

# **CANABIC : Cannabis et Adolescent, une Intervention Brève pour réduire leur consommation**

**Auteurs :** Laporte C., Vaillant-Roussel H., Pereira B., Blanc O., Eschalier B., Kinouani S., Brousse G., Llorca P.-M., Vorilhon P.

En partenariat avec le CHU de Clermont-Ferrand et le DMG de Clermont-Ferrand. Pas de conflits d'intérêt.

*CNGE 2016 Grenoble*

*Résumé de communication orale par Maxence Stettner*

**Mots-clés :** Soins de santé primaires, addiction, cannabis, intervention brève

## **Introduction :**

La consommation en France est la plus importante en Europe, du même niveau que les Etats-Unis.

Le cannabis pose des problèmes somatiques, psychiatriques et psycho-sociaux (par son illégalité pour le moment) ; à court et long terme et donc pose un réel problème de santé publique.

Le médecin généraliste est le 1<sup>e</sup> professionnel de santé consulté par les adolescents et on a un outil qui commence à avoir des preuves intéressantes de faisabilité et d'efficacité dans la littérature, et qui est l'Intervention Brève, issue du grand champ des entretiens motivationnels.

L'Intervention Brève est une technique visant à réduire ou arrêter la consommation de cannabis, notamment chez les adolescents. Elle consiste à :

- reformuler avec le consommateur sa consommation et ses répercussions sur sa vie personnelle et professionnelle.
- responsabiliser le consommateur en l'informant des risques et de voir avec lui où en sont ses capacités de changement
- conseiller une modération de sa consommation, en le laissant maître du contrat de changement
- faire preuve d'empathie, éviter le jugement et tout aspect négatif. Il faut établir une relation de confiance
- renforcer le sentiment d'efficacité et établir avec l'adolescent un contrat de changement

Ce schéma d'Intervention Brève est le le schéma FREMS qui est le schéma le plus reconnu et le plus répandue dans l'Intervention Brève

L'objectif de l'étude est de comparer les médecins généralistes formés à l'Intervention Brève, à ceux qui avaient une prise en charge différente, sur la consommation mensuelle des consommateurs de cannabis de 15 à 25ans.

## **Méthode :**

L'étude compare donc l'influence des médecins généralistes formés ou non à l'Intervention Brève sur la consommation mensuelle de cannabis des jeunes de 15 à 25 ans pendant 1 an.

Le nombre de sujet nécessaire était de 250 patients. Il a été estimé qu'un médecin généraliste pouvait recruter environ 5 patients donc l'étude prévoyait de recruter 750 patients par 150 médecins dans les régions d'Auvergne, Rhône-Alpes et Languedoc-Roussillon, à l'automne 2012.

Les médecins ont été tirés au sort et le groupe interventionnel a été formé à l'Intervention Brève pendant une demi-journée alors que les témoins ont eu simplement une soirée de formation pour présenter l'étude et savoir ce qu'ils devaient faire.

Les médecins ont eu 1 an pour inclure leur 5 patients et ils devaient les revoir à 3, 6 et 12 mois.

Finalement, 75 médecins généralistes ont été recrutés, qui ont inclus 262 patients. Les perdus de vue ont portés le nombre de patients à 146 résultats à la fin des 12 mois.

Les patients étaient comparables sur tous les critères sauf que dans le groupe interventionnel, ils fumaient un peu plus (fumeurs quotidiens et fumeurs mensuels)

## **Résultats :**

Dans le groupe interventionnel, les patients consommateurs mensuels, suivis par des médecins généralistes formés à l'Intervention Brève, sont passés de 30 à 17,5 joints par mois, pendant que dans le groupe contrôle, ils passaient de 20 à 17.5 joints par mois.

La pente est intéressante, on passe de 30 à 17.5 dans le 1<sup>e</sup> groupe et on passe de 20 à 17.5 dans le 2<sup>e</sup> groupe, ce qui n'est quand même pas tout à fait la même chose.

On a quand même dans le groupe intervention une baisse significative de la consommation de cannabis, qui n'existe pas dans le groupe contrôle.

Est-ce que cette différence n'est pas liée au fait que la consommation initiale était plus importante dans le groupe interventionnel ?

