



Master 2

Promotion de la santé et prévention

Promotion : **2019-2020**

Consommation de cannabis en contexte de parentalité : comprendre et prévenir les ingestions accidentelles des enfants

Déploiement du projet PREVIAC au CHU de Bordeaux

Léo COQUARD

Novembre 2020

Sous la direction de Delphine Moreau

Remerciements

Je tiens à adresser mes remerciements chaleureux à toutes les personnes qui m'ont accompagné dans la réalisation de cette étude et la rédaction de ce mémoire.

Au CHU de Bordeaux, ma structure d'accueil, pour m'avoir ouvert ses portes ainsi qu'Isabelle Barcos, cadre de service du SSMIP, pour s'être démenée et m'avoir permis de réaliser ce stage en dépit des difficultés administratives liées au contexte épidémique.

Léo Donzel-Godinot, mon tuteur de stage, pour m'avoir permis de prendre part à ce beau projet. Merci de m'avoir fait confiance et de m'avoir offert cette opportunité.

Delphine Moreau, ma directrice de mémoire, que je remercie sincèrement pour son suivi, nos échanges réguliers et ses conseils avisés. Merci de m'avoir guidé et soutenu durant ce travail.

Julie et Adrianna, mes deux collègues stagiaires de l'EHESP pour avoir partagé avec moi de (très) nombreux moments d'angoisse, d'abord, de soulagement, ensuite, de joie, parfois, de pause, souvent. Merci de m'avoir donné le sourire et la motivation au quotidien.

Margaux, qui avait la lourde responsabilité de faire régner l'ordre dans l'open space. Merci pour ta bonne humeur et ta joie de vivre fort appréciables, malgré tes multiples tentatives pour martyriser les stagiaires et m'obliger à faire tes cappuccinos. Merci de ton soutien en toutes circonstances !

Charlotte et Rebecca, merci pour vos exploits d'actrices et vos rôles de composition lors des simulations d'entretien. Un immense merci également pour m'avoir mis en contact avec des participants grâce à votre réseau.

« Il y a le stigmate d'infamie, telle la fleur de lys gravée au fer rouge sur l'épaule des galériens. Il y a les stigmates sacrés qui frappent les mystiques. Il y a les stigmates que laissent la maladie ou l'accident. Il y a les stigmates de l'alcoolisme et ceux qu'inflige l'emploi des drogues. Il y a la peau du Noir, l'étoile du juif, les façons de l'homosexuel [...]. Le point commun de tout cela ? Marquer une différence et assigner une place : une différence entre ceux qui se disent " normaux " et les hommes qui ne le sont pas tout à fait (ou, plus exactement, les anormaux qui ne sont pas tout à fait des hommes) ».

Erving Goffman, Stigmate : les usages sociaux des handicaps (1975).

Sommaire

Remerciements	1
Liste des abréviations	5
I. INTRODUCTION	7
II. PRESENTATION DU CONTEXTE	11
1. Contexte professionnel de l'étude	11
a. Le cadre institutionnel	11
b. L'appel à projet.....	12
c. Le projet PREVIAC.....	12
2. Contextualisation sociopolitique	14
a. La répression du consommateur comme cadre politico-légal	14
b. La stigmatisation du consommateur comme contexte sociologique	17
3. Contexte épidémiologique.....	20
a. Consommation et usages de cannabis en France.....	20
b. Les intoxications accidentelles chez l'enfant	23
c. Les ingestions accidentelles de cannabis en population infantile.....	25
d. Etat des lieux de la prévention des ingestions accidentelles de cannabis.....	28
III. METHODOLOGIE	31
1. La revue de littérature.....	31
2. Les entretiens exploratoires auprès de professionnels et de chercheurs	32
3. Entretiens avec les parents-consommateurs	32
a. Construction du guide d'entretien	32
b. Le recrutement des participants	33
c. Les entretiens semi-directifs	36
4. Traitement et analyse des données	39
5. Limites méthodologiques	40

