

Année 2018

2018 TOU3 1069

THESE

**POUR LE DIPOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE
SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

Présentée et soutenue publiquement
Par

Stéphanie ROCHE

Le 9 juillet 2018

**Freins et attentes des adolescents sur le repérage et la prise en charge de
leurs consommations de substances psychoactives
par leur médecin généraliste**

Etude épidémiologique auprès de 277 adolescents de 12-17 ans révolus, consultant en
cabinet de médecine générale dans le Puy-de-Dôme.

Directrices de thèse : Docteur Julie DUPOUY

Docteur Catherine LAPORTE

JURY :

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT

Président

Madame le Docteur Maryse LAPEYRE-MESTRE

Assesseur

Madame le Docteur Julie DUPOUY

Assesseur

Madame le Docteur Catherine LAPORTE

Assesseur

TABLEAU du PERSONNEL HU
des Facultés de Médecine de l'Université Paul Sabatier
au 1^{er} septembre 2017

Professeurs Honoraires

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

Professeurs Émérites

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

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ADOUE Daniel (C.E)	Médecine Interne, Gériatrie
M. AMAR Jacques	Thérapeutique
M. ATTAL Michel (C.E)	Hématologie
M. AVET-LOISEAU Hervé	Hématologie, transfusion
Mme BEYNE-RAUZY Odile	Médecine Interne
M. BIRMES Philippe	Psychiatrie
M. BLANCHER Antoine	Immunologie (option Biologique)
M. BONNEVILLE Paul	Chirurgie Orthopédique et Traumatologie.
M. BOSSAVY Jean-Pierre	Chirurgie Vasculaire
M. BRASSAT David	Neurologie
M. BROUCHET Laurent	Chirurgie thoracique et cardio-vascul
M. BROUSSET Pierre (C.E)	Anatomie pathologique
M. CARRIE Didier (C.E)	Cardiologie
M. CHAUVEAU Dominique	Néphrologie
M. CHOLLET François (C.E)	Neurologie
M. DAHAN Marcel (C.E)	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. DE BOISSEZON Xavier	Médecine Physique et Réadapt Fonct.
M. DEGUINE Olivier	Oto-rhino-laryngologie
M. DUCOMMUN Bernard	Cancérologie
M. FERRIERES Jean	Epidémiologie, Santé Publique
M. FOURCADE Olivier	Anesthésiologie
M. GEERAERTS Thomas	Anesthésiologie et réanimation
M. IZOPET Jacques (C.E)	Bactériologie-Virologie
Mme LAMANT Laurence	Anatomie Pathologique
M. LANG Thierry (C.E)	Biostatistiques et Informatique Médicale
M. LANGIN Dominique	Nutrition
M. LAUQUE Dominique (C.E)	Médecine Interne
M. LAUWERS Frédéric	Anatomie
M. LIBLAU Roland (C.E)	Immunologie
M. MALAUAUD Bernard	Urologie
M. MANSAT Pierre	Chirurgie Orthopédique
M. MARCHOU Bruno (C.E)	Maladies Infectieuses
M. MAZIERES Julien	Pneumologie
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 (C.E)	Biol. Du Dévelop. et de la Reprod.
M. PAUL Carle	Dermatologie
M. PAYOUX Pierre	Biophysique
M. PERRET Bertrand (C.E)	Biochimie
M. RASCOL Olivier (C.E)	Pharmacologie
M. RECHER Christian	Hématologie
M. RISCHMANN Pascal	Urologie
M. RIVIERE Daniel (C.E)	Physiologie
M. SALES DE GAUZY Jérôme	Chirurgie Infantile
M. SALLES Jean-Pierre	Pédiatrie
M. SANS Nicolas	Radiologie
Mme SELVES Janick	Anatomie et cytologie pathologiques
M. SERRE Guy (C.E)	Biologie Cellulaire
M. TELMON Norbert	Médecine Légale
M. VINEL Jean-Pierre (C.E)	Hépto-Gastro-Entérologie

P.U. Médecine générale

M. OUSTRIC Stéphane Médecine Générale

P.U. - P.H.

2ème classe

Mme BONGARD Vanina	Epidémiologie
M. BONNEVILLE Nicolas	Chirurgie orthopédique et traumatologique
M. BUREAU Christophe	Hépto-Gastro-Entéro
M. CALVAS Patrick	Génétique
M. CARRERE Nicolas	Chirurgie Générale
Mme CASPER Charlotte	Pédiatrie
M. CHAIX Yves	Pédiatrie
Mme CHARPENTIER Sandrine	Thérapeutique, méd. d'urgence, addict
M. COGNARD Christophe	Neuroradiologie
M. FOURNIE Bernard	Rhumatologie
M. FOURNIÉ Pierre	Ophthalmologie
M. GAME Xavier	Urologie
M. LAROCHE Michel	Rhumatologie
M. LEOBON Bertrand	Chirurgie Thoracique et Cardiaque
M. LOPEZ Raphael	Anatomie
M. MARX Mathieu	Oto-rhino-laryngologie
M. MAS Emmanuel	Pédiatrie
M. OLIVOT Jean-Marc	Neurologie
M. PARANT Olivier	Gynécologie Obstétrique
M. PAYRASTRE Bernard	Hématologie
M. PERON Jean-Marie	Hépto-Gastro-Entérologie
M. PORTIER Guillaume	Chirurgie Digestive
M. RONCALLI Jérôme	Cardiologie
Mme SAVAGNER Frédéric	Biochimie et biologie moléculaire
M. SOL Jean-Christophe	Neurochirurgie

P.U. Médecine générale

M. MESTHÉ Pierre Médecine Générale

P.A Médecine générale

POUTRAIN Jean-Christophe Médecine Générale

FACULTE DE MEDECINE TOULOUSE-RANGUEIL

133, route de Narbonne - 31062 TOULOUSE Cedex

Doyen : E. SERRANO

P.U. - P.H.

Classe Exceptionnelle et 1ère classe

M. ACAR Philippe	Pédiatrie
M. ALRIC Laurent	Médecine Interne
Mme ANDRIEU Sandrine	Epidémiologie
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 (C.E)	Hépatogastro-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
Mme DULY-BOUHANICK Béatrice	Thérapeutique
M. ELBAZ Meyer	Cardiologie
M. GALINIER Michel	Cardiologie
M. GALINIER Philippe	Chirurgie Infantile
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. LEVADE Thierry (C.E)	Biochimie
M. MALECAZE François (C.E)	Ophtalmologie
M. MARQUE Philippe	Médecine Physique et Réadaptation
Mme MAZEREEUW Juliette	Dermatologie
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 (C.E)	Gériatrie
M. ROUGE Daniel (C.E)	Médecine Légale
M. ROUSSEAU Hervé (C.E)	Radiologie
M. ROUX Franck-Emmanuel	Neurochirurgie
M. SAILLER Laurent	Médecine Interne
M. SCHMITT Laurent (C.E)	Psychiatrie
M. SENARD Jean-Michel (C.E)	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. ACCADBLED 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
Mme DALENC Florence	Cancérologie
M. DECRAMER Stéphane	Pédiatrie
M. DELOBEL Pierre	Maladies Infectieuses
M. FRANCHITTO Nicolas	Addictologie
M. GARRIDO-STÓWHAS Ignacio	Chirurgie Plastique
Mme GOMEZ-BROUCHET Anne-Muriel	Anatomie Pathologique
M. HUYGHE Eric	Urologie
Mme LAPRIE Anne	Radiothérapie
M. MARCHEIX Bertrand	Chirurgie thoracique et cardiovasculaire
M. MAURY Jean-Philippe	Cardiologie
M. MEYER Nicolas	Dermatologie
M. MUSCARI Fabrice	Chirurgie Digestive
M. OTAL Philippe	Radiologie
M. SOLER Vincent	Ophtalmologie
Mme SOTO-MARTIN Maria-Eugénia	Gériatrie et biologie du vieillissement
M. TACK Ivan	Physiologie
M. VERGEZ Sébastien	Oto-rhino-laryngologie
M. YSEBAERT Loic	Hématologie

P.U. Médecine générale

Mme ROUGE-BUGAT Marie-Eve Médecine Générale

M.C.U. - P.H.

M. ABBO Olivier	Chirurgie infantile
M. APOIL Pol Andre	Immunologie
Mme ARNAUD Catherine	Epidémiologie
M. BIETH Eric	Génétique
Mme CASPAR BAUGUIL Sylvie	Nutrition
Mme CASSAING Sophie	Parasitologie
M. CAVAINAC Etienne	Chirurgie orthopédique et traumatologie
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
M. LHOMME Sébastien	Bactériologie-virologie
Mme MONTASTIER Emilie	Nutrition
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. TAFANI Jean-André	Biophysique
M. TREINER Emmanuel	Immunologie
Mme TREMOLLIERES Florence	Biologie du développement
Mme VAYSSE Charlotte	Cancérologie
M. VIDAL Fabien	Gynécologie obstétrique

M.C.U. Médecine générale

M. BRILLAC Thierry
Mme DUPOUY Julie

M.C.U. - P.H.

Mme ABRAVANEL Florence	Bactériologie Virologie Hygiène
Mme BASSET Céline	Cytologie et histologie
Mme CAMARE Caroline	Biochimie et biologie moléculaire
M. CMBUS 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
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. DEDOIT 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
M. GUILLEMINAULT Laurent	Pneumologie
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 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
Mme ESCOURROU Brigitte

Médecine Générale
Médecine Générale

Maîtres de Conférences Associés de Médecine Générale

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

Dr BOYER Pierre
Dr ANE Serge
Dr BIREBENT Jordan
Dr LATROUS Leila

REMERCIEMENTS

A Madame la Présidente du Jury,

Madame le Professeur Marie-Eve ROUGE BUGAT,

Professeur des Universités, Praticien Hospitalier

Médecin Généraliste

Faculté de Médecine, Université Paul Sabatier, CHU Toulouse

Vous me faites l'honneur d'avoir accepté de présider ce jury, et je vous en remercie. Veuillez recevoir ici l'expression de la reconnaissance pour votre gentillesse et mon profond respect.

A Mesdames les membres du jury,

Madame le Docteur Maryse LAPEYRE-MESTRE

Maître de Conférences des Universités, Praticien Hospitalier

Directrice de l'unité pharmaco-épidémiologie

Faculté de Médecine, Université Paul Sabatier, CHU Toulouse

Vous me faites l'honneur de vous intéresser à mon travail. Soyez assurée de l'attention que je porterai à votre expertise sur le sujet.

Madame le Docteur Julie DUPOUY,

Maître de Conférences des Universités, ancienne Chef de Clinique des Hôpitaux

Médecin Généraliste

Faculté de Médecine, Université Paul Sabatier, CHU Toulouse

Je vous remercie d'avoir accepté de diriger ma thèse. L'enseignement que vous réalisez au sein du DUMG de Toulouse m'a beaucoup apporté lors de ma formation, et m'a d'ailleurs inspirée tout au long de ce travail.

Madame le Docteur Catherine LAPORTE,

Maitre de Conférences des Universités, ancienne Chef de Clinique des Hôpitaux

Médecin Généraliste

Faculté de Médecine, Université Clermont Auvergne, CHU Clermont-Ferrand

Je te remercie de m'avoir fait l'honneur d'accepter de diriger ma thèse. Tu m'as accompagnée avec enthousiasme tout au long de ce travail ; tes conseils, ton soutien et ta disponibilité ont été précieux. Au niveau professionnel, exercer à tes côtés me permet d'acquérir une nouvelle expérience enrichissante.

Concernant le travail de thèse,

A Céline Lambert, biostatisticienne à la DRCI du CHU de Clermont-Ferrand, pour tout le travail que tu as réalisé, pour tes conseils et ta disponibilité, tout au long de cette étude.

Aux différents cabinets de médecine générale du Puy-de-Dôme qui ont participé à cette étude.

A ma famille,

A ma maman, toujours aux petits soins pour sa « petite » fille qui n'est plus si petite. D'ailleurs, toi aussi tu as bien participé à cette thèse ; emballer les fameuses urnes avec l'aide de tes copines, m'accompagner chez certains médecins généralistes, me supporter dans les derniers moments où le stress m'envahissait. La personne que je suis devenue c'est grâce à toi. Tu es une personne tellement admirable, avec tout ce que tu as dû surmonter ces dernières années. Ta force de vivre est plus forte que tout.

A mon papa, toi qui disais avec fierté que j'allais devenir médecin, j'aurais tellement voulu que tu sois là aujourd'hui. Tu étais un Grand chercheur, et grâce à toi, nous avons pu découvrir de nombreux pays. Tu m'as permis d'exercer ma passion, le patinage. Je me rappellerais toujours des moments que l'on passait dans la voiture à 6h du matin, lorsque tu m'amenaient à la patinoire, où l'on se chamaillait pour la radio ; je me suis toujours imaginée que lorsque tu arrivais le premier dans ton bureau aux Céezeaux, tu en profitais pour faire une petite sieste avant de venir me récupérer pour m'amener à l'école.

A Christophe, qui m'a soutenue jusqu'au bout, même dans les derniers moments où la tension montait et, parfois, je craquais. On se correspond tellement ; on aime les mêmes choses. De nombreux voyages nous attendent, mon chéri !!

A David et Virginie, qui m'ont beaucoup aidée dans la réalisation de cette thèse. Virginie, tu as été mon coach personnel sans cesse me motivant.

A mes nièces et neveu, Lisa J, notre mini Madonna, et le petit Timmy qui m'apportent joie et bonheur quand je suis avec eux. Sans oublier, mes « grandes » nièces, Manue et Titi, on en a fait du chemin depuis les moments où vous veniez en province et nos parents nous « obligeaient » à aller faire des randonnées, on se mettait à l'arrière du van d'un air un peu blasé !

A Alain et Natalya, vous nous avez fait rêver avec ce mariage magique et plein de surprises ! En pleine période de rédaction finale de cette thèse, cela m'a permis de me changer les idées.

A ma tante et mon oncle, qui m'invitaient avec leurs bons petits plats, dès que mes parents « m'abandonnaient » !

A mes amis

Les cop's baroudeuse

A Mayanne, on en a vécu des choses : de la première année de médecine qui n'en finissait pas, aux soirées étudiantes déjantées, aux nombreux voyages (avec l'équipe baroudeuse mais aussi avec nos mamans)... Tu as toujours été là pour moi même dans les moments difficiles.

A Carlita, de Clermont à Toulouse, nous nous sommes pas quittées. Nous avons vécu tant de choses dans la ville rose mais aussi dans de nombreux pays.

A Elise, vivement nos prochains voyages dans des endroits insolites !

A Fanny, jeune maman, encore félicitations !

A Aurélie, que j'ai retrouvé dans notre belle région d'Auvergne. A nous, le soleil, la piscine, les cocktails et les cocotiers !

Aux rencontres tout au long de mon internat à Toulouse,

A Flore, depuis notre rencontre à Decaz' et malgré l'éloignement, nous passons toujours des longs moments au téléphone pour nous raconter toutes nos petites histoires.

A Iphigénie, dès notre rencontre aux urgences à Toulouse, nous nous sommes adorées, nous menant jusqu'à Millau ! Les soirées toulousaines nous permettaient de décompenser.

A Marie et Cloclo, équipe infectio-pneumo power ! Une belle expérience, cet internat à Cahors.

A Juliette, Elsa, Zak, Julie, Dam, Fatou à la colloc, aux soirées appart, aux concerts...

A toute l'équipe clermontoise migrée à Toulouse : Babeth, Nono et Ju, Lucie, et bien d'autres. Nos soirées à Rodez, nos excursions ski....

A l'équipe figeacoise, gramatoise et decazeilloise, Lucie, William, Florian, Jérôme, Diane et Nico, Louise et Alex, Romain, Valérie (de la MSP), Damien O, Elisabeth M, Claude G, Elodie, et bien d'autres. Vous m'avez fait découvrir plein d'endroits typiques, les fêtes du village, la spéléo...

TABLE DES MATIERES

LISTE DES ABREVIATIONS	2
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	8
1. Type d'étude	8
2. Population étudiée	8
3. Déroulement de l'étude	8
3.1. Recrutement des cabinets de médecine générale	8
3.2 Modalités de recueil	8
3.3 Consentement	9
4. Méthode de recueil, élaboration d'un auto-questionnaire	9
5. Estimation du nombre de sujets et analyses statistiques	10
RESULTATS	12
1. Médecins	12
1.1. Recrutement des cabinets de médecins généralistes	12
1.2. Caractéristiques des médecins généralistes ayant inclus des patients	13
2. Patients	14
2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée, les adolescents	14
2.2. Les adolescents et leurs consommations de substances psychoactives	15
2.3. Caractéristiques des adolescents consommateurs et les répercussions	17
2.4. Fréquence annuelle des consultations des adolescents en médecine générale et leurs différents motifs	19
3. Repérage et prise en charge des adolescents de leurs consommations de substances psychoactives	20
4. Freins et attentes des adolescents concernant leur médecin généraliste	22
DISCUSSION	24
1. Principaux résultats de notre étude	24
2. Forces et Faiblesses de l'étude	25
3. Comparaison avec la littérature	27
CONCLUSION	34
BIBLIOGRAPHIE	35
ANNEXES	39

LISTE DES ABREVIATIONS

API : Alcoolisation Ponctuelle Importante

CAARUD : Centres d'Accueil et d'Accompagnement à la Réduction des Risques pour Usagers de Drogues

CFA : Centres de Formation d'Apprentis

CJC : Consultations Jeunes Consommateurs

CM : Communes Multipolarisées

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

DRCI : Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation

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

ESPAD : European School Project on Alcohol and other Drugs

GP : Grand Pôle Urbain

HAS : Haute Autorité de Santé

HBSC : Health Behaviour in School-Aged Children

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

INSEE : Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques

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

MFR : Maisons Familiales Rurales

MG : Médecin Généraliste

MILDECA : Mission Interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

MSU : Maître de Stage Universitaire

OFDT : Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies

OMS : Organisme Mondial de la Santé

RISQ : Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives-Québec

SPA : Substances Psychoactives

ZRR : Zone de Revitalisation Rurale

INTRODUCTION

La consommation des substances psychoactives (SPA), telles que l'alcool, le tabac, le cannabis et d'autres drogues, chez les adolescents, constitue un réel problème de santé publique et de santé individuelle du fait des conséquences sanitaires et sociales. Des comportements à risque tels que les violences, les traumatismes, les rapports sexuels non protégés, les grossesses à risque, peuvent être liés à des consommations problématiques de SPA. Selon l'OMS, les accidents de la route, pouvant survenir suite à une conduite sous l'emprise d'alcool ou certaines SPA illicites, sont la première cause de décès chez les jeunes de 15-29 ans (1). Et les rapports sexuels non protégés constituent le deuxième facteur de risque sanitaire majeur au regard de la morbidité chez les adolescents (infections sexuellement transmissibles, grossesses précoces, avortements à risque) (2).