On a donc comparé les fumeurs non-quotidiens et les fumeurs quotidiens :

Il y a bien une différence de la consommation significative à 6 mois et 12 mois, chez les fumeurs non quotidiens (donc avec une consommation plus modérée) puisqu'on passe de 10 à 3-5 joint par mois dans le groupe interventionnel tandis que dans le groupe témoin, la consommation est restée stable à 10 joints par mois. Chez les fumeurs quotidiens (30 joints est plus), il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes mais on voit bien qu'il y a une baisse de la consommation.

Dans la littérature, on sait que l'impact peut être différent selon que l'on soit majeur ou mineur, donc les résultats ont été comparés chez les moins de 18ans et chez les plus de 18ans. La seule différence observée entre les groupes est chez les moins de 18ans. Par contr, chez les plus de 18ans, cela diminue significativement dans le temps, mais dans les 2 groupes

## **Discussion :**

Les résultats confirment les 2 principales tendances qui sont que l'Intervention Brève marche très bien chez les plus jeunes et chez les consommateurs modérés.

Cela pose plusieurs questions en matière de méthodologie : S'agit-il de la bonne méthode de recrutement, d'inclusion et de suivi des patients ; sachant qu'il est très compliqué en médecine libérale et en soins primaires de recruter des patients. La randomisation en clusters (puisque ce sont les médecins généralistes qui ont recrutés les patients) est-elle une bonne méthode ?

Pose la question de mesurer avec un critère chiffré l'impact que l'on va avoir sur des patients en intervenant sur le comportement du médecin. Une thèse qualitative est en cours.

Plusieurs questions se posent concernant l'Intervention Brève :

- Par qui ? : médecin, infirmier, attaché de recherche clinique...
- Quelle formation faut-il donner ? type de formation, temps de formation
- S'intéresser à d'autres modes d'intervention plus globaux : plaquettes dans la salle d'attente puis Intervention Brève dans le cabinet, puis sur ordinateur... puisque finalement on teste un programme
- Intérêt de faire des études ciblées sur certains types de consommateurs : par sexe, par importance de la consommation...

## **Conclusion :**

En tout cas, cette étude remet en place le dépistage de la consommation de cannabis en médecine générale. Ces recherches permettent de remettre les médecins généralistes en position d'expert de santé. Le problème du cannabis en ce moment c'est qu'on ne sait plus si c'est bien/pas bien, légal/pas légal... on ne sait plus. La posture d'expert de santé permet d'être sûr de ses connaissances, de rester dans l'empathie vis-à-vis des patients consommateurs et de les traiter comme tout autre malade chronique ; d'avoir une position plus partagée que « le cannabis c'est mal » ou « le cannabis c'est pas mal ».

Cela implique de voir tous nos jeunes patients seuls et de leur poser la question de la consommation de cannabis.

L'Intervention Brève peut alors être un outil d'aide à cette consultation.

## **Réactions/questions de l'assemblée :**

Q : Sur quelle population ont été analysés les résultats ? sur les 262 patients inclus, ou sur les 146 qui sont restés ?

R : Sur les 262 patients inclus. En fait, tous les calculs ont été réalisés : sur le 262 inclus, sur les 146 qui n'ont pas été perdus de vue. Mais l'objectif principal a bien été réalisé sur les 262 patients inclus pour faire une analyse en intention de traiter

Q : Ce travail et d'autres présentations m'interrogent beaucoup en médecine générale. Cela revient à dire : « est-ce que ton jardin pousse mieux avec tel ou tel engrais ». Alors qu'on sait très bien qu'un jardin pousse avec un bon jardinier. Donc on peut dire « avec tel engrais, pendant 20min, ça pousse mieux », or on sait que notre aventure de médecin généraliste, c'est quand même dans la durée. Le problème c'est que toutes les recherches scientifiques nous obligent à regarder ponctuellement « est-ce qu'il a plu ? Est-ce qu'il a pioché ? », or notre aventure c'est quand même « ajouter un peu de cela, faire attention à ci etc... ». C'est

très difficile de mettre en évidence l'efficacité de quelque chose sur 20min, vous vous rendez compte, si nous arrivions à changer les comportements en 20min, les conséquences ? Bravo pour le travail

R : C'est sûr qu'en recherche, on cherche sur ce qui est le plus facile à chercher et pas le plus intéressant. Tout de même, un bon jardinier, quand il a de bons outils ou les bonnes baskets, il se débrouille mieux. Cela permet quand même d'avoir des supports qui ne sont pas intéressants. Il faudrait peut-être comparer les médecins qui utilisent des supports à ceux qui n'en utilisent pas. Je ne sais pas si en 20min on peut changer les comportements mais le fait de se former à l'Intervention Brève change aussi la manière de faire des médecins, avec toutes les autres substances ; cela amène à poser les questions de manière un peu différente, d'avoir une prise en charge un peu différente de manière globale et non pas uniquement sur les 20min de consultation.

