgés de 10 à 14 ans et niveau d'activité physique faible chez les filles âgées de 10 à 14 ans	Vulnérabilité à l'exploitation sexuelle	Propension aux conduites à risque
Amorce d'un besoin important de distanciation avec les parents	Amorce de la prise de conscience des conséquences à court et à long terme de ses actions		Phase où la famille et les pairs jouent un rôle important face au comportement alimentaire	Vulnérabilité au développement des stéréotypes sexuels	Poursuite de la baisse de l'égoïsme
Importance du groupe de pairs pour maintenir l'estime de soi	Amélioration de la capacité de résolution de problèmes		Vulnérabilité aux accidents et aux blessures	Intérêt pour les fonctions sexuelles	
			Sollicitation de l'entourage pouvant influencer les habitudes de vie : alimentation, activité physique, tabac, drogues et alcool		



## ANNEXE 11

(2 sur 2)

Les caractéristiques du développement de l'adolescent - Période de 13 à 17 ans					
Affectif	Cognitif	Moral	Physique	Sexuel	Social
Acquisition progressive de l'identité personnelle, sentiment d'autonomie et de contrôle personnel, développement de la débrouillardise, de la prise de décision et des compétences à maîtriser le stress	Développement et consolidation de la capacité de raisonner et d'analyser (formuler des hypothèses, planifier des activités, établir des stratégies, tirer des conclusions, estimer les chances de succès ou d'échec)	Éloignement par rapport au conformisme social	Poussée de croissance importante chez les filles (12 ans) et les garçons (13 ans)	Maturation des fonctions de reproduction et des caractères sexuels primaires et secondaires	Acceptation par les pairs et loyauté envers eux
Remise en question des normes et valeurs reçues	Développement et consolidation de la capacité d'abstraction, élaboration de la pensée abstraite	Exercice d'une autonomie plus complète	Baisse du niveau global de l'activité physique chez les adolescents de 15 à 19 ans et niveau d'activité physique plus faible chez les adolescentes âgées de 15 à 19 ans	Engagement possible dans les premières relations sexuelles	Responsabilisation face aux rôles sociaux, filiaux, conjugaux, maternels, paternels, civiques et de travailleurs
Expression fréquente d'émotions labiles	Vulnérabilité aux difficultés d'apprentissage scolaire	Apparition de situations conflictuelles avec l'adulte	Préoccupation importante de l'image corporelle	Vulnérabilité aux grossesses précoces	Modulation des choix par l'influence des pairs
Vulnérabilité aux détresses psychologiques, aux peines d'amour, aux idées suicidaires et au suicide	Risque d'abandon scolaire	Augmentation de la capacité d'empathie et de la faculté à considérer les intentions des autres	Apparition des vulnérabilités liées aux modèles stéréotypés et aux images corporelles véhiculées par la société	Exposition aux maladies transmises sexuellement	Intérêt aigu pour les activités compétitives
Désir de reconnaissance personnelle et forte envie de se libérer des adultes			Vulnérabilité à l'utilisation des stéroïdes anabolisants ou à la pratique d'exercices de musculation à outrance	Changements physiques spectaculaires (menstruations chez la fille, expériences d'éjaculation nocturne chez le garçon)	
Début de l'expérience de l'intimité avec une autre personne			Vulnérabilité aux désordres alimentaires, particulièrement chez les adolescentes	Vulnérabilité à la violence dans les relations amoureuses	
Reconnaissance parentale et sociale plus grande quant à l'autonomie du jeune adulte contribuant ainsi à sa valorisation			Vulnérabilité aux accidents et aux blessures	Phase aiguë de l'identité personnelle et sexuelle	
			Période propice à l'adoption d'habitudes de vie favorables à la santé ayant de fortes probabilités de se maintenir à l'âge adulte	Début de l'expérience de l'intimité physique avec une autre personne	

Source : Réseau francophone de prévention des traumatismes et de promotion de la sécurité, Bantuelle M, Demeulemeester R, Institut national de prévention et d'éducation pour la santé (France). *Comportements à risque et santé: agir en milieu scolaire, programmes et stratégies efficaces : référentiel de bonnes pratiques.*

Saint-Denis: Éd. INPES; 2008.

## **RÉSUMÉ : ADOLESCENTS ET CANNABIS EN MILIEU RURAL :**

### **DEVENIR UN RECOURS EN SOINS PREMIERS**

**INTRODUCTION :** Alors que l'adolescent consulte son médecin généraliste au moins une fois par an, concernant le cannabis il ne l'identifie pas comme un recours possible. L'objectif de cette étude est de comprendre comment le médecin généraliste peut devenir un recours pour les adolescents concernant le cannabis. **MATÉRIELS ET MÉTHODES :** Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens individuels semi-dirigés menés par deux chercheurs. Des adolescents de troisième ont été interrogés dans un collège d'Argelès-Gazost après autorisation parentale. Les entretiens ont été enregistrés puis retranscrits et analysés à l'aide du logiciel N-vivo°. **RÉSULTATS :** Quatorze entretiens furent réalisés de mars à mai 2017. La représentation du cannabis était soit caricaturale, soit banalisée mais peu de connaissances ont été rapportées. La représentation sociale liée à l'interdit et au tabou prédominait. Les principaux recours identifiés étaient l'infirmière scolaire et les parents. Concernant le médecin, les freins retrouvés faisaient appel à la méconnaissance de son rôle, au manque d'empathie et à une incertitude quant à la confidentialité. **CONCLUSION :** Pour devenir un recours concernant les problèmes liés au cannabis, le médecin généraliste doit adapter son attitude à la singularité de l'adolescent. Grâce à cette prise de conscience il pourra mettre en oeuvre les outils spécifiques à cette problématique. Un outil pédagogique est proposé afin que le médecin généraliste devienne un recours concernant le cannabis chez l'adolescent.

---

MOTS MESH : Adolescent, médecin généraliste, soins premier, cannabis

## **ABSTRACT: ADOLESCENTS AND CANNABIS IN RURAL AREAS:**

### **BECOMING SOMEONE TO TURN TO IN PRIMARY CARE**

**INTRODUCTION:** In France, adolescents don't identify their General Practitioner (GP) as a person to turn to when it comes to cannabis. This, even though they see their GPs once a year. The goal of the study was to understand how GPs could be identified by adolescents as someone to turn to on the issue of cannabis. **METHODS:** This is a qualitative study using semi-directed interviews conducted by two researchers. Ninth-grade adolescents from a school in Argelès-Gazost, a rural area, were questioned after parental approval. The interviews were then taped, transcribed and analyzed with the help of NVivo° software. **RESULTS:** Fourteen interviews were held from March to May 2017. The representation of cannabis was either exaggerated or down-played and small knowledge was recorded. The social images of cannabis were mainly linked to prohibition and being taboo. The main points of call identified were the school nurse and the parents. About the doctor, the obstacles found were about the fact that adolescents didn't know much about the GP's role, a perceived lack of empathy and a doubt about confidentiality. **CONCLUSION:** For the adolescent to turn to their GP about cannabis, GPs need to adapt their attitude towards the profile of this age group. This heightened awareness will help the GP develop specific tools accordingly. Educational tools were designed to enable the GPs to become a point of call for adolescents when it comes to cannabis.

---

**KEYWORDS:** Adolescent, general practitioner, primary care, cannabis

DUPOUY Clement / DESHAIES Dominique

2017 TOU3 1166 / 2017 TOU3 1165