Chez les adolescents, parmi les produits licites, l'alcool est la SPA la plus fréquemment expérimentée, et ça dès le collège (3), et le tabac est le produit le plus quotidiennement consommé ; parmi les produits illicites, le cannabis est le premier produit consommé (4). D'ailleurs, selon l'enquête européenne ESPAD, réalisée en 2015, la France est l'un des pays où la prévalence de consommation récente de cannabis chez les adolescents est la plus élevée, et l'âge d'initiation la plus précoce (5) (Annexe 1). Dans l'enquête ESCAPAD réalisée par l'OFDT en 2014, il est précisé l'âge des premières expérimentations en France, qui est de 14 ans pour le tabac avec un usage quotidien qui s'installe 9 mois après, et de 15 ans pour le cannabis et l'ivresse alcoolique (4). L'enquête HBSC, qui a été réalisée en 2014 et qui concerne les élèves de collège précise qu'un élève sur deux de 6^{ème} a déjà consommé de l'alcool au moins une fois au cours de sa vie, qu'un élève sur sept dit avoir déjà eu une ivresse alcoolique, qu'un tiers a déjà fumé du tabac et 1/10^{ième} du cannabis (dont 1/4 en 3^{ème}) (3) (Annexe 2). Dans l'enquête ESCAPAD, seuls 8% des adolescents de 17 ans n'ont jamais expérimenté ces trois SPA (4). Cependant, on observe, depuis 15 ans, une baisse au niveau des expérimentations du tabac et de l'alcool, par contre, concernant le cannabis, la courbe s'inverse depuis 2011, avec une augmentation (Annexe 3). Ainsi, un peu moins de la moitié des jeunes de 17 ans ont déjà expérimenté le cannabis. L'expérimentation des autres substances illicites est aussi en augmentation, et concerne un peu moins de 4% des jeunes de 17 ans, à l'exception des produits détournés (poppers, produits à inhaler), consommés plus fréquemment (Annexe 4) (4). L'usage quotidien du tabac est en augmentation depuis 2008 mais globalement en baisse depuis 2000, il concerne 32,4% des adolescents de 17 ans. L'usage intensif reste stable à 7,7%. La consommation régulière d'alcool est en hausse depuis

2008 et concerne 12,3% des jeunes de 17 ans, mais la consommation quotidienne reste exceptionnelle. 48,8% des adolescents de 17 ans déclarent avoir vécu une alcoolisation ponctuelle importante (API) au cours du mois, et 3% des adolescents de façon régulière, ce dernier chiffre est en progression. L'usage régulier et quotidien de cannabis chez les adolescents de 17 ans, est en hausse depuis 2011 (9% et 4%). La polyconsommation régulière est aussi en progression, concernant 12,8% des adolescents de 17 ans (en tête tabac-cannabis) (4).

Ces consommations sont d'autant plus préoccupantes qu'elles surviennent chez des adolescents dont le cerveau est en pleine maturation. Un groupe d'experts, réuni par l'Inserm, met en avant le fait que le cerveau de l'adolescent est plus vulnérable aux SPA par rapport à celui de l'adulte, notamment vis-à-vis de la neurotoxicité de ces substances (6). Dans un article, P. Binder précise que les SPA vont perturber le circuit de la récompense, et, à terme, modifier la plasticité cérébrale (7), créant des dommages sur le développement neuropsychologique, qui peuvent persister même après l'arrêt du produit (6).

Dans de nombreux articles, les risques physiques et psychiques, liés à l'usage des différentes SPA, sont décrits (8, 9, 10, 11). Ils peuvent survenir dès les premières consommations, ou suite à une consommation de façon aiguë ou sur le long terme, et provoquer une toxicité psychiatrique (dépendance, syndrome de sevrage, syndrome amotivationnel, crise d'angoisse, dépression, psychose chez des patients vulnérables), cérébrale (troubles neuropsychologiques et altération des fonctions exécutives, coma éthylique), cardiovasculaire, et pulmonaire, ou encore augmenter le risque de cancer, et favoriser des comportements à risque et une désinsertion scolaire et sociale. La polyconsommation potentialise les effets des différentes SPA (effets d'ivresse, de perte de contrôle, de troubles psycho-comportementaux).

Différents modes de consommation, décrits par Professeur M. Reynaud et son groupe de travail dans un ouvrage, peuvent être observés chez les adolescents, et mener vers une escalade des consommations voire l'apparition de dommages, d'abus et de dépendance (11) :

- une consommation festive qui se déroule notamment le week-end ou lors des soirées étudiantes, jamais seul, et permettant à l'adolescent de s'intégrer dans un groupe d'amis. Ici, l'effet recherché est l'euphorie. Le cursus scolaire est généralement maintenu. Il faut néanmoins faire attention à la dérive vers une consommation nocive.

- une consommation auto-thérapeutique où l'effet anxiolytique et/ou antidépresseur est recherché. Dans ce cas, la consommation est le plus souvent solitaire, régulière et cachée, avec un risque d'isolement et de dépendance accru. On peut observer un décrochage scolaire.

- une consommation problématique ou toxicomaniaque où l'effet recherché est l'anesthésie et la « défonce ». C'est une consommation en excès, associée à des polyconsommations, qui peut être effectuée seul ou en groupe, et de manière quasi-quotidienne. On peut observer là un comportement de rupture, une exclusion scolaire voire une marginalisation.

Dans une enquête épidémiologique, réalisée en 2000 à Clermont-Ferrand, chez 844 adolescents de 13 à 25 ans, 20% ont déclaré consommer de l'alcool comme anxiolytique, 9% de façon solitaire, et 21% avec une amnésie des faits, soit une probable ivresse massive (12).

L'OMS définit l'adolescence comme une période de croissance et de développement humain (13), où de nombreuses transformations physiques et psychiques apparaissent, notamment avec la puberté. Dans une revue psychiatrique, la Société médico-psychologique précise que cette période est propice à la recherche de sensations et d'expérimentations, dont la consommation de SPA et les conduites à risque qui peuvent apparaître comme un moyen pour l'adolescent de s'affirmer aux yeux des autres et de prouver son indépendance notamment vis à vis du contrôle parental, le tout sous l'influence d'un contexte socio-culturel (14).

Le groupe d'experts de l'Inserm souligne que les adolescents sont peu sensibles à la mise en garde vis-à-vis des risques sanitaires notamment à long terme car ils ne les perçoivent que comme un risque très lointain ne les concernant pas (6). Le médecin généraliste (MG) est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents, c'est donc un interlocuteur privilégié dont le rôle de prévention est de faire prendre conscience des risques des consommations aux jeunes, et de l'impact sur leur santé. Les motifs de consultation sont, le plus souvent, d'ordre somatique, administratif ou préventif, mais rarement psychologique. Ce sont souvent des préoccupations parentales qui amènent les adolescents à consulter, et ils viennent, d'ailleurs, le plus souvent accompagnés (à 18 ans, 51% des filles et 61% des garçons) (15).

La consultation avec l'adolescent est complexe et spécifique. Elle n'est pas la même d'un adolescent à un autre ; il n'y a pas de règles précises ; il en est de même concernant la présence ou l'absence de l'accompagnateur. Comme P. Binder le précise, la demande de l'adolescent est souvent imprécise, voire ambivalente, avec des symptômes flous (15), et elle peut masquer d'autres préoccupations, qu'il faut rechercher. L'adolescent est sensible à l'attitude et au comportement du médecin, il désire que le médecin devine ce qu'il ressent, ses réponses peuvent être timides. L'approche doit alors être globale, c'est-à-dire médico-psycho-sociale, à l'aide de questions simples et ouvertes, sans banaliser ni stigmatiser les problèmes de l'adolescent, avec une attitude d'empathie et d'écoute. L'adolescent doit être respecté et

considéré comme un interlocuteur à part entière, acteur du projet thérapeutique ; il est important de situer l'accompagnateur dans la démarche, et d'expliquer son absence ou sa présence lors de la consultation. P. Binder révèle que les quatre objectifs fondamentaux lors de la consultation sont de favoriser l'expression en aménageant plus de liberté de parole et d'action, d'établir une relation de soins et de confiance où l'adolescent trouve plus d'autonomie, de confort et de sécurité, d'améliorer la représentation du corps et de l'estime de soi, et de susciter une diversité de solutions possibles (15).

La prévention et le dépistage précoce des usages à risque des SPA, chez les adolescents, font partie du rôle de premier recours du MG. Ils peuvent être réalisés dès les premières expérimentations voire même en amont (prévention primaire), afin de sensibiliser les jeunes sur le sujet. Cependant, ces thèmes sont rarement abordés, sauf à leur demande ou à la demande d'un tiers. Plusieurs outils de repérage des usages de SPA existent, pouvant apporter une aide complémentaire—sans se substituer—à l'entretien clinique, et qui doivent être associés à une prise en charge adaptée (intervention brève, entretien motivationnel ...). Certains de ces outils sont des questionnaires validés scientifiquement, spécifiques d'une tranche d'âges, dont les adolescents, et/ou spécifiques d'une SPA. Ils peuvent être disponibles en salle d'attente ou utilisés en consultation. Ils s'attachent à identifier d'éventuels dysfonctionnements, voire des comportements à risque corrélés à une consommation de SPA. Cependant ils sont peu connus des MG, et sont donc peu utilisés. Voici quelques exemples d'outils simples d'utilisation, disponibles en français : DEP-ADO, questionnaire validé au Québec (16) ; ADOSPA, version française du CRAFFT (12, 17) qui est validé aux États-Unis, recommandé par l'HAS (18) et mis en avant dans l'étude ADOTECNO (19) ; AUDIT, réalisé par l'OMS, validé en France (8, 11) ; FACE, validé en France ; Fagerstrom (11). Certains sont plus spécifiques au cannabis : CAST, élaboré par l'OFDT, test de référence dans les enquêtes ESCAPAD (4) et recommandé par l'HAS ; ALAC validé en Nouvelle-Zélande ; DETC, traduction française du CAGE-cannabis, validé aux États-Unis.

Les MG, acteurs les mieux placés pour repérer précocement des usages à risque de SPA, sont pourtant ceux qui se sentent les moins compétents et les plus isolés dans ce domaine (11). Une étude qualitative a été réalisée en région Provence-Alpes-Côte d'Azur sur les réticences et les motivations des MG au repérage et à la prise en charge des addictions aux SPA (20). Les obstacles évoqués par les MG étaient le déni du patient envers la consommation, le manque de temps, de formation et d'outils pour une prise en charge adaptée, un isolement et un sentiment d'impuissance du médecin qui se sent peu armé pour agir. Les mêmes barrières ont été décrites dans une autre étude réalisée chez des MG de l'île de La Réunion, qui ajoute

comme élément d'analyse le caractère illégal du cannabis ; une insuffisance dans le repérage de la consommation de cannabis a ainsi été montrée (21). Dans une autre étude qualitative réalisée en Auvergne, les MG évoquent la difficulté d'initier le sujet, la peur d'être intrusif, une banalisation des SPA par les adolescents, leur manque de jugement s'ils connaissent trop l'adolescent, la présence des parents, l'impact de leur vie personnelle qui peut interférer (22). Dans une enquête qualitative chez des jeunes consommateurs de cannabis de 16-25 ans, les barrières de communication avec le médecin généraliste évoquées par les jeunes étaient la méfiance envers l'adulte, le côté moralisateur du médecin, la peur d'être jugé, le manque de compréhension et d'empathie du médecin ; cependant, paradoxalement, le médecin généraliste était considéré comme un interlocuteur privilégié, l'adolescent étant prêt à se livrer si le médecin s'intéressait à ses consommations (23). On retrouve des résultats similaires dans une revue de la littérature sur le point de vue des adolescents concernant les qualités nécessaires des professionnels de santé ; la confidentialité et la confiance, l'honnêteté, l'absence de jugement moralisateur, l'empathie et la compréhension, les compétences, la délivrance d'explications et d'informations claires, l'écoute et la prise d'un temps adéquat, accompagnées d'un suivi, ont été mises en avant (24).

Au vu de ces données, l'ambition de ce travail est de réaliser une étude quantitative de la façon dont les adolescents perçoivent la manière dont les MG et eux-mêmes abordent la question de la consommation de SPA lors d'une consultation, à partir de questionnaires recueillis dans les salles d'attente de cabinets de médecine générale. L'objectif principal est d'identifier les freins et les attentes des adolescents concernant le repérage et la prise en charge de leurs consommations de SPA par leur MG. Les objectifs secondaires sont d'évaluer les adolescents sur leurs consommations de SPA à l'aide du questionnaire DEP-ADO, ainsi que d'observer s'il y a une modification des attentes, et enfin, d'estimer le taux d'adolescents déjà interrogés par leur MG. Ce travail permettra d'adopter une prise en charge spécifique des adolescents sur leur consommation de SPA, aussi bien en prévention secondaire que primaire.

MATERIEL ET METHODE

1. Type d'étude :

Nous avons réalisé une enquête épidémiologique transversale auprès d'adolescents de 12-17 ans révolus, consultant en cabinet de médecine générale dans le Puy-de-Dôme, à l'aide d'un questionnaire anonyme.

2. Population étudiée :

- Adolescents de 12 à 17 ans révolus, garçons et filles
- Volontaires
- Adolescents consultant en cabinet de médecine générale dans le Puy-de-Dôme, quel que soit le motif

3. Déroulement de l'étude

3.1. Recrutement des cabinets de médecine générale

Un tirage au sort des cabinets de médecine générale a été réalisé par Céline Lambert (biostatisticienne à la Délégation à la Recherche Clinique et à l'Innovation de Clermont-Ferrand), à partir de la liste de l'INSEE de 2016 des médecins généralistes libéraux installés dans le Puy-de-Dôme.

Nous avons contacté les différents cabinets par téléphone, dans l'ordre du tirage au sort, afin d'expliquer les objectifs de l'étude et la réalisation. Si le médecin généraliste refusait, nous contactions le suivant sur la liste des médecins tirés au sort.

3.2. Modalités de recueil

Après accord du médecin tiré au sort (et de ses associés dans les cabinets de groupe), les questionnaires ont été remis en main propre dans les différents cabinets. Ils étaient disponibles en libre accès soit dans les salles d'attente, soit au niveau du secrétariat, soit directement dans le bureau du médecin, en fonction de l'agencement du cabinet. Le médecin ou la secrétaire

pouvaient informer l'adolescent de la présence d'un questionnaire dans le cadre d'une étude, mais ne devaient pas les inciter à les remplir. Une urne opaque était également mise à disposition dans chaque cabinet, pour remettre les questionnaires une fois remplis. Ainsi, la réalisation du questionnaire était anonyme.

La durée du recueil des données était de 2 mois (avec une relance au bout d'un mois).

Si un cabinet de MG avait obtenu les 20 questionnaires remplis avant la fin de la durée du recueil, il pouvait nous contacter pour qu'on leur fournisse d'autres questionnaires supplémentaires.

3.3. Consentement

Pour cette étude, nous avons obtenu un avis favorable de la Commission Ethique du Département Universitaire de Médecine Générale de Midi-Pyrénées (Annexe 5).

Un questionnaire rempli atteste du consentement de l'adolescent, par contre, la non réalisation de celui-ci équivaut à un refus.

4. Méthode de recueil, élaboration d'un auto-questionnaire (Annexe 6)

En début de questionnaire, une explication de l'enquête était précisée en insistant sur son caractère anonyme.

Le questionnaire était composé ainsi:

- tout d'abord, le motif de la consultation du jour, et le nombre de fois que l'adolescent avait consulté son médecin dans l'année,
- puis un point sur la consommation des différentes SPA du patient et ses conséquences, selon le questionnaire validé DEP-ADO,
- la troisième partie concernait : les attentes de l'adolescent sur sa relation avec son médecin généraliste, notamment vis-à-vis des SPA ; les différents interlocuteurs possibles sur ce sujet, en dehors du médecin ; leur point de vue sur l'utilisation d'un questionnaire comme outil de repérage des consommations de SPA, sur l'impact du caractère illégal du cannabis, et sur la place des parents lors d'une consultation ; et, pour finir, leur connaissance de différentes associations d'aide des jeunes,
- en dernière partie, les données sociodémographiques du patient (son genre, son âge, son code postal, son habitat, sa situation professionnelle).

Nous avons choisi la grille de dépistage DEP-ADO (Annexe 7) parce que c'est un outil simple, rapide et validé en français, qui peut être utilisé par des intervenants de première ligne, pour évaluer l'usage d'alcool et de drogues chez les adolescents et de faire une première détection de la consommation problématique ou à risque, permettant, ainsi, d'élaborer une prise en charge précoce adaptée (25). Cette grille a été conçue par des chercheurs de l'équipe RISQ (Recherche et Intervention sur les Substances Psychoactives) au Québec, et la dernière version de juin 2016 a été validée auprès des jeunes québécois de milieux scolaires de 14 à 17 ans, et jugée pertinente pour les 12-13 ans (des travaux de validation sont en cours pour cette tranche d'âge). Pour un DEP-ADO ≥ 20 soit une consommation à risque, la sensibilité du test est de 80% et la spécificité de 93% ; les qualités psychométriques ont été démontrées satisfaisantes (16). Les questions touchent : la fréquence des consommations de diverses SPA dans l'année et récente, l'âge du début des consommations, l'injection de substances, l'alcoolisation ponctuelle importante, et les impacts de la consommation sur divers domaines de la vie de l'adolescent (la santé physique et psychologique, les relations familiales, amicales et amoureuses, les difficultés scolaires, les coûts des substances, les gestes délinquants, les comportements à risque et la tolérance au produit).

5. Estimation du nombre de sujets et analyses statistiques

Ce type d'enquête, mené sur un échantillon, doit permettre de généraliser les résultats à l'ensemble de la population ciblée. Aussi, la taille de l'échantillon est déterminante puisque plus elle est importante, plus la généralisation sera fiable. Dans ce type de calcul d'effectif, on se fixe donc, en plus de la proportion escomptée (soit un taux d'adolescents affirmant leurs points de vue sur les freins et les attentes de leur relation avec leur MG dans le repérage et la prise en charge des consommations de SPA, qu'ils soient consommateurs ou non), une marge d'erreur sur l'estimation ; c'est la fiabilité de l'échantillon. Ainsi, pour une proportion de 50%, un minimum de $n=600$ patients permettra d'avoir une marge d'erreur de 4%, autrement dit permettra d'extrapoler les proportions issues de l'enquête avec 5% de risque (erreur α ou seuil de confiance) de se tromper de $\pm 4\%$ (Annexe 8). Afin de garantir une bonne représentativité, tout en tenant compte de la faisabilité, 35 médecins ont été tirés au sort (au prorata de leur sexe). Chacun a par la suite reçu 20 questionnaires, ce qui constituait un échantillon potentiel de 700 adolescents (35x20).