Donc la question est aussi, en combien de temps, nous les médecins généralistes, changeons-nous nos comportements et devenons des meilleurs jardiniers ?

Q : Pensez-vous que le nombre de joint fumé par mois soit un bon critère de jugement principal ? Dans d'autres études, ils disaient qu'il valait mieux prendre comme critère la dépense mensuelle

R : Effectivement, c'est une question qui nous a beaucoup interpellés. Les grandes études épidémiologiques jugent même sur l'usage, c'est-à-dire, le nombre de fois où les gens fument. Le problème du cannabis, c'est que pendant très longtemps, vous pouvez en fumer sans en payer, parfois sans même le savoir, et que ça tourne. En fait il faudrait prendre chaque joint, mesurer la concentration de THC ; parce que les consommateurs se fournissent pas au même endroit, ne chargent pas tous le joint de la même manière, ne le roule pas de la même manière. Donc savoir exactement ce qui est fumé, c'est impossible.

La dépense mensuelle aurait été un bon critère, mais on s'est dit que c'était le meilleur critère chiffré, même si c'est du déclaratif. Mais je reconnais que ça nous a tenus très longtemps et que c'est un critère de jugement discutable.

Q : Il existe beaucoup de moyens d'aides pour le tabac. Mais il en existe peu pour le cannabis. Est-ce qu'il y a d'autres outils ou d'autres projets pour se faire aider pour les patients consommateurs de cannabis

R : C'est vrai que pour le cannabis, il n'y a pas de message de prévention aussi important que pour le tabac, que pour l'alcool au volant... On a l'impression que les pouvoirs publics ne savent pas. Il y a un environnement médiatique et politique autour du cannabis, par exemple Barack Obama disait qu'il avait fumé dans son adolescence et que pour lui « ça n'était pas plus dangereux qu'une cigarette ». C'est quand même un message fort, que les personnalités n'auraient pas sur l'héroïne, alors que pourtant c'est dans la même gamme de stupéfiants. Finalement on est complètement perdus entre la classification de stupéfiants, le fait que le cannabis est devenu comme l'alcool et le tabac. Ce qu'il faudrait c'est que la légalisation du cannabis (puisque elle va sans doute arriver), soit accompagnée de message de prévention et de santé publique très forts.

Il existe peu de choses accessibles aux consommateurs : plaquettes de l'INPES, sites internet de « village addicto » parisiens et en Auvergne ; il y a le site Philippe Pinder : médecin cannabis (aide à la consultation), consultation « jeunes consommateurs ». Ce sont des portes d'entrée mais il faut déjà être médecin et le savoir.

Q : A titre personnel, au cours de votre travail, est-ce que vous avez compris comment un adolescent devient fumeur ? Est-ce qu'on peut renseigner sur la psychopathologie de ce problème ?

R : En fait il y a déjà eu pas mal d'études qualitatives qui ont réalisés à ce sujet. Nous avons fait des études qualitatives en préliminaire sur « pourquoi les jeunes consomment ? », « quelle perception ils ont du problème dans la société ? ». Il y a un paradoxe énorme lié à l'adolescence où ils sont en construction : où ils veulent à la fois se détacher de la cellule familial et aussi en faisant des trucs interdits. Il y a une distinction qui se fait très vite entre les expérimentations (liées à l'adolescence) et des consommateurs occasionnels. La consommation de cannabis peut-être 1 fois le samedi ou 1 par mois, comme on boit un verre à table.

Les déterminants qui amènent à une consommation régulière sont les ruptures de vie, les environnements sociaux compliqués... Mais il n'y en n'a pas tant que ça, en tout cas, cela ne nous aide pas à déterminer qui va devenir un consommateur régulier ou non.

Donc il faut poser la question à tout le monde, et cela peut basculer ensuite.

Q : Comment avez formé les médecins généralistes à l'Intervention Brève ?

R : Les médecins généralistes recrutés dans le groupe interventionnel ont eu un topo sur le cannabis, et une explication théorique du schéma FREMS, les bases de l'entretien motivationnel, les questions ouvertes puis des exemples avec des jeux de rôles. Cela a été supervisé par des experts : médecins addictologues ou généralistes déjà formés.