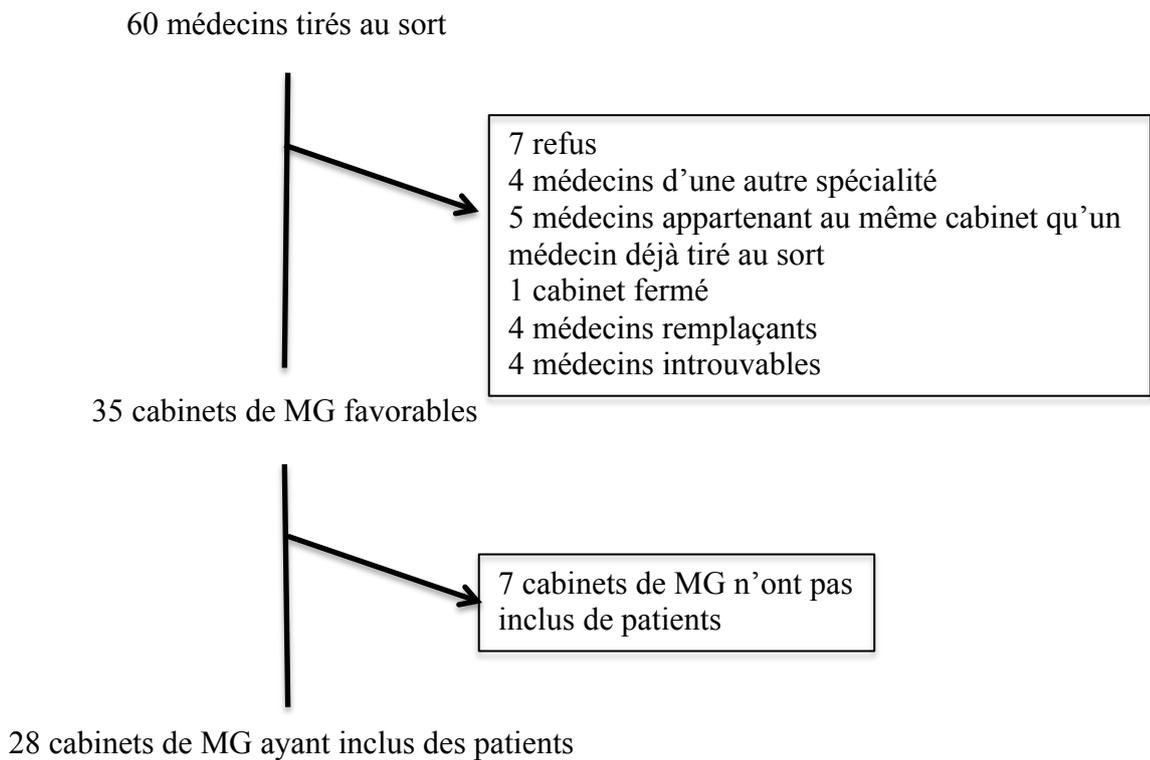
Les analyses statistiques ont été réalisées avec le logiciel Stata, en considérant un risque d'erreur de première espèce bilatéral de 5%. La population est décrite par des effectifs et pourcentages associés pour les variables catégorielles, et par la moyenne \pm écart-type ou par la médiane [intervalle interquartile] pour les variables quantitatives, au regard de leur distribution statistique. Les comparaisons entre groupes indépendants, notamment selon la classification DEP-ADO, concernant des paramètres qualitatifs ont été effectuées par le test du Chi2 ou par le test exact de Fisher.

RESULTATS

1. Médecins :

1.1. Recrutement des cabinets de médecins généralistes (MG)

Figure 1 : Flow chart des cabinets de MG



Parmi les 60 médecins généralistes tirés au sort, 7 ont refusé : 2 médecins n'étaient pas du tout intéressés notamment par rapport au sujet, 2 ont précisé avoir peu d'adolescents dans leur patientèle, 2 participaient déjà à des études et ont estimé que cela faisait trop en termes d'organisation, 1 a précisé que l'agencement de son cabinet n'était pas adapté. Les médecins appartenant au même cabinet qu'un médecin déjà tiré au sort étaient exclus ; cependant, lorsqu'un médecin tiré au sort appartenait à un cabinet de groupe, l'accord de tous les médecins du cabinet était demandé.

Sept cabinets de MG n'ont inclus aucun patient. Cependant, un des médecins qui avait accepté au départ, n'a pas laissé à disposition les questionnaires trouvant que cela ne concernait pas sa patientèle, et 2 autres ont vu peu d'adolescents lors de la période de recueil.

1.2. Caractéristiques des médecins généralistes ayant inclus des patients

Les MG qui ont inclus des patients, exerçaient majoritairement en groupe, 75%(21), et dans des grands pôles urbains, 64,3%(18) ; l'âge moyen était de $47,6 \pm 11,3$ ans, et l'ancienneté médiane s'élevait à 14 ans (IQR : 7,0 ; 25,5) ; un peu plus de la moitié sont des femmes et 21,4%(6) sont des maîtres de stage universitaire (Tableau 1).

Tableau 1 : Caractéristiques des MG

	Total (n=28)
Genre féminin , n (%)	15 (53,6%)
Age (années), moyenne \pm ET	47,6 \pm 11,3
MSU , n (%)	6 (21,4%)
Lieu d'exercice , n (%)	
GP	18 (64,3%)
Couronne	8 (28,6%)
CM	1 (3,6%)
ZRR	1 (3,6%)
Ancienneté (années), médiane [IQR]	14,0 [7,0 ; 25,5]
Exerce en groupe , n (%)	21 (75,0%)
Nombre de patients inclus , médiane [IQR]	8,0 [3,5 ; 14,0]

ET : écart-type ; IQR : intervalle interquartile ; MSU : maître de stage universitaire

GP : Grand pôle urbain : unité urbaine offrant au moins 10000 emplois (Annexe 9)

Couronne d'un grand pôle urbain : au moins 40 % de la population résidente, ayant un emploi, travaille dans le pôle ou dans des communes attirées par celui-ci (GP + couronne constituent une aire urbaine)

CM : Communes multipolarisées des grandes aires urbaines ; ce sont les communes dont au moins 40 % des actifs résidents travaillent dans plusieurs grandes aires urbaines, sans atteindre ce seuil avec une seule d'entre elles, et qui forment avec elles un ensemble d'un seul tenant.

ZRR : Zone de revitalisation rurale (Annexe 10)

Selon, les définitions des zonages de l'INSEE de 2010 (26)

2. Patients

2.1. Caractéristiques sociodémographiques de la population étudiée, les adolescents

Au total, nous avons récupéré 277 questionnaires (les autres ont été soit perdus, soit non remplis). Comme mentionné dans le Tableau 2, la moyenne d'âge de la population étudiée était de $14,5 \pm 1,7$ ans ; 58,1%(161) des adolescents étaient scolarisés au collège ; 93,9%(260) vivaient dans une aire urbaine (GP et couronne) et 97,8%(271) chez leurs parents.

Tableau 2 : Caractéristiques sociodémographiques des adolescents selon le genre

	Total (n=277)	Garçons (n=122)	Filles (n=155)
Age (années), moyenne \pm ET	14,5 \pm 1,7	14,5 \pm 1,7	14,5 \pm 1,7
Etudes , n (%)			
Collège	161 (58,1%)	68 (55,7%)	93 (60,0%)
Lycée général	57 (20,6%)	23 (18,9%)	34 (21,9%)
Lycée professionnel ou agricole	32 (11,6%)	15 (12,3%)	17 (11,0%)
Lycée technologique	18 (6,5%)	12 (9,8%)	6 (3,9%)
CFA ou MFR	5 (1,8%)	4 (3,3%)	1 (0,7%)
Autre	4 (1,4%)	0 (0,0%)	4 (2,6%)
Lieu de résidence , n (%)			
GP	150 (54,2%)	68 (55,7%)	82 (52,9%)
Couronne	110 (39,7%)	46 (37,7%)	64 (41,3%)
CM	3 (1,1%)	1 (0,8%)	2 (1,3%)
ZRR	12 (4,3%)	7 (5,7%)	5 (3,2%)
Autres pays	2 (0,7%)	0 (0,0%)	2 (1,3%)
Logement , n (%)			
Parents	271 (97,8%)	120 (98,4%)	151 (97,4%)
Autre membre de la famille	2 (0,7%)	1 (0,8%)	1 (0,7%)
Dans un foyer	2 (0,7%)	1 (0,8%)	1 (0,7%)
Seul	2 (0,7%)	0 (0,0%)	2 (1,3%)

ET : écart-type ; CFA : Centres de formation d'apprentis ; MFR : Maisons familiales rurales ; GP : Grand pôle urbain ; Couronne d'un grand pôle urbain ; CM : Communes multipolarisées des grandes aires urbaines ; ZRR : Zone de revitalisation rurale

2.2. Les adolescents et leurs consommations de SPA

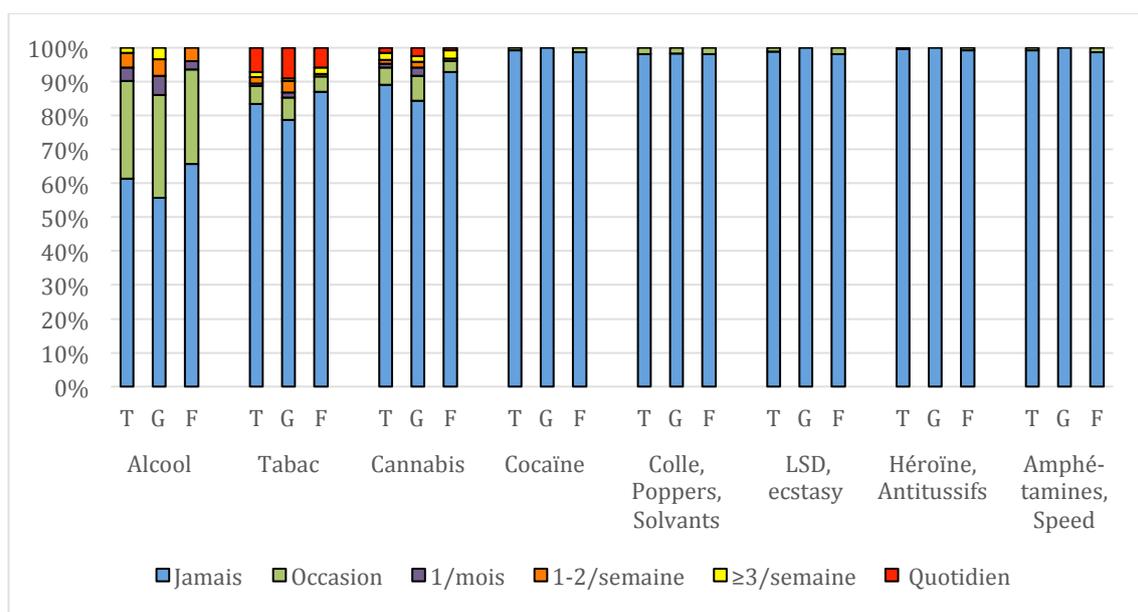
Comme on peut l'observer dans la Figure 2, 38,6%(107) des adolescents de 12-17 ans ayant participé à notre étude, avaient déjà consommé de l'alcool dont 28,9%(80) de façon occasionnelle. Les consommations dans le mois et régulières étaient peu fréquentes et concernaient plus les garçons que les filles, respectivement 13,9%(17) et 6,5%(10) ($p=0,04$). Il n'y avait pas de consommation quotidienne.

Le tabac avait déjà été consommé par 16,6%(46) des adolescents de l'étude dont 5,4%(15) occasionnellement. Les consommations dans le mois et régulières étaient peu fréquentes. La consommation quotidienne concernait plus les garçons que les filles, respectivement 9%(11) et 5,8%(9) ($p=0,17$).

Le cannabis avait déjà été consommé par 10,8%(30) des adolescents de l'étude. La consommation occasionnelle concernait plus les garçons que les filles, respectivement 7,4%(9) et 3,3%(5) ($p=0,08$), tout comme une consommation dans le mois, une consommation 1 ou 2 fois par semaine, et une consommation quotidienne, mais à des pourcentages plus faibles. Par contre, une consommation d'au moins 3 fois par semaine concernait plus les filles que les garçons, respectivement 2,6%(4) et 1,6%(2) ($p=0,08$).

Les autres SPA étaient rarement expérimentées par les adolescents de l'étude (moins de 2%), cela concernait plus les filles que les garçons ; la colle, les solvants et le poppers en premier.

Figure 2 : Fréquence des consommations des diverses SPA selon le genre



T : total ; G : garçons ; F : filles

Le score total de la grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues, DEP-ADO, a pu être réalisé pour 274 adolescents participants à l'étude. 94,2%(258) des adolescents présentaient un score ≤ 13 , soit aucun problème évident de consommation ; 3,3%(9), notamment les garçons, avaient un score entre 14 et 19, soit une consommation problématique ou à risque en émergence ; 2,5%(7) avaient un score ≥ 20 , soit une consommation problématique ou à risque évidente (Tableau 3).

Tableau 3 : Score total de la grille DEP-ADO, selon le genre

	Total (N=274)	Garçons (N=120)	Filles (N=154)
DEP-ADO, n (%)			
≤ 13	258 (94,2%)	110 (91,7%)	148 (96,1%)
14-19	9 (3,3%)	7 (5,8%)	2 (1,3%)
≥ 20	7 (2,5%)	3 (2,5%)	4 (2,6%)
p=0,11			

2.3. Caractéristiques des adolescents consommateurs et les répercussions

Concernant les adolescents consommateurs qui ont participé à notre étude, la moyenne d'âge d'initiation du tabac était de 13,7 ans, et de 14,4 ans pour la consommation régulière (soit une fois par semaine pendant au moins un mois) ; pour l'alcool, elle était de 13,9 ans et de 14,5 ans pour la consommation régulière ; pour le cannabis, elle était de 14,4 ans et de 15,1 ans pour la consommation régulière ; pour les autres SPA, elle était de 15,4 ans parmi les 5 filles qui avaient répondu, et il n'y avait pas de consommateurs réguliers. On remarque que la moyenne d'âge d'une consommation régulière des différentes SPA était plus précoce chez les filles que chez les garçons (Tableau 4).

L'injection de drogues était rare, cela concernait 2 filles soit 1,9% des consommateurs. La consommation récente d'alcool et autres drogues concernait 45,4%(49) des consommateurs.

51,4%(55) des adolescents consommateurs avaient déjà eu au moins une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans l'année, les garçons étant plus nombreux que les filles, respectivement 63%(34) et 39,6%(21) ($p=0,02$). La médiane du nombre de fois dans l'année était de 3 fois pour plus de 5 verres en une occasion, et de 5 fois pour plus de 8 verres (chez les garçons).

Pour les consommateurs, les répercussions de leurs consommations de SPA étaient, par ordre décroissant : la tolérance au produit, des difficultés relationnelles familiales, des problèmes financiers, des troubles sur la santé physique et sur la santé psychologique, des difficultés scolaires (plus chez les garçons), la prise de risque (plus chez les filles), des difficultés relationnelles intimes, et des conduites délinquantes. 8,3%(9) des consommateurs, surtout les garçons, avaient parlé de leur consommation d'alcool ou autres drogues à un intervenant.

Tableau 4 : Caractéristiques des adolescents consommateurs et les répercussions

	Total (N=108)	Garçons (N=54)	Filles (N=54)
Age d'initiation, moyenne ± ET			
Tabac (N=43)	13,7 ± 1,7	13,8 ± 1,8	13,7 ± 1,6
Alcool (N=106)	13,9 ± 1,8	13,8 ± 1,6	14 ± 1,9
Cannabis (N=28)	14,4 ± 1,5	14,9 ± 1,2	13,4 ± 1,4
Autres drogues (N=5)	15,4 ± 1,3	-----	15,4 ± 1,3
Age d'une consommation régulière, moyenne ± ET			
Tabac (N=28)	14,4 ± 1,7	14,6 ± 1,4	13,9 ± 2,1
Alcool (N=22)	14,5 ± 2,2	15,2 ± 1,3	13,8 ± 2,8
Cannabis (N=15)	15,1 ± 1,7	15,6 ± 1,1	14,6 ± 2,1
Autres drogues (N=0)	-----	-----	-----
Injection de drogues, n (%)	2 (1,9%)	0	2 (3,7%)
Consommation récente d'alcool et autres drogues, n (%)	49 (45,4%)	27 (50%)	22 (44,7%)
Nombre d'adolescents qui ont déjà eu au moins une API dans l'année, n (%)	55 (51,4%)	34 (63%)	21 (39,6%)
Parmi ceux qui ont déjà eu une API, nombre de fois dans l'année, médiane [IQR]			
≥ 5 verres	3 [1 ; 10]	3,5 [1 ; 10]	2 [1 ; 6]
≥ 8 verres	5 [1 ; 10]	5 [1 ; 10]	-----
Répercussions, n (%)			
Tolérance	19 (17,6%)	11 (20,4%)	8 (14,8%)
Relation familiale	14 (13%)	7 (13%)	7 (13%)
Problème financier	13 (12%)	7 (13%)	6 (11,1%)
Sur la santé physique	12 (11,1%)	7 (13%)	5 (9,3%)
Psychologique	12 (11,1%)	6 (11,1%)	6 (11,1%)
Difficultés scolaires	12 (11,1%)	8 (14,8%)	4 (7,4%)
Prise de risque	9 (8,3%)	4 (7,4%)	5 (9,3%)
Parler à un intervenant	9 (8,3%)	7 (13%)	2 (3,7%)
Relation intime	7 (6,5%)	3 (5,6%)	4 (7,4%)
Conduite délinquante	7 (6,5%)	4 (7,4%)	3 (5,6%)

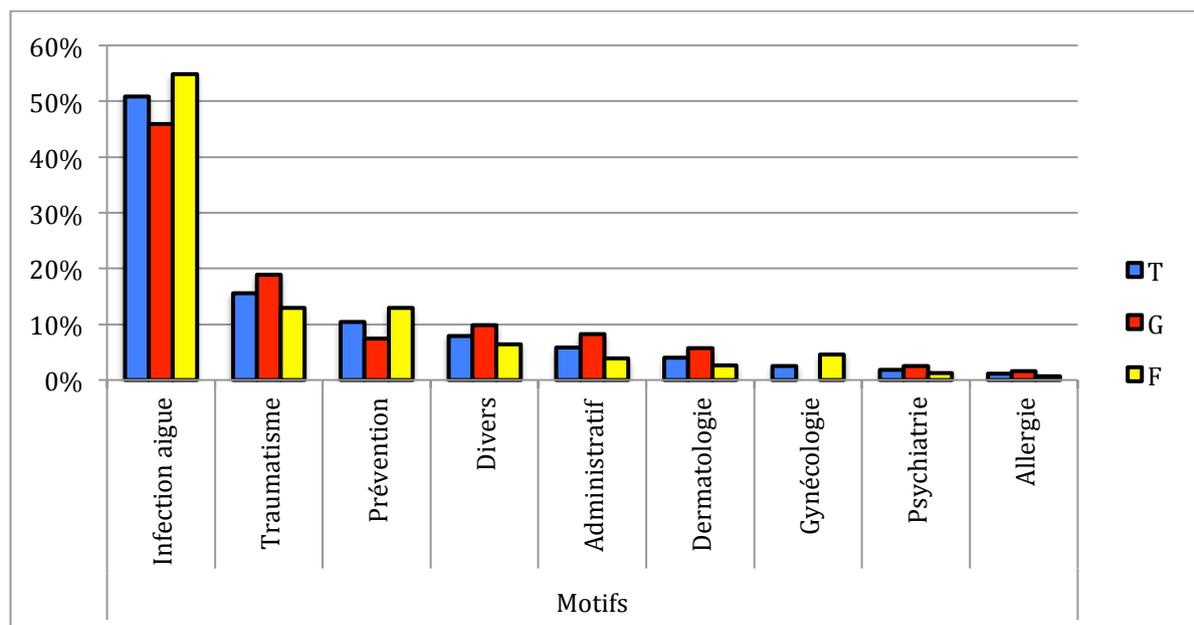
ET : écart-type ; IQR : intervalle interquartile ; API : alcoolisation ponctuelle importante

2.4. Fréquence annuelle des consultations des adolescents en médecine générale et leurs différents motifs

Le nombre médian de consultations du MG dans l'année par les adolescents de notre étude, était de 3 [2 ; 5] (identique pour les filles et les garçons). Ce nombre semblait augmenter avec le score DEP-ADO, passant de 3 (IQR : 2 ; 5) pour les adolescents présentant un DEP-ADO ≤ 13 , à 4 (IQR : 3 ; 4) pour les DEP-ADO entre 14 et 19, et à 6 (IQR : 3 ; 8) pour les DEP-ADO ≥ 20 ($p=0.07$).

Comme on peut l'observer sur la Figure 3, les motifs de consultation étaient variables : 50,9%(141) des adolescents venaient pour une infection aigue (ORL, pulmonaire, digestive, urinaire, syndrome grippal), 15,5%(43) pour un traumatisme, 10,5%(29) pour de la prévention (vaccination, bilan général), 7,9%(22) pour un motif divers (céphalée, asthénie, RGO, vertiges, malaise, accompagnant un membre de leur famille), 5,8%(16) pour un motif administratif (projet d'accueil individualisé, certificat médical, arrêt de travail), 4%(11) pour un motif dermatologique (acné, naevus, verrue, eczéma), 2,5%(7) pour un motif gynécologique (contraception, grossesse), 1,8%(5) pour un motif psychiatrique (anxiété, angoisse, trouble du comportement, trouble du sommeil, prescription de médicament de substitution), 1,1%(3) pour des allergies. L'analyse en fonction du score total du DEP-ADO n'a pas mis en évidence un motif plus récurrent chez les adolescents ayant un score DEP-ADO élevé.

Figure 3 : les différents motifs de consultations selon le genre



T : total ; G : garçons ; F : filles

3. Repérage et prise en charge des adolescents de leurs consommations de SPA

Parmi les consommateurs, seuls 17,9%(20) ont déjà parlé de leur consommation de tabac à leur MG, 9,8%(11) de leur consommation d'alcool, 5,4%(6) de cannabis et 0,9%(1) des autres drogues. Comme on peut l'observer dans le Tableau 5, ces thèmes sont peu abordés par les MG, mais lorsqu'ils le sont, cela concerne plus les consommateurs : pour le tabac, 14,2%(39) des adolescents déclarent avoir été questionnés par leur MG ; pour l'alcool, seulement 7,3%(20) des adolescents ; pour le cannabis, 5,5%(15) des adolescents ; pour les autres drogues, 2,6%(7) des adolescents. Les autres interlocuteurs possibles pour les adolescents sont, par ordre décroissant : les ami(e)s, les parents, un autre membre de la famille, l'infirmière scolaire, rarement les associations et le pharmacien.

L'utilisation d'un questionnaire lors d'une consultation de MG était approuvée par 40%(42) des consommateurs et 46,4%(65) des non consommateurs.

Tout comme le repérage des consommations, le MG abordait peu les associations d'aide pour les adolescents, et lorsque c'était le cas, cela concernait plus les consommateurs que les non consommateurs.

Tableau 5 : Repérage et prise en charge des adolescents de leur consommation de SPA, en prévention primaire et secondaire

	Total (N=275)	Consommateurs (N=113)	Non consommateurs (N=162)
Parmi les consommateurs ceux qui ont parlé de leur consommation à leur MG, n (%) (N=112)			
Tabac	20 (17,9%)	20 (17,9%)	
Alcool	11 (9,8%)	11 (9,8%)	
Cannabis	6 (5,4%)	6 (5,4%)	
Autres drogues	1 (0,9%)	1 (0,9%)	
Questions posées par le MG sur les consommations, n (%)			
Tabac	39 (14,2%)	31 (27,4%)	8 (4,9%)
Alcool	20 (7,3%)	15 (13,3%)	5 (3,1%)
Cannabis	15 (5,5%)	11 (9,7%)	4 (2,5%)
Autres drogues	7 (2,6%)	5 (4,4%)	2 (1,2%)
Autres interlocuteurs, n (%)			
Ami(e)s	172/246 (69,9%)	79/106 (74,5%)	93/140 (66,4%)
Parents	140/246 (56,9%)	60/106 (56,6%)	80/140 (57,1%)
Autre membre	89/246 (36,2%)	42/106 (39,6%)	47/140 (33,6%)
Infirmière scolaire	39/246 (15,9%)	15/106 (14,2%)	24/140 (17,1%)
Association	14/246 (5,7%)	9/106 (8,5%)	5/140 (3,6%)
Pharmacien	10/246 (4,1%)	4/106 (3,8%)	6/140 (4,3%)
Questionnaire lors de la consultation, n (%)			
	107/245 (43,7%)	42/105 (40%)	65/140 (46,4%)
Connaissance des associations d'aide, n (%)			
CSAPA	17/267 (6,4%)	14/112 (12,5%)	3/155 (1,9%)
Sites web/tel	17/267 (6,4%)	10/112 (8,9%)	7/155 (4,5%)
Maison des adolescents	15/267 (5,6%)	12/112 (10,7%)	3/155 (1,9%)
CJC	13/267 (4,9%)	10/112 (8,9%)	3/155 (1,9%)
CAARUD	10/267 (3,75%)	8/112 (7,1%)	2/155 (1,3%)

CSAPA : Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ; CJC : Consultations jeunes consommateurs ; CAARUD : Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues

Nous avons posé une question spécifique aux adolescents sur la place des parents lors d'une consultation de médecine générale : 50,2%(121) des adolescents oseraient parler des consommations des SPA lors de la consultation, par contre, plus le score DEP-ADO était élevé, moins ils oseraient parler honnêtement de leurs consommations ($p=0,79$). Concernant le cannabis, les adolescents avec un score DEP-ADO entre 14-19 étaient plus gênés par le caractère illégal de la substance pour en parler à leur MG, que les autres adolescents participants ($p=0,04$) (mais 55 des adolescents avec un score ≤ 13 n'avaient pas répondu à cette question).

Lors de notre étude, uniquement 9,2%(25) des adolescents souhaitaient parler des consommations de SPA à leur MG, les consommateurs plus que les non consommateurs. Ces résultats ont aussi été analysés en fonction du score total DEP-ADO : pour un score DEP-ADO ≥ 20 , 42,9%(3) des adolescents souhaitaient parler de leur consommation à leur MG ; pour un score DEP-ADO entre 14-19, 11,1%(1) des adolescents ; pour un score DEP-ADO ≤ 13 , 7,5%(19) des adolescents ($p=0,02$).

4. Freins et attentes des adolescents concernant leur MG

Selon la Figure 4, 93,1%(245) des adolescents qui ont participé à l'étude, avaient confiance en leur MG. 15,5%(40) des adolescents déclaraient avoir peur que leur MG en parle à leurs parents, cela concernait une proportion plus importante chez les adolescents avec un score total DEP-ADO entre 14-19, soit 44,4%(4) ($p=0,05$).

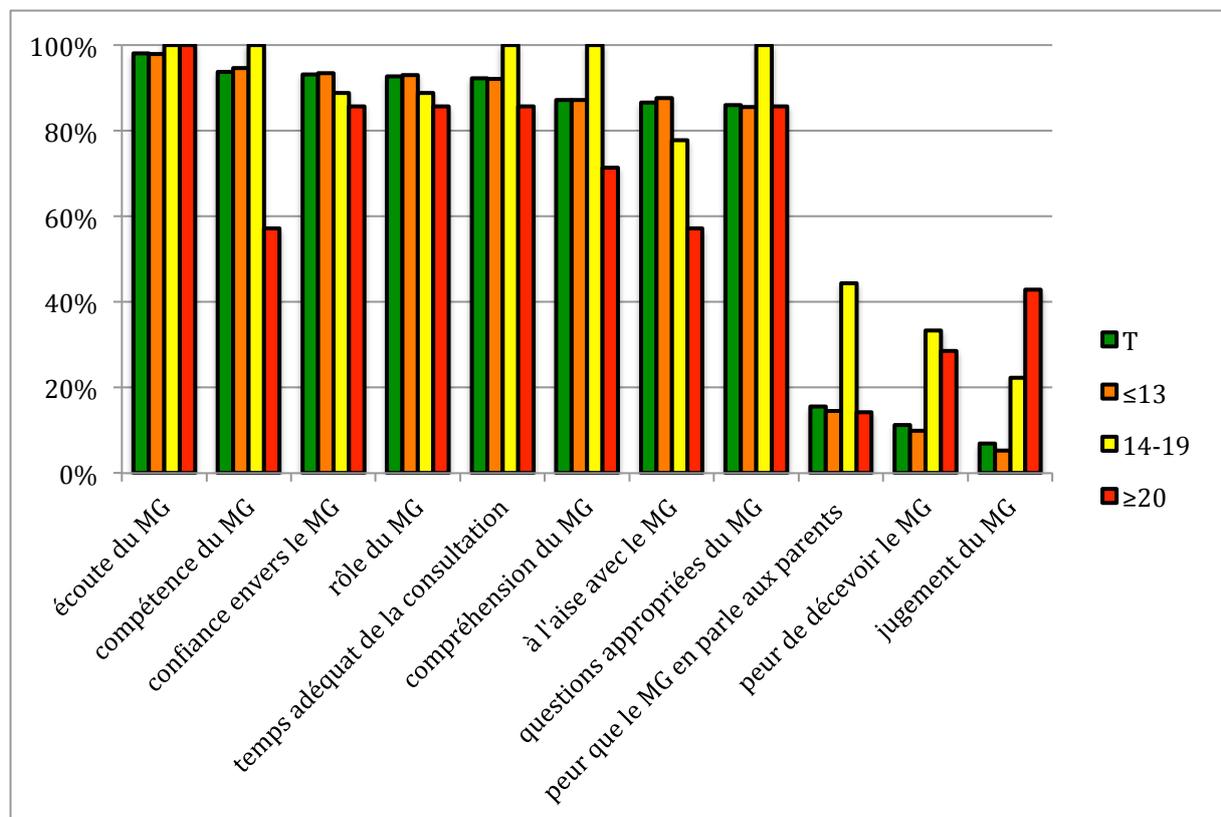
7%(19) des adolescents se sentaient jugés par leur MG. Cela concernait surtout ceux avec un score total DEP-ADO élevé, 42,9%(3) des adolescents avec un score DEP-ADO ≥ 20 (globalement, relation statistiquement significative ; $p=0,002$). 11,2%(29) des adolescents avaient peur de décevoir leur MG dont 33,3%(3) des adolescents avec un score total DEP-ADO entre 14-19, 28,6%(2) avec un score DEP-ADO ≥ 20 , et 10%(24) avec un score DEP-ADO ≤ 13 (globalement, relation statistiquement significative ; $p=0,03$).

86,5%(227) des adolescents se sentaient à l'aise avec leur MG. Cependant cela concernait seulement 57,1%(4) des adolescents avec un score total DEP-ADO ≥ 20 (globalement, relation statistiquement significative ; $p=0,04$). 98%(256) des adolescents se sentaient écoutés par leur MG et 92,3%(240) ont approuvé que leur MG prenait le temps adéquat lors des consultations. 87,2%(225) des adolescents se sentaient compris par leur MG. 93,8%(243) trouvaient leur MG compétent, cependant 42,9%(3) des adolescents avec un score total DEP-

ADO ≥ 20 n'étaient pas d'accord (globalement, relation statistiquement significative ; $p=0,01$).

92,7%(243) des adolescents considéraient que c'était le rôle du MG d'aborder les sujets de consommation de SPA, et 86%(224) des adolescents trouvaient que les questions de leur MG étaient appropriées.

Figure 4 : Représentations des adolescents de leur MG en fonction du score total DEP-ADO



T : total ; ≤ 13 : score total DEP-ADO ≤ 13 ; 14-19 : score total DEP-ADO entre 14-19 ; ≥ 20 : score total DEP-ADO ≥ 20

DISCUSSION

1. Principaux résultats de notre étude :

Les adolescents, d'âge moyen 14,5 ans \pm 1,7, avaient déjà consommé de l'alcool pour 38,6%(107) d'entre eux, 16,6%(46) du tabac, 10,8%(30) du cannabis, et moins de 2% les autres SPA illicites et les produits détournés. Les consommations régulières et quotidiennes étaient moins fréquentes, et concernaient plus les garçons que les filles. En revanche les filles consommaient plus précocement. Peu d'adolescents présentaient une consommation à risque selon le score total DEP-ADO (9(3,3%) pour un score DEP-ADO entre 14 et 19 et 7(2,5%) pour un score \geq 20) ; par contre, la moitié des consommateurs (51,4%, 55) avaient déjà eu une alcoolisation ponctuelle importante (API) dans l'année (plus les garçons que les filles, $p=0,02$), et 45,4%(49) une consommation récente. Peu de consommateurs avouaient des répercussions sur différents domaines de la vie ; la prise de risque concernait plus les filles que les garçons.

Le motif de consultation des adolescents était majoritairement somatique, et le nombre médian de consultation du MG dans l'année était de 3 [2 ; 5]. La majorité des adolescents de notre étude, estimaient avoir une bonne relation avec leur MG. Cependant, uniquement 9,2%(25) des adolescents souhaitaient parler des consommations de SPA à leur MG. D'ailleurs, peu d'adolescents avaient déjà parlé de leurs consommations à leur MG et peu de MG avaient déjà posé des questions sur ces sujets-là. Parmi les adolescents avec une consommation à risque, 44,4%(4) des adolescents avec un score DEP-ADO entre 14-19 avaient peur que leur MG en parle à leur parent ($p=0,05$) ; et 42,9%(3) des consommateurs avec un score DEP-ADO \geq 20 se sentaient jugés par leur MG ($p=0,002$), ne se sentaient pas à l'aise ($p=0,04$) et pensaient que leur MG était incompetent. Concernant le repérage et la prise en charge, nous avons remarqué qu'un peu moins de la moitié des adolescents étaient favorables à l'utilisation d'un questionnaire lors de la consultation avec le MG, par contre peu d'adolescents connaissaient les associations d'aide pour les jeunes. La place des parents était évoquée, et 50,2%(121) des adolescents oseraient parler des consommations des SPA lors de la consultation, par contre, plus le score DEP-ADO était élevé, moins ils oseraient parler honnêtement de leurs consommations.

2. Forces et Faiblesses de l'étude :

Aborder les consommations des SPA chez les adolescents en cabinets de médecine générale, est un sujet difficile voire tabou pour certains MG. Lors du recrutement initial des MG, effectué par téléphone, il y a eu des refus catégoriques de MG qui précisaient que le sujet ne les intéressait pas ou que cela ne concernait pas leur patientèle d'adolescents ou que le questionnaire était trop « osé ». Notre étude a donc été réalisée chez des MG plus sensibles au sujet des consommations des SPA chez les adolescents, et, on peut supposer que ces MG abordent plus ces questions en consultation. Un tirage au sort des MG a été réalisé par Céline Lambert, biostatisticienne à la DRCI de Clermont-Ferrand, afin de pallier au biais de sélection. Cependant, nous nous sommes limités au département du Puy-de-Dôme pour une question d'organisation, déposant les questionnaires en mains propres aux différents cabinets. Ainsi, les cabinets de MG recrutés se situent essentiellement dans des aires urbaines, tout comme le lieu de vie des adolescents ce qui constitue un biais de représentation. Parmi les MG tirés au sort, certains exerçaient dans des cabinets de groupe. Nous avons décidé que lorsque cela était le cas, les questionnaires pouvaient être disponibles en salle d'attente si celle-ci était commune et si tous les médecins du cabinet étaient d'accord. Cependant, dans le tableau 1 « Caractéristiques des MG », nous avons analysé uniquement les données des MG qui ont été tirés au sort et non celles de tous les médecins du cabinet qui ont pu participer à l'étude. On remarque que la majorité des MG qui ont inclus des patients exercent en cabinets de groupe. Par rapport aux données de la région Auvergne-Rhône-Alpes de 2016 du Conseil national de l'ordre des médecins (27), notre échantillon de MG exerce plus en groupe (75% vs 55% dans la région), est un peu plus jeune (âge moyen $47,6 \pm 11,3$ ans vs 50,8 ans dans la région) et légèrement plus féminisé (53,6% vs 49,7% dans la région).

Le nombre de questionnaires fixé par la biostatisticienne, était de 700 ; nous en avons obtenu 277 (les autres étaient non remplis ou perdus). Le faible taux de remplissage des questionnaires peut provenir du fait que dans certains cabinets, en fonction de l'agencement et des préférences du MG, les questionnaires étaient proposés par les MG avant de les déposer dans une urne opaque. Ainsi, la confidentialité envers leur MG a pu être remise en cause par les adolescents, et la présence des parents a pu modifier leurs réponses. On peut aussi évoquer d'autres facteurs, comme le manque de temps (dépendant du délai avant la consultation), un désintérêt du sujet par les adolescents, consommateurs ou non, et ceux ne se sentant pas concernés. Les consommateurs à risque étaient peu représentés. Ainsi, on a un biais de sélection de l'échantillon des adolescents, ce qui a pu influencer sur nos résultats obtenus. Les

études de référence, nationales (HBSC, ESCAPAD) et européennes (ESPAD), réalisées régulièrement pour évaluer les consommations des SPA chez les adolescents et les tendances, sont effectuées en milieu scolaire afin d'obtenir des échantillons beaucoup plus importants (3, 4, 5). Cependant, notre étude étant sur la relation médecin généraliste-adolescent, nous avons voulu la réaliser dans son contexte, c'est-à-dire en cabinet de médecine générale. De plus, peu de travaux ont été effectués directement dans les structures de soins primaires de façon quantitative.

Nous avons utilisé, pour une partie de notre questionnaire, la grille de dépistage précoce des consommations problématiques de différentes SPA, DEP-ADO, qui est un outil fiable et validé au Québec, spécifique des adolescents, notamment les 14-17 ans (pour les 12-13 ans, il n'est pas encore validé mais a été jugé pertinent), d'où le choix de notre population cible 12-17 ans révolus, population jeune majoritairement non consommatrice ou débutant ses premières expérimentations. Cet outil présente de nombreuses qualités psychométriques dont la validité de construit, la cohérence interne, la fidélité test-retest et intermodes de passation, et la validité de critère concomitante (16). Il a été conçu pour être administré par un intervenant —en face à face — avec une interprétation clinique associée, ou auto-administrée en groupe à des fins de recherche (mais non pour une détection en masse en milieu scolaire). Il est adapté à la médecine de soins primaires, comme moyen de porte d'entrée, aussi bien en prévention primaire que lors du repérage de jeune consommateur ; il ne permet pas d'établir un diagnostic ; et il doit être suivi, si c'est nécessaire, par une intervention de la part du médecin pouvant orienter l'adolescent vers des services appropriés, prenant en compte le score total de la grille associé à 3 sous facteurs (25). Aucune intervention de MG n'a eu lieu dans le cadre de notre étude, le questionnaire étant réalisé de façon anonyme. Notons que ce score total peut présenter des risques de faux positifs et faux négatifs pour les adolescents se situant aux limites des frontières des différents groupes. De plus, l'analyse de nos résultats prenant en compte les différents groupes à risque, à l'aide du score total DEP-ADO, a parfois permis de retrouver des relations statistiquement significatives mais le test de comparaisons n'a pu être réalisé du fait d'effectifs trop faibles. Certaines questions se rapportaient à la consommation dans l'année (la fréquence, le nombre d'API, les répercussions), ce qui a pu induire un biais de mémorisation envers les adolescents. Notons que le tabac n'est pas un item retenu dans le calcul du score total mais nous l'avons tout de même analysé, car il est fréquemment consommé chez les adolescents et qu'il a des conséquences importantes. La question de l'âge d'initiation des consommations des SPA a été ajoutée à celle des

consommations régulières pour évaluer la précocité des consommations dès les premières expérimentations.

3. Comparaison avec la littérature :

La fréquence des consommations des différentes SPA était plus faible que dans les études de référence HBSC, ESCAPAD, ESPAD, et celles de l'OFDT en Auvergne-Rhône-Alpes (3, 4, 5, 28, 29) ; aussi bien concernant les premières expérimentations que les consommations régulières et quotidiennes. Ceci peut s'expliquer par les limites que nous avons citées ci-dessus sur la réalisation de l'étude altérant les réponses des jeunes pouvant minimiser leurs consommations et le biais de sélection de la population d'adolescents. Nous avons observé une même tendance que dans les enquêtes nationales, sur les consommations régulières et quotidiennes d'alcool, de tabac et de cannabis, qui étaient prédominantes chez les garçons ; cependant, la tendance s'inversait pour les autres SPA illicites, qui étaient occasionnellement consommées plus par des filles, à une prévalence relativement faible. De plus, contrairement aux enquêtes nationales, nous n'avons pas observé de féminisation des consommateurs de tabac. Nous avons noté que l'alcool était la SPA la plus fréquemment consommée de façon occasionnelle ; ceci peut être en lien avec le fait que l'alcool est culturellement intégré et socialement admis, et a pu être plus facilement avoué. Nous n'avons pas pu mettre en évidence de différences significatives en fonction des niveaux d'étude et des lieux de vie des adolescents, notre échantillon étudiant majoritairement au collège et vivant dans une aire urbaine. De plus, il aurait pu être intéressant d'analyser les polyconsommations qui sont des pratiques de plus en plus courantes, à risque, qui nécessitent une prise en charge spécifique.

Il peut parfois être difficile de faire la part entre une consommation occasionnelle et une consommation à risque. L'équipe du Pr Reynaud, psychiatre, insiste sur certaines modalités de consommation chez les adolescents, quelle que soit la SPA, qui sont fortement corrélées à l'apparition des dommages et des risques de dépendance : la consommation précoce (notamment avant 15 ans), la consommation en excès (API) et de façon répétée, les répercussions psychosomatiques, scolaires et sociales et les comportements à risque (11).

Tout comme dans les enquêtes nationales, nous avons pu remarquer que les consommations en excès avec les API (ou « binge drinking », terme anglo-saxon) étaient fréquentes chez les adolescents ; en Auvergne-Rhône-Alpes, l'OFDT relève une forte prévalence d'API chez les jeunes de 17 ans, plus importante que la moyenne française (28). Ces consommations en excès sont associées à la fête, aux soirées étudiantes ou même lors des

repas en famille, avec la recherche de sensations extrêmes, d'ivresse et/ou d'euphorie, mais aussi le souhait de s'intégrer dans un groupe et de sociabiliser (10). Cependant, les conséquences de ces consommations peuvent être néfastes (troubles cognitifs avec altération des capacités attentionnelles et mnésiques, comportements à risque, AVC, coma éthylique) (30).

Dans un document réservé aux professionnels de santé, l'INPES souligne que l'adolescent a une certaine croyance en sa propre immortalité, d'où une projection difficile des conséquences de la consommation de SPA sur sa santé (31). D'ailleurs, dans notre étude, les consommateurs étaient peu nombreux à avoir noté des répercussions de leurs consommations d'alcool et d'autres drogues. Dans la thèse de E. Lacotte-Marly, les jeunes ne déclaraient pas les comportements à risque comme pouvant endommager leur santé (32). Dans une enquête épidémiologique réalisée en 2000 à Clermont-Ferrand, 10,5 % des jeunes de 13-25 ans avaient déjà conduit un deux-roues après avoir bu de l'alcool (12). Rappelons que, selon l'OMS, les accidents de la route, pouvant survenir suite à une conduite sous l'emprise de certaines SPA, sont la première cause de décès chez les jeunes de 15-29 ans (1).

Bien que les adolescents consultent peu le corps médical, le MG est le professionnel de santé le plus consulté. Dans son article, P. Binder précise que 75% des adolescents ont vu un médecin dans l'année (15). Nous avons remarqué, dans notre étude que, plus les adolescents présentaient une consommation à risque, selon le score total DEP-ADO, plus ils avaient consulté leur MG dans l'année. Cependant, notre échantillon d'adolescents à risque était faible, il est donc difficile de conclure. Ces résultats étaient tout de même en accord avec les travaux de P. Binder (15). Dans la thèse de Lacotte-Marly, l'auteur met en avant le fait que les conduites à risque ne constituent quasiment jamais un motif de consultation, et que les jeunes pensent que le MG est le médecin du corps et qu'il ne peut les aider pour tout ce qui touche au domaine psychoaffectif (32). Ainsi, tous les motifs peuvent être des portes d'entrée aux questions de prévention des consommations des SPA. P. Binder précise qu'il est nécessaire de clarifier la vraie demande et de proposer des ouvertures « à part ça, oui mais encore ? », notamment lors de l'exposé du motif de consultation, car cela permettrait de multiplier par 4 la possibilité pour l'adolescent d'aborder des éléments psychologiques (15). De plus, il met en avant le fait que le médecin élargit le contenu de la consultation moins d'une fois sur deux, lorsque le motif de l'adolescent est administratif ou préventif, et une fois sur trois lorsqu'il est somatique.

Les consommations des SPA sont rarement abordées en consultation de médecine générale aussi bien par les adolescents que par les MG. Dans notre étude, nous avons pu observer que

les MG interrogeaient plus les consommateurs que les non consommateurs. On peut se poser les questions suivantes : est-ce parce que les adolescents consommateurs consultent plus leur MG ? est-ce que les MG avaient dépisté, chez ces adolescents, des facteurs de risque individuels et/ou environnementaux de consommation ? est-ce que ces adolescents avaient consulté pour des symptômes secondaires à des consommations ? On remarque que le tabac est la SPA la plus facilement abordée, aussi bien par les adolescents que par les MG, probablement en rapport avec les nombreuses campagnes de prévention ciblant la consommation de tabac. Les résultats que nous avons retrouvés sont très faibles par rapport à ceux de l'enquête nationale « Baromètre santé Médecins Généralistes » de 2009 qui retrouvait que 2/3 des MG déclaraient aborder la question du tabac de façon systématique, au moins 1 fois avec chaque patient, quel que soit leur âge, 23% pour l'alcool et 8% pour le cannabis, notamment pour les patients jugés « à risque » (33). Cette enquête interrogeait les MG sur l'ensemble de leur patientèle et non uniquement sur les adolescents ; ainsi, on peut se demander si les MG sont plus gênés à l'idée d'aborder ces thèmes avec des jeunes mineurs du fait de leur âge ou de la présence des parents ou d'une sous-évaluation des consommateurs dans cette population. De plus, notre étude a été réalisée du point de vue des adolescents, on peut se poser la question s'il y a un biais de mémorisation de la part des adolescents. Si tel est le cas, la prévention de la part des MG aurait eu peu d'impact. On peut alors proposer au MG de noter dans le dossier médical de l'adolescent lorsque la question est posée (au moins une fois par an).

Les adolescents ont coché, parmi les autres interlocuteurs que nous avons proposés dans notre questionnaire, par ordre décroissant : les ami(e)s, prouvant l'importance des pairs, puis les parents, suivis d'un autre membre de la famille, de l'infirmière scolaire, et rarement les associations et le pharmacien. Cependant, on peut observer que dans la dernière question du DEP-ADO relative aux répercussions des consommations des SPA (hors tabac), uniquement 8,3% (soit 9 adolescents) des consommateurs avaient parlé de leurs consommations à un intervenant (médecin, infirmière scolaire, psychologue...). Nous avons décidé de maintenir cette proposition, même si elle semble répétitive par rapport aux questions 9 et 12 de notre questionnaire, puisqu'elle permettait de calculer le score total DEP-ADO. De plus, elle permet d'évaluer le niveau de préoccupation du jeune consommateur concernant les conséquences possibles de ses consommations ; c'est un fort indicateur de détection des problèmes de dépendance. Notons que la place de l'infirmière scolaire est peu présente, alors que dans un rapport du Pr Reynaud, psychiatre, l'importance de l'infirmière scolaire est évoquée, référent à part entière—c'est la deuxième personne du corps médical à être consultée par les

adolescents, après le MG (11). D'ailleurs, en 2015, une campagne de sensibilisation et de repérage des usages problématiques de cannabis a été réalisée par les infirmières scolaires auprès des lycées publics à l'aide d'un outil de repérage CAST, sous la direction du rectorat de Toulouse (34).

Dans notre étude, les parents apparaissent comme le second interlocuteur possible des adolescents sur les consommations des SPA. Une deuxième question était posée sur la place des parents lors de la consultation avec le MG où les consommations de SPA seraient abordées : la majorité des adolescents estimaient qu'ils oseraient en parler en présence des parents ; par contre, nous avons observé que plus le score DEP-ADO était élevé, moins les adolescents osaient en parler ($p=0,79$). Le fait que la population de notre échantillon d'adolescents était jeune et majoritairement non consommateur, a pu influencer ces résultats, ainsi que la présence des parents lors du remplissage du questionnaire, dans certains cas. Toutefois, la question de la présence des parents ou d'un autre accompagnateur lors de la consultation avec un mineur est complexe et il n'y a pas de règles. Binder précise dans un article que l'adolescent peut se sentir rassuré par la présence d'un tiers, mais aussi gêné. Il est donc important de le situer dans la démarche, et d'expliquer son absence ou sa présence (15). L'HAS recommande de distinguer quatre phases lors de toute consultation d'un adolescent (35) : tout d'abord, la consultation est réalisée en présence des parents, afin d'impliquer la famille et d'évaluer la dynamique familiale ; puis l'adolescent est vu seul, afin d'éclaircir certains points, révéler sa souffrance interne, aborder sa vie relationnelle et ses conduites à risque ; puis on réalise l'examen somatique ; et, pour finir, on réalise une restitution des éléments recueillis à l'adolescent et à sa famille, après avoir discuté avec l'adolescent du contenu à transmettre et obtenu son accord, afin d'obtenir une stratégie de soins claire. Dans l'étude SOCRATE (Suivi et Observation en Consultation du Ressenti de l'Adolescent du Thérapeute et de l'Entourage) du groupe ADOC (Adolescent et Conduites à risque) réalisée dans des cabinets de médecine générale en Charente Maritime et dans la Vienne, 64% des jeunes de 12-20 ans étaient accompagnés et seulement 4,4% des MG faisaient sortir l'accompagnant. Les accompagnants semblaient sous-estimer les inquiétudes des adolescents et surestimer leur bien-être ainsi que leur liberté d'expression. Les adolescents qui étaient accompagnés semblaient apprécier ne pas être seul lors de la consultation ; cela facilitait leur prise de parole. Cependant, les sujets les plus intimes n'étaient pas abordés (36).

Le MG est un interlocuteur privilégié des adolescents, notamment dans le cadre du repérage et de la prise en charge des consommations des SPA. Cependant, peu d'adolescents ayant participé à notre étude souhaitaient parler des consommations de SPA à leur MG ; les

consommateurs étaient un peu plus nombreux que les non consommateurs avec une proportion plus importante dans le groupe d'adolescents à risque ($p=0,02$). Certains ont précisé à côté de la question qu'ils ne consommaient pas et qu'ils ne se sentaient pas concernés. Ce constat constitue un frein dans le repérage et la prise en charge des consommations des SPA par le MG. Pour compléter cette réponse, nous avons posé une question sur la représentation des adolescents de leur relation avec leur MG. Paradoxalement, la majorité des adolescents de notre étude, affirmaient qu'aborder ces sujets appartenait au rôle et aux compétences du MG, et ils estimaient avoir une bonne relation avec leur MG. En effet, ils avaient confiance en leur MG, ce qui, dans l'étude observationnelle SOCRATE sur les différentes représentations des adolescents, des MG et d'une tierce personne, était sous-estimé par les MG (36). De plus, la majorité des adolescents qui ont participé à notre étude ne ressentaient pas de jugement de la part de leur MG ; dans une revue de la littérature et dans un article de l'INPES, cet aspect de non jugement du MG est mis en avant, en précisant qu'il faut faire attention à la vision stéréotypée des jeunes consommateurs (10, 24). Tout comme l'affirme P. Gallois dans un article (37), l'attitude du MG lors de la consultation semblait être très importante pour les adolescents, notamment se sentir écouté, compris et à l'aise avec leur MG, lors d'une consultation où le MG prend le temps adéquat. Dans la thèse de E. Lacotte-Marly, les jeunes ajoutent l'importance de la disponibilité et de l'accessibilité de leur MG (32). Par contre, dans un article, P. Binder précise que $\frac{3}{4}$ des adolescents disent ressentir une bonne compréhension du médecin, mais $\frac{1}{3}$ avouent n'avoir pu se confier (15). Dans la thèse de L. Dalem (38), $\frac{1}{3}$ des MG se disaient mal à l'aise et ressentir une certaine pudeur dans leur relation avec l'adolescent ; certains MG ne percevaient pas l'adolescent comme un patient à la recherche d'écoute et de conseil ; enfin, la plupart d'entre eux indiquaient que le manque de temps était un obstacle à la réalisation de la prévention et du dépistage, dernier point retrouvé dans d'autres études (7, 20, 21). D'ailleurs, lors de nos analyses de résultats en fonction du score total DEP-ADO, nous avons remarqué qu'une proportion plus importante d'adolescents avec une consommation à risque émergente avaient peur que leur MG parle de leurs consommations de SPA à leur parent ($p=0,05$) ; et une proportion plus importante d'adolescents avec une consommation à risque évidente, se sentaient jugés par leur MG ($p=0,002$), ne se sentaient pas à l'aise ($p=0,04$) et pensaient que leur MG était incompétent. La question du secret professionnel et de la confidentialité est un point important que certains adolescents ne connaissent pas ou remettent en question. En effet, dans une revue de la littérature sur le point de vue des adolescents concernant les qualités nécessaires des professionnels de santé, la confidentialité est considérée primordiale et seulement $\frac{1}{3}$ des

adolescents savaient que le MG était tenu au secret professionnel (24). Dans la thèse de L. Dalem, la plupart des MG ont reconnu qu'ils expliquaient rarement le secret médical aux jeunes de moins de 15 ans (38). Dans l'article de P. Gallois, il est précisé l'importance d'aborder ouvertement la question de la confidentialité (37). Ainsi, dans l'étude SOCRATE menée par P. Binder, rassurer les adolescents sur la confidentialité des contenus des consultations permettait d'augmenter de 39 à 47% le taux des adolescents prêts à évoquer des thèmes personnels (36). Dans la thèse de Lacotte-Marly, il est mis en évidence que les jeunes ne connaissaient pas vraiment les aptitudes de leur médecin traitant, et ne savaient pas en quoi exactement il pouvait les aider (32). Il est donc important que le MG expose clairement son rôle et ses compétences, adopte une attitude d'écoute et d'empathie, et ose poser des questions personnelles aux jeunes, notamment par rapport aux SPA en général, aussi bien en prévention primaire que secondaire.

La valorisation des outils de dépistage des consommations des SPA peut être bénéfique en médecine générale, leur utilisation peut permettre d'amorcer un dialogue avec l'adolescent. Cependant ils sont peu connus des MG et donc peu utilisés (sauf par les MG appartenant à un réseau d'addictologie). Dans l'enquête « Baromètre santé Médecin Généralistes », 1/3 des MG déclarait utiliser des questionnaires d'aide au repérage à la dépendance tabagique, 13% pour l'alcool, et 2% pour le cannabis (33). Plusieurs sites internet mettent à disposition les principaux tests de repérage dont le site de l'OFDT (39, 40, 41, 42, 43, 44).

Des structures d'aide à la prise en charge des adolescents consommateurs existent, mais elles sont peu connues, même des professionnels de santé. La région Auvergne-Rhône-Alpes comprend 39 Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) en ambulatoire (2/3 disposent de Consultations jeunes consommateurs-CJC), et 13 Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogues (CAARUD) ; on remarque qu'il n'y a aucune structure en milieu rural (28). Les adresses des différents structures (CSAPA, CJC...), situées dans la région Auvergne-Rhône-Alpes et au niveau national, sont disponibles sur plusieurs sites internet (45, 46, 47). Au sein du plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017, une campagne de communication nationale, portée par l'INPES et la Mildeca, a été spécifiée sur les CJC (10, 48, 49). Les CJC, rattachées à des structures médico-sociales (CSAPA) sont des consultations gratuites et anonymes qui accueillent les jeunes de 12 à 25 ans et leur entourage, aussi bien concernant les consommations de SPA que la pratique de jeux vidéo/réseaux sociaux. Elles permettent de développer des compétences psychosociales des adolescents ainsi que de l'entourage, des thérapies familiales peuvent être réalisées, la prise en charge peut se

poursuivre à long terme avec orientation vers différentes structures si nécessaire. Les CJC peuvent intervenir en milieu scolaire. Des documents type affiches, cartes mémos, dépliants sont disponibles et peuvent être utilisés dans les cabinets de médecine générale afin de sensibiliser les jeunes. Afin d'optimiser la qualité de soins des jeunes, il faut ainsi privilégier l'exercice du MG dans un réseau de santé.

Dans notre étude, peu d'adolescents étaient gênés par le caractère illégal du cannabis pour en parler à leur MG mais avec une proportion plus importante dans le groupe de jeunes avec consommation à risque émergente ($p=0,04$). Dans la thèse de K. Bahadoor, le caractère illégal avait été évoqué par les jeunes consommateurs de cannabis qui confondaient dans leur perception du MG son autorité médicale avec une autorité légale (23). Dans une étude descriptive réalisée à la Réunion, 1/5 des MG justifiaient les difficultés de repérage de l'usage de cannabis chez les adolescents en lien avec le caractère illégal de la substance (21). Dans un article de 2009, 96% des MG pensaient que l'usage du cannabis présentait un risque important pour la santé, 92% qu'il ne fallait pas le mettre en vente libre, mais 20% qu'il était normal d'essayer le cannabis au moins une fois dans sa vie (50). Selon une étude IFOP pour Terra Nova et Echo citoyen publiée en juin 2018, 82% des Français de plus de 18 ans ont déclaré être favorables à l'autorisation du cannabis à usage médical encadré (sur ordonnance), et 51 % en faveur d'une régulation du cannabis récréatif (51). A l'heure actuelle où la légalisation en France fait débat dans le cadre de l'usage thérapeutique, il faut faire attention à la banalisation de la consommation de cannabis, notamment chez les adolescents.

CONCLUSION

Le médecin généraliste (MG) est le professionnel de santé le plus consulté par les adolescents, c'est un interlocuteur privilégié. Les motifs de consultation sont surtout d'ordre somatique et rarement en lien avec des sujets plus intimes voire psychologiques. Les consommations des substances psychoactives (SPA) sont peu abordées par les MG, comme nous avons pu le remarquer dans notre étude, alors qu'elles peuvent être associées à des conduites à risque, responsables de conséquences sanitaires et sociales néfastes. Les adolescents sont peu sensibles lorsqu'on évoque ces conséquences, se considérant en bonne santé. Le rôle du MG est primordial dans la prévention et le dépistage des consommations des SPA dont l'objectif est de retarder l'initiation. Cependant, dans de nombreuses études, certaines réticences sont évoquées par les MG dont la difficulté à aborder le sujet avec les adolescents.

Cette thèse avait pour objectif d'identifier les freins et les attentes des adolescents concernant le repérage et la prise en charge de leurs consommations de SPA par leur MG. Certains avaient peur que leur MG parle de leurs consommations de SPA à leur parent ; d'autres craignaient de décevoir leur MG, surtout les consommateurs à risque. Une large majorité d'adolescents avaient néanmoins confiance en leur MG ; ils ne se sentaient pas jugés ; ils se sentaient à l'aise, écoutés et compris par leur MG qui prenait le temps adéquat lors de la consultation ; ils affirmaient les compétences de leur MG. Pour autant, les adolescents ne parlaient pas de leurs consommations à leur MG et ne souhaitaient pas en parler, alors qu'ils étaient d'accord sur le fait que c'était le rôle du MG d'aborder ces sujets. Ainsi, c'est au MG d'en parler de façon adaptée, et d'éclairer l'adolescent sur sa disponibilité. L'utilisation d'un questionnaire, ou de brochures ou d'affiches en salle d'attente peut être un moyen d'aborder le sujet. De nombreux questionnaires validés existent mais sont peu connus des MG, tout comme les associations d'aide des adolescents. Il paraît alors nécessaire de renforcer les formations des MG et le travail en réseaux.

La consommation des SPA touche les adolescents de plus en plus précocement avec des consommations en excès de plus en plus fréquentes, comme c'était le cas parmi les consommateurs de notre étude. Des travaux avec un objectif principal identique à celui de notre étude pourraient être réalisés en milieu scolaire, à l'aide d'un questionnaire numérique, afin d'obtenir un échantillon d'adolescents plus important et en ajoutant des items sur les addictions sans produit (les écrans, les jeux vidéos...).

Avis Fausso
Le Président du Jury
Professeur Marie Eve **ROUGE BUGAT**
1, avenue **André Stérier**
31500 TOULOUSE
N° ADELI : 31 1 11793 1
N° RPPS : 10100079234

Le Doyen de la Faculté
Toulouse le 22/06/18
Vu permis d'imprimer
Le Doyen de la Faculté
de médecine Ranguel
Elie **SERRANO**

BIBLIOGRAPHIE

1. Organisation Mondiale de la Santé. Accidents de la route. ©2018. [consulté le 22/3/2018]. Disponible sur : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs358/fr/>
2. Organisation Mondiale de la Santé. Résolutions et Décisions-Risques pour la santé des jeunes. Soixante-quatrième Assemblée Mondiale de la Santé ; 2011 Mai 16-24 ; Genève, Suisse. [consulté le 18/5/2018]. Disponible sur : http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64-REC1/A64_REC1-fr.pdf
3. Spilka S, Ehlinger V, Le Nezet O, Pacoricona D, Ngantcha M et Godeau E. Alcool, tabac et cannabis en 2014, durant les « années collège ». Tendances, OFDT 2015 ; n°106 : 1-6.
4. Spilka S, Le Nezet O, Ngantcha M, Beck F. Les drogues à 17ans : analyse de l'enquête ESCAPAD 2014. Tendances, OFDT 2015, n°100 : 1-8
5. The ESPAD Group. ESPAD Report 2015 - Results from the European School Survey Project on Alcohol and other drugs. Luxembourg : EMCDDA ; 2016. p. 14
6. Dossier-Salle de presse Inserm. Conduites addictives chez les adolescents – Une expertise collective de l'Inserm. ©2014. [consulté le 6/12/2017]. Disponible sur : <http://presse.inserm.fr/conduites-addictives-chez-les-adolescents-une-%20expertise-collective-de-linserm/11035/>
7. Binder P. Intervenir sur les addictions en médecine générale, Première partie- Une perte du contrôle du désir envahi par le besoin : l'addiction est une maladie du cerveau. Exercer 2017, n° 129 : 24 – 31
8. Société Française d'Alcoologie. Mésusage de l'alcool, dépistage, diagnostic et traitement. Recommandation de bonne pratique. Société Française d'Alcoologie. 2014. Alcoologie et Addictologie 2015 ; 37(1) : 5-84.
9. Hall W, Degenhardt L. Adverse health effects of non-medical cannabis use. Lancet 2009 ; 374(9698) : 1383-91
10. Bauchet E, Beck F, Coueron JP. Dossier Jeunes et addictions : évolution des comportements et des pratiques professionnelles. La Santé en action, Inpes 2014 ; n°429 : 13-53.
11. Reynaud M, Aubin HJ, Barbier C, et al. Usage nocif de substances psychoactives. Identification des usages à risque, outils de repérage, conduites à tenir. Paris : La Documentation française ; 2002.
12. Picard V, Reynaud M, Gerbaud L, Clement G, Perthus I. Validation d'un test de dépistage de l'usage nocif de l'alcool. Enquête sur 844 adolescents de la région de Clermont-Ferrand. La Revue du Praticien-Médecine Générale 2002 ; 16(570).

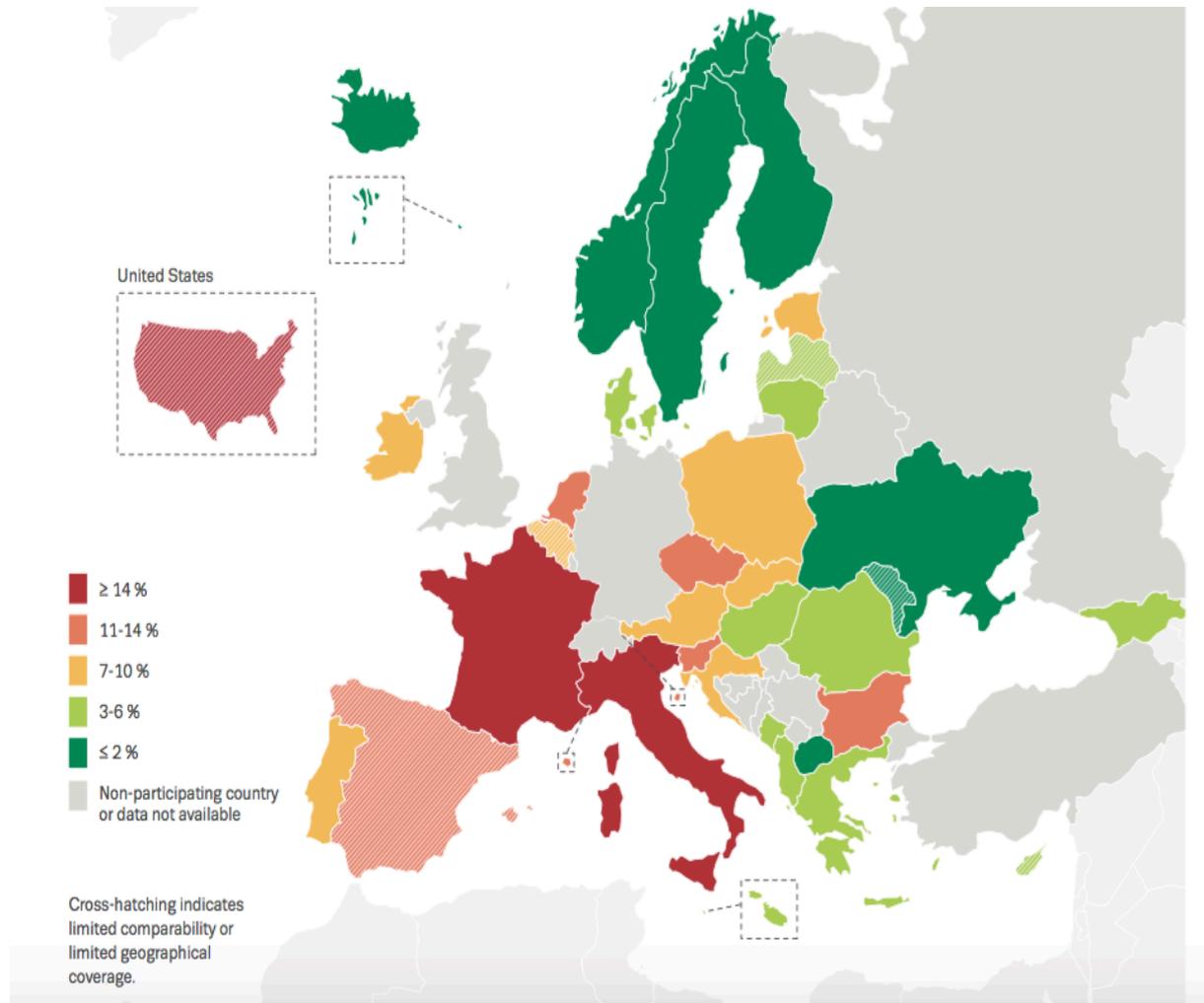
13. Organisation Mondiale de la Santé. Développement des adolescents.
[consulté le 13/12/2017]. Disponible sur :
http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/fr/
14. Michel G, Le Heuzey MF, Purper-Ouakil, Mouren-Simeoni MC.
Recherche de sensations et conduites à risque chez l'adolescent.
Annales Médico-psychologiques, Revue psychiatrique 2001 ; 159(10) : 708-16.
15. Binder P. Comment aborder l'adolescent en médecine générale.
La Revue du praticien 2005 ; n°55 : 1073-7
16. Landry M, Tremblay J, Guyon L, Bergeron J, Brunelle N. La Grille de dépistage de la consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes (DEP-ADO) : développement et qualités psychométriques.
Drogues, Santé et Société 2004 ; 3(1) : 20-37
17. Knight JR, Sherritt L, Shrier L. Validity of the CRAFFT substance abuse screening test among adolescent clinic patients. Arch Pediatric Adolescent Med. 2002.
18. Haute Autorité de Santé. Propositions portant sur le dépistage individuel chez l'enfant de 7 à 18 ans, destinées aux médecins généralistes, pédiatres et médecins scolaires.
©2005. [consulté le 12/12/2017]. Disponible sur :
https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/depistages_individuels_7-18_ans_-_argumentaire.pdf
19. Karila L, Legleye S, Beck F, Corruble E, Falissard B, Reynaud M. Validation d'un questionnaire de repérage de l'usage nocif d'alcool et de cannabis dans la population générale : le CRAFFT-ADOSPA. La Presse Médicale 2007 ; 36(4 Pt 1) : 582-90.
20. Benkiran L. Le médecin généraliste face aux principales addictions aux produits (tabac, alcool, cannabis, opiacés, cocaïne) : Freins au repérage et à la gestion dans la pratique courante. Enquête qualitative réalisée auprès de 20 praticiens de la région PACA.
Th : Med : Nice ; 2014.
21. Quentin C. Quel rôle jouent les médecin généralistes dans le repérage et la prise en charge des patients consommateurs de cannabis ? Etude menée sur l'île de La Réunion entre décembre 2013 et mars 2014
Th : Med : Bordeaux ; 2014.
22. Vorilhon P, Picard V, Marty L, Vaillant Roussel H, Llorca P, Laporte C. Attitudes of family physicians towards adolescent cannabis users : a qualitative study in France. Family Practice 2014 ; 31(5) : 585-91
23. Bahadoor K, Rude M. Adolescent consommateur de Cannabis et Médecin Généraliste : Comment dialoguer. Th : Med : Clermont-Ferrand ; 2010.
24. Freake H, Barley V, Kent G. Adolescents' views of helping professionals: a review of the literature. Journal of Adolescence 2007 ; 30(4) : 639-53.

25. RISQ-Recherche et intervention sur les substances psychoactives-Québec.
DEP ADO - Grille de dépistage de consommation problématique d'alcool et de drogues chez les adolescents et les adolescentes, version 3.3-juin 2016, Grille de cotation, Notes explicatives, Liste des drogues. ©2016. [consulté le 21/10/2017]. Disponible sur : https://www.ciusss-capitalenationale.gouv.qc.ca/sites/default/files/dep-ado_3.3_notes_explicatives_p.1-25_juin_2016.pdf
26. Définitions des zonages de l'INSEE. ©2013. [consulté le 18/4/2018]. Disponible sur : <http://www.herault.gouv.fr/content/download/7825/43317/file/DefinitionsZonagesINSEE.pdf>
27. Conseil National de l'Ordre des Médecins. Atlas de la Démographie Médicale en France, situation au 1^{er} janvier 2016. ©2016. [consulté le 12/5/2018]. Disponible sur : https://www.conseil-national.medecin.fr/sites/default/files/atlas_de_la_demographie_medicale_2016.pdf
28. Le Nézet O, Brisacier AC, Dias-Gomez C, Cadet-Taïrou A, Lermenier-Jeannet A, Obradovic I, et al. Synthèse-Addictions en Auvergne-Rhône-Alpes. Consommations de substances psychoactives et offre médicosociale. OFDT, ARS 2017.
29. Spilka S, Le Nezet O, Mutatayi C, Janssen E. Les drogues durant les « années lycée », Résultats de l'enquête ESPAD 2015 en France. Tendances, OFDT 2016 ; n°112 : 1-4.
30. OFDT. Synthèse thématique : alcool. ©2018. [consulté le 18/5/2018]. Disponible sur : <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/alcool/>
31. Le Lay E, Housseau B. Dialogue et éducation pour la santé avec un adolescent. INPES 2009 : 1-4.
32. Lacotte-Marly E. Les jeunes et leur médecin traitant. Pour une meilleure prise en charge des conduites à risque. Th : Med ; Paris : 2004.
33. Beck F, Guignard R, Obradovic I, Gautier A, Karila L. Le développement du repérage des pratiques addictives en médecine générale en France. Revue d'Epidemiologie et de Santé Publique 2011 ; 59(5) : 285-94.
34. Mutatayi C, Spilka S. Repérage des usages problématiques de cannabis au lycée. Evaluation de processus et de résultats. OFDT 2016 : 1-28.
35. Haute Autorité de Santé. Manifestations dépressives à l'adolescence : repérage, diagnostic et stratégie en soins de premier recours. ©2014. [consulté le 10/11/2017]. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2014-12/manifestations_depressives_fiche_de_synthese_reperage-diagnostic_et_strategie.pdf
36. Binder P, Caron C, Jouhet V, Marcelli D, Ingrand P. Adolescents consulting a GP accompanied by a third party: comparative analysis of representations and how they evolve through consultation. Family Practice 2010 ; 27(5) : 556-62

37. Gallois P, Valle JP, Le Noc Y. L'adolescent et son médecin. Des attentes très spécifiques. *UnaformeC* 2010 ; 6(3) : 111-7.
38. DALEM L. La consultation de l'adolescent en médecine générale : d'après une enquête menée auprès de 116 médecins généralistes de la région de Chambéry et d'Aix-les-Bains (Savoie, 73). Th : Med ; Grenoble : 2003.
39. Fédération Addiction. Les outils et supports. ©2018. [consulté le 21/10/2017]. Disponible sur : <https://intervenir-addictions.fr/les-outils-supports/>
40. Obradovic I. Guide pratique des principaux outils de repérage de l'usage problématique de cannabis chez les adolescents. OFDT, Fédération Addiction. 2013.
41. Respadd, réseau de prévention des addictions. Questionnaires. [consulté le 21/10/2017]. Disponible sur : <http://www.respadd.org/questionnaires/>
42. Eclat-Graa. Liste complète de nos tests. [consulté le 21/10/2017]. Disponible sur : http://test-addicto.fr/liste_tests.html
43. Cannabis, repères pour intervenir. Pourquoi et comment dépister les usages du cannabis en médecine générale ? [consulté le 21/10/2017]. Disponible sur : <http://www.cannabis-medecin.fr/index.php/reperes2>
44. Fonds Actions Addictions. Addict Aide. Les outils d'évaluation, d'orientation et d'accompagnement. ©2017. [consulté le 13/6/2018]. Disponible sur : <https://www.addictaide.fr/les-parcours-devaluation/>
45. CR2A, centre de ressources Addictions Auvergne. CSAPA. ©2011. [consulté le 21/10/2017]. Disponible sur : <http://www.addictions-auvergne.fr/cr2a/taxonomy/term/29>
46. Fonds Actions Addictions. Addict Aide. Annuaire. ©2017. [consulté le 13/6/2018]. Disponible sur : <https://www.addictaide.fr/annuaire/>
47. Santé Publique France. Adresses utiles. [consulté le 20/4/2018]. Disponible sur : <http://www.drogues-info-service.fr/Adresses-utiles>
48. Inpes. Campagne de communication, les Consultations Jeunes Consommateurs, une ressource pour agir précocement et aider les familles et les jeunes. 2015. N°111.
49. République Française, MILDECA. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives. Plan d'Actions 2016-2017.
50. Guignard R. Beck F. Obradovic I. Prise en charge des addictions par les médecins généralistes. Baromètre santé médecins généralistes. Inpes 2009. p177-201.
51. Terra Nova. Les Français et le cannabis, enquête Ifop pour Echo Citoyen et Terra Nova. 2018.

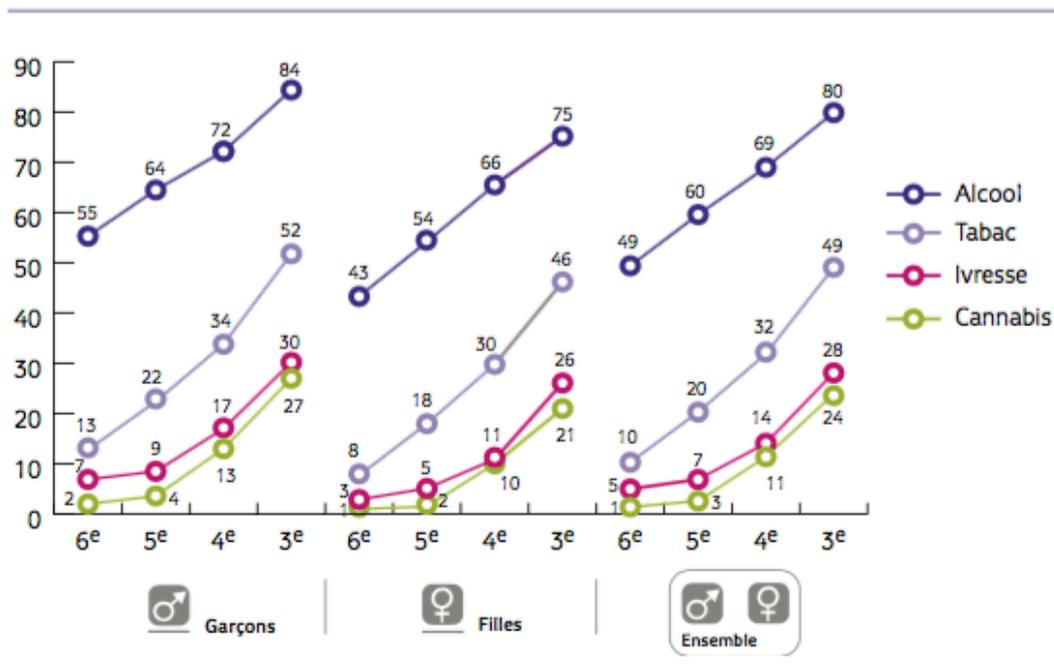
ANNEXES

Annexe 1 : Prévalence de la consommation récente de cannabis (pourcentage)



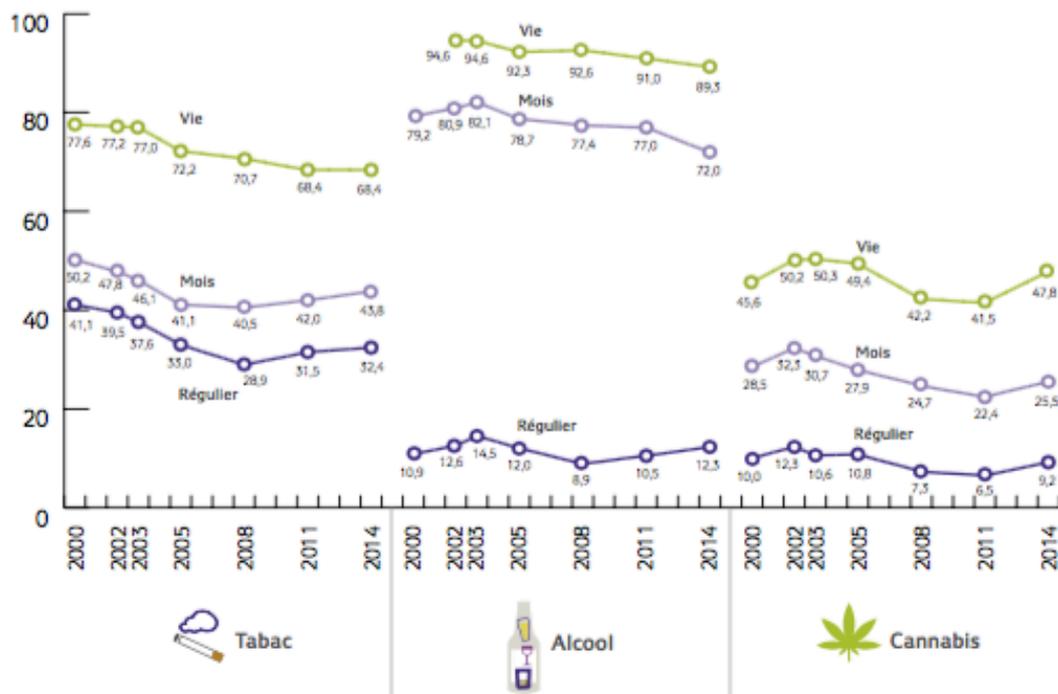
Source : enquête européenne ESPAD, 2015, p 56 (5)

Annexe 2 : Les niveaux d'expérimentation de tabac, de boissons alcoolisées, de cannabis ainsi que les premières ivresses alcooliques chez les collégiens selon le sexe et le niveau scolaire en 2014 (%) (3)



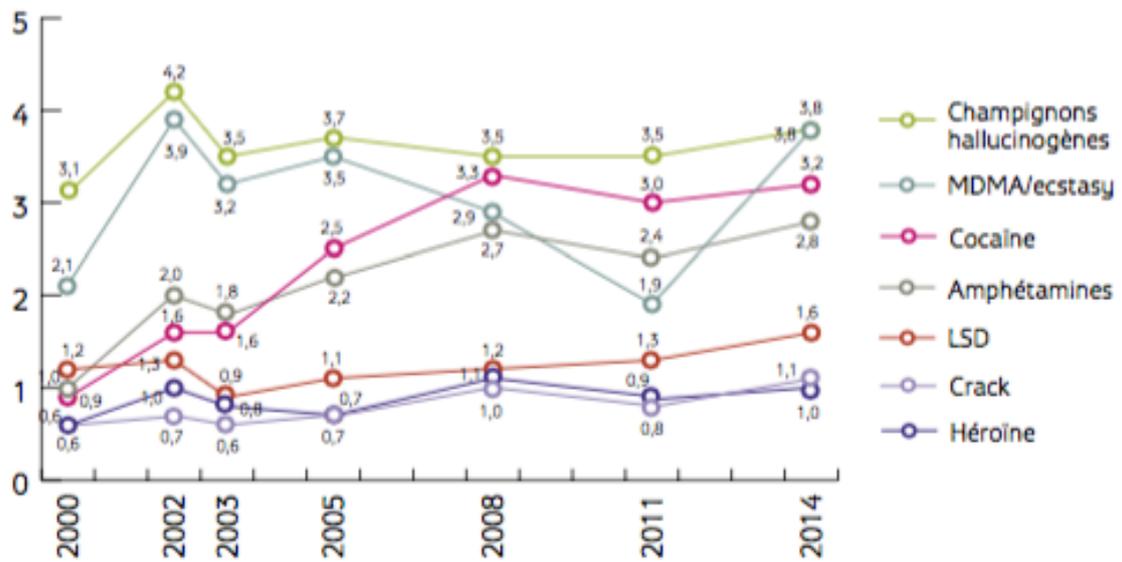
Source : enquête HBSC 2014, exploitation OFDT.

Annexe 3 : Évolutions des niveaux d'usage de tabac, boissons alcoolisées et cannabis à 17 ans en métropole depuis 2000 (en %) (4)



Source : Enquêtes ESCAPAD - OFDT

Annexe 4 : Évolution de l'expérimentation des principales drogues illicites à 17 ans en métropole depuis 2000 (en %) (4)



Source : Enquêtes ESCAPAD - OFDT

Annexe 5 : Avis favorable de la Commission Ethique du Département de Médecine Générale de Midi Pyrénées



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 :
ROCHE Stéphanie, médecin remplaçant
Adresse : 32 rue des caves 63119 Châteaugay
Courriel : roche.stephanie31@gmail.com
Numéro de téléphone : 0689218119

Renseignements concernant les promoteurs :

*Dr Julie DUPOUY, médecin généraliste, Maître de stage des Universités
Adresse : 1 Avenue de la Gare, 31860 Pins-Justaret
Courriel : julie.dupouy@dumg-toulouse.fr

*Dr Catherine LAPORTE, médecin généraliste, Maître de stage des Universités
Adresse : 10 av Raymond Bergougnan, 63100 Clermont-Ferrand
Courriel : catherinelaporte63@gmail.com

Titre complet de la recherche : Freins et attentes des adolescents sur le repérage et la prise en charge de leurs consommations de substances psychoactives par leur médecin généraliste.
Etude épidémiologique auprès de xxx adolescents consultant en cabinet de médecine générale en Auvergne

AVIS DE LA COMMISSION (Réservé à la Commission)

AVIS FAVORABLE

N° 2018 - 009

LE 14/12/2018

Dr Motoko Delahaye

Annexe 6 : Questionnaire de notre étude

Cette enquête est uniquement destinée aux adolescents de 12-17 ans révolus.

*Dans le cadre de ma thèse de médecine, je m'intéresse à ton avis concernant l'accessibilité de ton médecin à parler de tes consommations d'alcool, de tabac, de cannabis et d'autres drogues. Pour cela, il suffit de répondre à ce questionnaire qui est **ANONYME** (ni ton médecin, ni tes parents n'auront accès aux résultats). Cela ne te prendra que 10 minutes. Je t'en remercie. Stéphanie ROCHE, médecin remplaçant.*

1) Pourquoi viens-tu voir ton médecin aujourd'hui ?

.....
.....
.....

2) Combien de fois es-tu venu(e) voir ton médecin au cours des 12 derniers mois ?

..... fois

Voici quelques questions concernant tes consommations d'alcool, de tabac, de cannabis et d'autres drogues

3) Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits, et si oui, quelle a été la fréquence de ta consommation ? (coche une seule réponse par ligne)

	Jamais	A l'occasion	Une fois par mois environ	Le week-end ou 1 ou 2 fois par semaine	≥3 fois par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis (beuh, herbe...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cocaïne (coke, crack...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Colle, Poppers, Solvants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
LSD, ecstasy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Héroïne, antitussifs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Amphétamines, Speed	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

→ Si tu n'as jamais consommé **aucun** des produits mentionnés à la question 3, passe directement à la question 10.

4) A quel âge as-tu commencé à consommer ? (ne remplis que les cases qui te concernent ; si tu n'as jamais consommé les produits cités ci-dessous régulièrement, c'est-à-dire au moins une fois par semaine pendant au moins un mois, ne remplis pas la colonne de droite du tableau)

	Pour la première fois	Régulièrement (au moins 1 fois par semaine pendant au moins 1 mois)
Alcool ans ans
Tabac ans ans
Cannabis ans ans
Autres drogues ans ans

5) Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ? Oui Non

6) As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ? Oui Non

7) a) Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu bu 5 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion ? fois

b) Si tu es un garçon, combien de fois as-tu bu 8 verres d'alcool ou plus au cours d'une même occasion ? fois

8) Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ?

(coche une case par ligne)

	Oui	Non
Ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (problèmes digestifs, infections, blessures...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une amitié ou à une relation amoureuse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (absence, exclusion, baisse des notes...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté(e) (vol, vente de drogues, conduite...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (relations sexuelles non protégées, faire du sport après avoir bu ou pris de la drogue...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant (médecin, infirmière scolaire, psychologue...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Les attentes que tu as concernant ton médecin

9) Est-ce que tu as déjà parlé de tes consommations à ton médecin ?

	Oui	Non
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10) Est-ce que ton médecin t'a déjà posé des questions sur ta consommation ?

	Oui	Non
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autres drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11) a) Est-ce que tu souhaiterais lui en parler ? Oui Non

b) Comment te représentes-tu ta relation avec ton médecin?

	OUI	NON
Tu lui fais confiance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu te sens jugé(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu te sens à l'aise	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il t'écoute	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
C'est son rôle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il prend son temps	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as peur qu'il en parle à tes parents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ses questions sont appropriées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tu as peur de le décevoir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il te comprend	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Il est compétent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :		

12) Est-ce qu'il y a une personne à qui tu pourrais en parler ? (tu peux cocher plusieurs cases)

- Tes parents Un autre membre de ta famille Le pharmacien
 Tes ami(e)s L'infirmière scolaire Une association
 Autre

	Oui	Non
13) Est-ce qu'un questionnaire, à remplir lors d'une consultation, t'aiderait à aborder ces sujets avec ton médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Lors d'une consultation, est-ce que tu oserais parler honnêtement de tes consommations en présence de tes parents ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Concernant le cannabis, est-ce que le caractère illégal te gêne pour en parler avec ton médecin ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

16) Est-ce que ton médecin t'a déjà parlé :

	Oui	Non
Des consultations jeunes consommateurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
De la maison des adolescents	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Des plateformes téléphoniques ou sites web (Drogue Info...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Autre :		

Pour finir, quelques questions à propos de toi

17) Es-tu : un garçon une fille

18) Quel âge as-tu ? ans

20) Quel est ton code postal ?

19) Comment vis-tu ?

- Seul
 Avec au moins un de tes parents
 Avec un autre membre de ta famille
 En famille d'accueil
 En foyer
 Avec des amis ou ton ou ta petit(e)-ami(e)
 Autre :

21) Quelle est ta situation ?

- Actif
 Etudiant au collège
 Etudiant en lycée général
 Etudiant en lycée technologique
 Etudiant en lycée professionnel ou agricole
 Etudiant en Centre de Formation d'Apprentis ou en Maison Familiale Rurale
 Autre :

Merci d'avoir rempli ce questionnaire. Tu peux le plier et le mettre dans l'urne. Si tu le souhaites, n'hésite pas à parler à ton médecin de ces sujets.

Annexe 7 : Questionnaire DEP-ADO (25)

DEP-ADO

GRILLE DE DÉPISTAGE DE CONSOMMATION PROBLÉMATIQUE D'ALCOOL
ET DE DROGUES CHEZ LES ADOLESCENTS ET LES ADOLESCENTES

Version 3.3 - Juin 2016



RISQ
Recherche et intervention
sur les substances psychoactives - Québec

--	--	--	--	--

No. dossier

Date: - -

Année Mois Jour

Nom: _____ Prénom: _____
(facultatif)

Âge : Sexe : Garçon Fille

Quel est ton niveau scolaire actuel?

Secondaire I

Secondaire II

Secondaire III

Secondaire IV

Secondaire V

Autre niveau _____ préciser

1. Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ? (noircir une seule réponse par produit)	Réservé à l'usage de l'intercensent					
	Pas consommé	À l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cannabis (ex.: mari, pot, hashich, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Cocaïne (ex.: coke, snow, crack, freebase, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Colle/solvant	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hallucinogènes (ex.: LSD, PCP, ecstasy, mescaline, buvard, etc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Opiacés, préciser:						
<input type="radio"/> Opiacés non prescrits <input type="radio"/> Héroïne	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Amphétamines/speed (ex.: upper)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Autres, préciser:						
<input type="radio"/> GHB <input type="radio"/> Autres médicaments*	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
<input type="radio"/> Autres	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

* L'un ou l'autre des médicaments suivants, pris sans prescription : barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. a) **Au cours de ta vie, as-tu déjà consommé l'un de ces produits de façon régulière ?** Oui ➔ **Passez à 2b**
(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois) Non ➔ **Passez à 3**

b) **À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement _____ de l'alcool?**
(1 fois/semaine pendant au moins 1 mois) Ann

_____ une ou des drogues?
Ann

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

3. **Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?** (noircir la réponse) Oui Non

Si à la question 1, tu n'as consommé aucun des produits mentionnés, ➔ passe à la question 7

4. **As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours?** Oui Non

5. Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris:

a) Garçon

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

ii) 8 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

b) Fille

i) 5 consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?

Fois

6. Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé ? (noircir la réponse)

- a) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à ta santé physique (ex.: problèmes digestifs, overdose, infection, irritation nasale, tu as été blessé(e), etc.)..... Oui Non
- b) tu as eu des difficultés psychologiques à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: anxiété, dépression, problèmes de concentration, pensées suicidaires, etc.)..... Oui Non
- c) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à tes relations avec ta famille..... Oui Non
- d) ta consommation d'alcool ou de drogue a nui à une de tes amitiés ou à ta relation amoureuse..... Oui Non
- e) tu as eu des difficultés à l'école à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue (ex.: absence, suspension, baisse des notes, baisse de motivation, etc.)..... Oui Non
- f) tu as dépensé trop d'argent ou tu en as perdu beaucoup à cause de ta consommation d'alcool ou de drogue..... Oui Non
- g) tu as commis un geste délinquant alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue, même si la police ne t'a pas arrêté (ex.: vol, avoir blessé quelqu'un, vandalisme, vente de drogues, conduite avec facultés affaiblies, etc.)..... Oui Non
- h) tu as pris des risques alors que tu avais consommé de l'alcool ou de la drogue (ex.: relations sexuelles non protégées ou invraisemblables à jeun, conduite d'un vélo ou activités sportives sous intoxication, etc.)..... Oui Non
- i) tu as eu l'impression que les mêmes quantités d'alcool ou de drogues avaient maintenant moins d'effet sur toi..... Oui Non
- j) tu as parlé de ta consommation d'alcool ou de drogues à un intervenant..... Oui Non

Réservé à l'usage
de l'intervenant

7. Quelle a été ta consommation de tabac au cours des 12 derniers mois ? (noircir une seule réponse)

- Pas consommé La fin de semaine ou une à deux fois par semaine
- À l'occasion 3 fois et + par semaine mais pas tous les jours
- Une fois par mois environ Tous les jours

SCORES BRUTS FACTORIELS

SCORE TOTAL

Signature de l'intervenant(e)

Entourez le FEU
correspondant

V J R

GRILLE DE COTATION DEP-ADO

Version 3.3 – juin 2016¹

1. **Au cours des 12 derniers mois, as-tu consommé l'un de ces produits et si oui quelle a été la fréquence de ta consommation ?**

	Pas consommé	A l'occasion	Une fois par mois environ	La fin de semaine ou une à deux fois par semaine	3 fois et + par semaine mais pas tous les jours	Tous les jours
Alcool	0	1	2	3	4	5
Cannabis	0	1	2	3	4	5
Cocaïne	0	1	2	3	4	5
Colle/solvant	0	1	2	3	4	5
Hallucinogènes	0	1	2	3	4	5
Héroïne	0	1	2	3	4	5
Amphétamines/speed	0	1	2	3	4	5
Autres : GHB, autres médicaments*, autres	0	1	2	3	4	5

* L'un ou l'autre des médicaments suivant, pris sans ordonnance: barbituriques, sédatifs, hypnotiques, tranquillisants, ritalin.

2. b) **À quel âge as-tu commencé à consommer régulièrement ?**

Alcool	< 12 ans	= 3	Drogue(s)	< 14 ans	= 3
	12 à 15 ans	= 2		14 à 15 ans	= 2
	16 ans ou +	= 1		16 ans ou +	= 1

3. **Au cours de ta vie, t'es-tu déjà injecté des drogues ?**

Oui = 8 Non = 0

4. **As-tu consommé de l'alcool ou d'autres drogues au cours des 30 derniers jours ?**

Oui = 2 Non = 0

5. **Au cours des 12 derniers mois, combien de fois as-tu pris 8 (Garçons) 5 (Filles) consommations d'alcool ou plus dans une même occasion ?**

Aucune fois = 0 1 à 2 fois = 1 3 à 25 fois = 2 26 fois et + = 3

6. **Au cours des 12 derniers mois, cela t'est-il arrivé?**

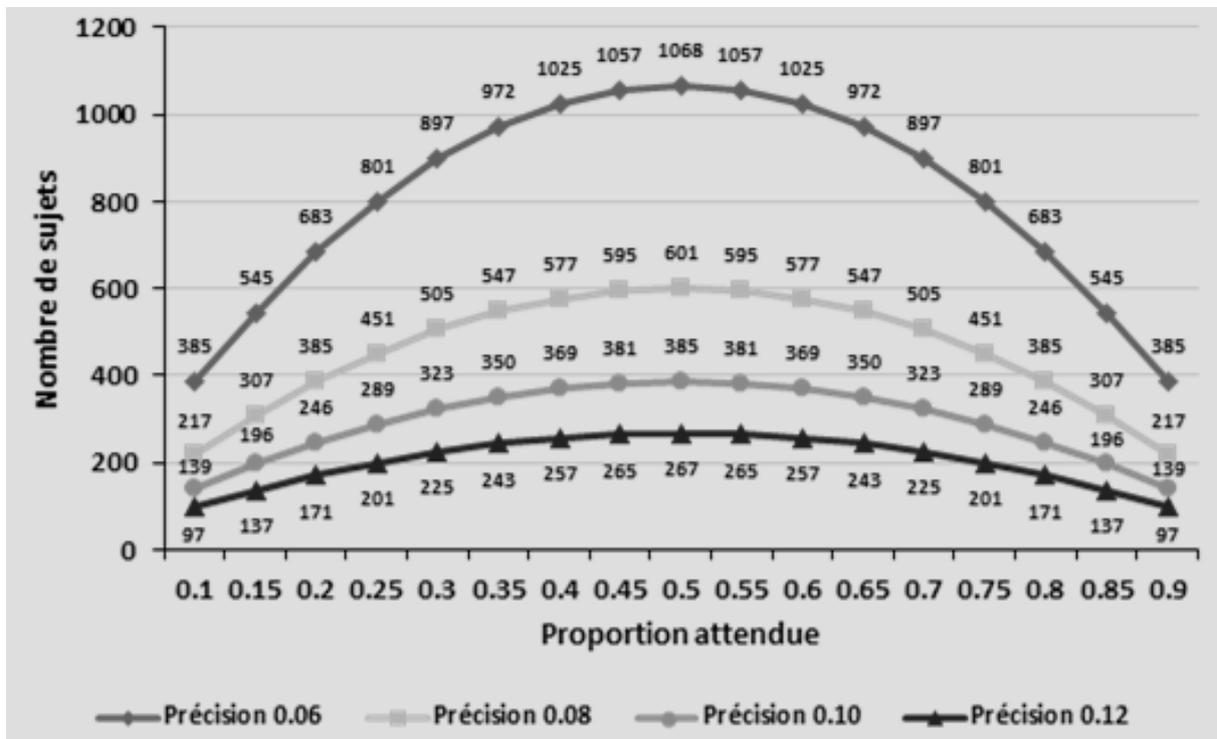
Oui = 2 Non = 0

FAIRE LE TOTAL DES POINTS

13 et moins	FEU VERT	Aucun problème évident de consommation (aucune intervention nécessaire)
Entre 14 et 19	FEU JAUNE	Problème en émergence (intervention précoce souhaitable)
20 et +	FEU ROUGE	Problème évident (intervention spécialisée en dépendance nécessaire)

¹ Cette grille de cotation se rattache à la DEP-ADO version 3.3, juin 2016. La grille de cotation est conservée telle quelle depuis octobre 2003 puisqu'aucune modification n'a été requise

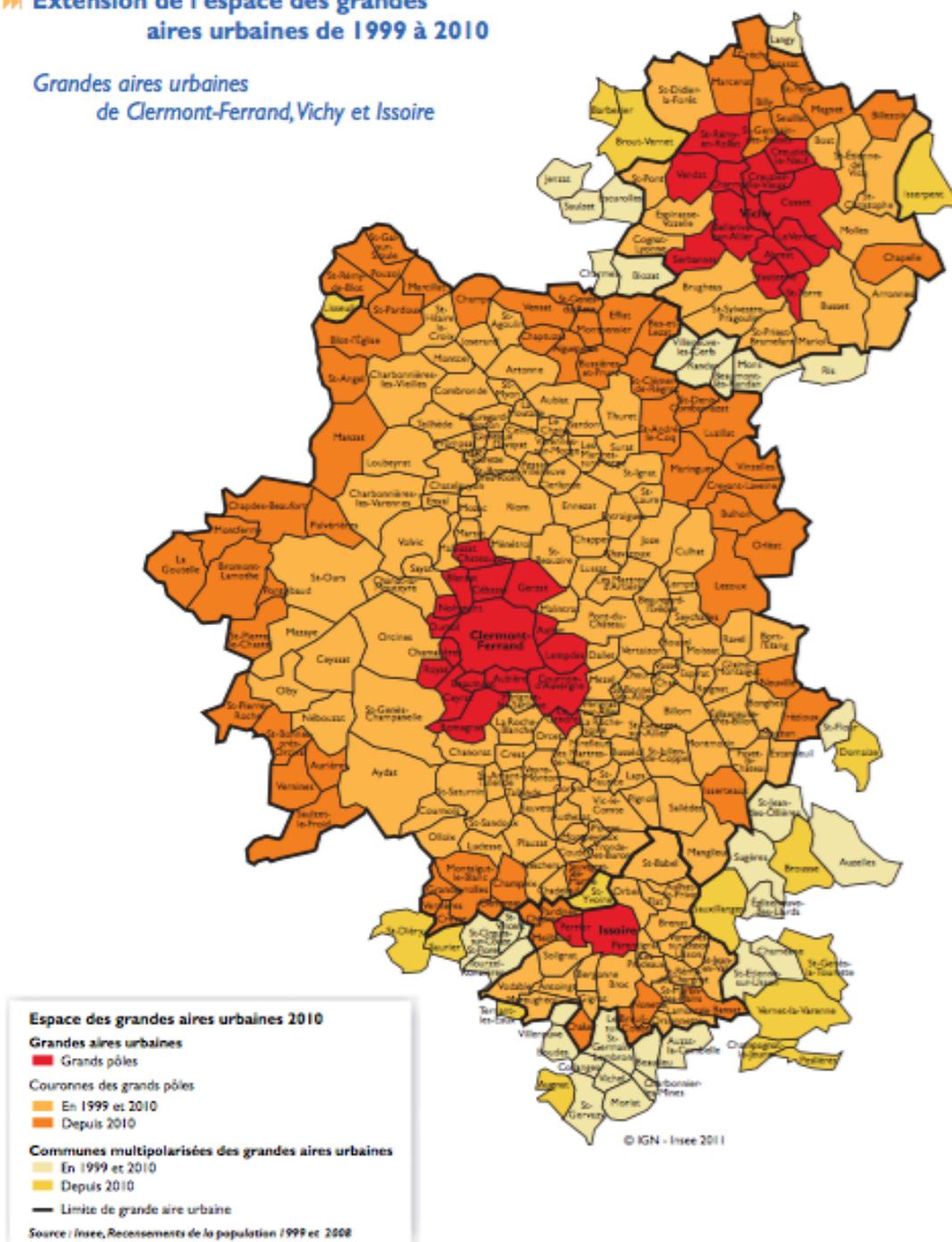
Annexe 8 : Nombre de sujets théorique et la proportion attendue



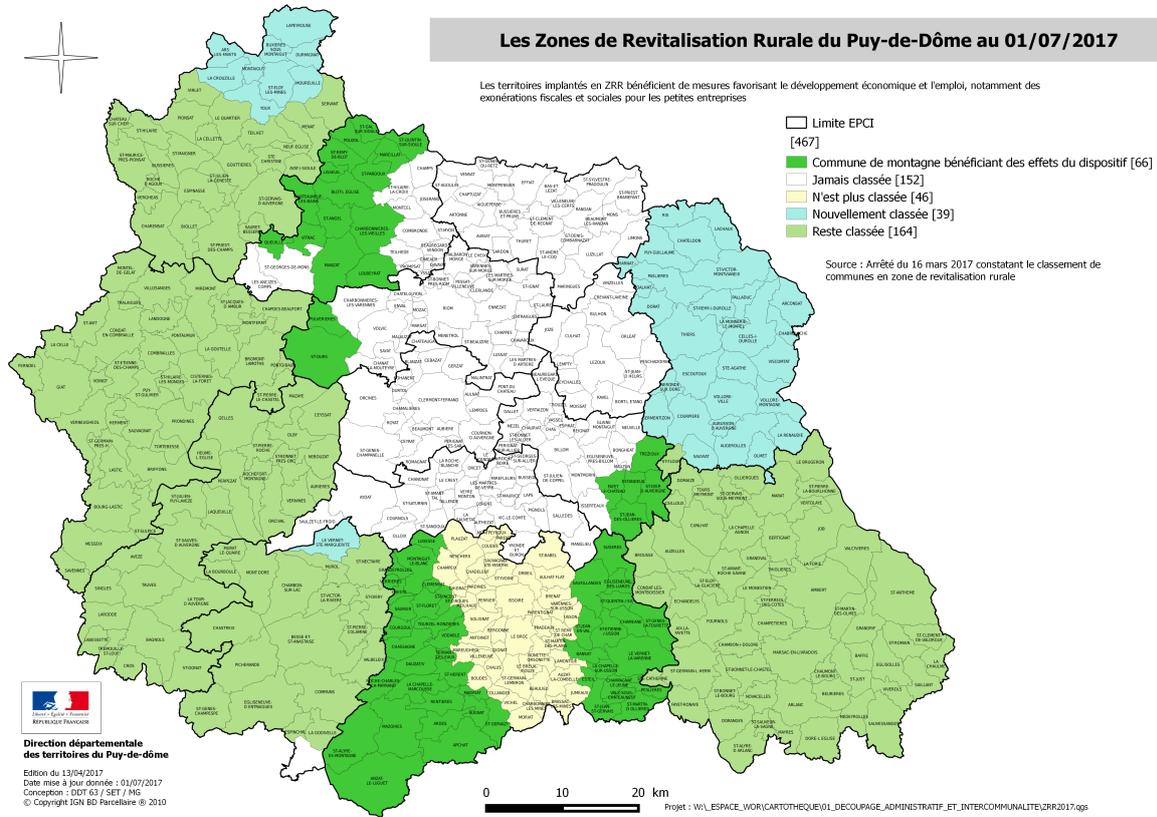
Annexe 9 : Les Grandes aires urbaines de Clermont-Ferrand, Vichy et Issoire

► Extension de l'espace des grandes aires urbaines de 1999 à 2010

Grandes aires urbaines
de Clermont-Ferrand, Vichy et Issoire



Annexe 10 : Les Zones de Revitalisation Rurale du Puy-de-Dôme au 01/07/2017



ABSTRACT

The Qualms and Expectations of Teenagers Concerning Their GPs' Spotting and Treatment of Their psychoactive Substance Use: An Epidemiological Study Involving 277 12-to-17 Year-Old Teenagers, in General Practices Located in the Puy-de-Dôme

Context General practitioners (GP) rarely focus on psychoactive substance use among teenagers. Yet excessive consumption and risky behaviors leading to fatal consequences begin at an early age. The main objective of this study was to identify the qualms and expectations of teenagers concerning their GPs' spotting and treatment of their psychoactive substance use.

Method We conducted an epidemiological study involving 12-to-17-year-old teenagers consulting general practitioners located in the Puy-de-Dôme; we used an anonymous questionnaire, based on a validated screening test (DEP ADO).

Results We obtained 277 questionnaires in 28 general practices over a period of 2 months. Teenagers, with an average age 14.5 years old ± 1.7 , 38.6% (107) of them had experimented alcohol, 16.6% (46) tobacco, 10.8% (30) cannabis, and less than 2%, other illicit drugs. Regular and daily uses were less frequent. We observed that 51.4% (55) had already experienced one instance of binge drinking during the year. The majority of the teenagers in our study considered they had good relationships with their GPs. However, only 9.2% (25) wished to speak about psychoactive substance use with their GP. We analyzed the results among teenagers with obvious substance use problems (total score DEP ADO ≥ 20) and developing problems (DEP ADO between 14-19): 44.4% (4) of the teenagers with a score DEP ADO between 14-19 were afraid that their GP would speak to their parent about it ($p=0,05$); and 42.9% (3) of the consumers with a score DEP ADO ≥ 20 felt either judged by their GP ($p=0,002$), uncomfortable ($p=0,04$) or thought that their GP was incompetent when it comes to drug use.

It is important to promote the spotting and treatment of psychoactive substance use among teenagers by GPs.

**Freins et attentes des adolescents sur le repérage et la prise en charge de leurs consommations de substances psychoactives par leur médecin généraliste.
Etude épidémiologique auprès de 277 adolescents de 12-17 ans révolus, consultant en cabinet de médecine générale dans le Puy-de-Dôme.**

ROCHE Stéphanie

2018 TOU3 1069

Contexte

Les consommations des substances psychoactives (SPA) chez les adolescents, peu abordées par les médecins généralistes (MG), débutent de plus en plus précocement avec des consommations en excès et des conduites à risque aux conséquences néfastes. L'objectif principal de notre étude était d'identifier les freins et les attentes des adolescents concernant le repérage et la prise en charge de leur consommation de SPA par leur MG.

Méthode

Nous avons réalisé une étude épidémiologique auprès d'adolescents de 12-17ans révolus consultant en cabinet de médecine générale dans le Puy-de-Dôme, à l'aide d'un questionnaire anonyme s'appuyant sur la grille de dépistage validée, DEP ADO.

Résultats

Nous avons récupéré 277 questionnaires dans 28 cabinets de MG sur une période de 2 mois. Les adolescents, d'âge moyen de 14,5ans±1,7, avaient expérimenté l'alcool pour 38,6%(107) d'entre eux, 16,6%(46) le tabac, 10,8%(30) le cannabis, et moins de 2% les autres SPA illicites. Les consommations régulières et quotidiennes étaient moins fréquentes. Nous avons observé que 51,4%(55) avaient déjà eu une alcoolisation ponctuelle importante dans l'année. La majorité des adolescents de notre étude, estimaient avoir une bonne relation avec leur MG. Cependant, uniquement 9,2%(25) des adolescents souhaitaient parler des consommations de SPA à leur MG. Nous avons analysé les résultats parmi les adolescents avec une consommation à risque évidente (score total DEP ADO \geq 20) et émergente (DEP ADO entre 14-19) : 44,4%(4) des adolescents avec un score DEP ADO entre 14-19 avaient peur que leur MG en parle à leur parent ($p=0,05$) ; et 42,9%(3) des consommateurs avec un score DEP ADO \geq 20 se sentaient jugés par leur MG ($p=0,002$), ne se sentaient pas à l'aise ($p=0,04$) et pensaient que leur MG était incompétent.

Il est important de promouvoir le repérage et la prise en charge des consommations des SPA chez les adolescents par le MG.

Discipline administrative : MEDECINE GENERALE

Mots clés : adolescents, substances psychoactives, prévention, repérage, médecin généraliste

UNIVERSITE TOULOUSE III PAUL SABATIER – Faculté de Médecine Rangueil

133 route de Narbonne–31062 TOULOUSE Cedex 04–France

Directrices de Thèse : Docteur Julie DUPOUY et Docteur Catherine LAPORTE