IV.	RESULTATS	43
1.	Etude des « carrières » de consommation	43
a.	Des parcours de consommation et des motivations hétérogènes.....	43
b.	L’expertise du consommateur : un élément déterminant des habitudes de consommation.....	45
c.	L’impact des représentations sociales sur les pratiques de consommation	46
2.	La consommation de cannabis à l’épreuve de la parentalité	49
a.	Les contours de la parentalité	49
b.	Consommation de cannabis en contexte familial : quelle articulation ?	51
3.	Encourager les « <i>bonnes pratiques</i> » et développer la réduction des risques pour prévenir les ingestions accidentelles de cannabis	55
a.	L’entrée dans la parentalité comme « <i>teachable moment</i> ».....	55
b.	Organiser le partage et la transmission des pratiques de réduction des risques	57
4.	Limites et analyse réflexive des résultats	58
V.	CONCLUSION	61
	Bibliographie	64
	Liste des annexes.....	73

Liste des abréviations

SSMIP - Service de soutien méthodologique et d'innovation en prévention

USAP – Unité de soutien aux actions de prévention

THC – Tétrahydrocannabinol

CBD - Cannabidiol

SPA – Substance(s) psychoactive(s)

OFDT – Observatoire français des drogues et de la toxicomanie

ANSM – Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé

PMI – Protection maternelle et infantile

RPNA – Réseau périnatal de Nouvelle-Aquitaine

COREADD (ex-Agir33) – Coordination régionale addictions de Nouvelle-Aquitaine

CSAPA – Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie

CEID – Centre d'étude et d'information sur la drogue (et les addictions)

CAARUD – Centre d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues

ANPAA – Association nationale de prévention en addictologie et alcoologie

GEGA – Groupe d'étude grossesse-addiction

CRAG – Centre de ressources addiction-grossesse

ASUD – Auto-support des usagers de drogues

NORML (France) – National Organization for the Reform of Marijuana Laws

I. INTRODUCTION

Lorsque l'on s'intéresse à l'impact du cannabis sur la santé publique, les dangers communément rapportés dans la littérature concernent un risque accru de décrochage scolaire, de désocialisation, de syndrome amotivationnel, et de risque psychotique (schizophrénie) (Giroud et al., 2008). Les études sur le sujet insistent particulièrement sur la vulnérabilité du public adolescent, mais rares sont celles qui abordent les risques du cannabis chez les moins de 12 ans. Cela n'a rien d'étonnant. D'un point de vue représentatif, enfance et consommation de cannabis sont deux univers qu'il est contre-intuitif de réunir. Pourtant, il n'est pas impossible que ces deux mondes se rencontrent.

En 2018, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) publiait un communiqué alertant d'une augmentation rapide du nombre d'intoxications accidentelle par ingestion de cannabis en population enfantine (ANSM, 2018). A partir d'une comparaison entre les données de toxicovigilance relevées de 2010 à 2014, et celles recueillies entre 2015 et 2017, l'ANSM constatait que le nombre d'intoxications consécutives à des ingestions accidentelles de cannabis (qui concernent majoritairement les enfants de moins de 2 ans) a été multiplié par 2,5 entre ces deux périodes. Dans son rapport, l'agence précisait que le nombre d'hospitalisations a quant à lui doublé, tandis que le nombre de cas grave (nécessitant une prise en charge en réanimation) a été multiplié par cinq.

Rapportées dans la littérature américaine depuis de nombreuses années (Weinberg et al., 1983), les ingestions accidentelles de cannabis font l'objet d'un intérêt relativement récent dans la littérature scientifique en France. Avant 2010, seuls quelques cas isolés avaient été rapportés (Marcou et al., 2004 ; Spadari et al., 2009). Néanmoins, le nombre d'études et de signalements sur le sujet a considérablement augmenté ces dernières années (Flesch & Blanc-Brisset, 2014 ; Pattissier et al., 2015 ; Cesbron et al., 2016). Reprise et relayée par plusieurs pédiatres, l'alerte lancée par l'ANSM a trouvé un écho important au sein du monde médical (Claudet, Mouvier, et al., 2017). Pour autant, l'inquiétude engendrée par l'évolution rapide de la prévalence des ingestions accidentelles de cannabis doit être analysée à la lumière d'un contexte plus large. En effet, ces intoxications, qui représentent entre 150 et 300 cas annuels à l'échelle nationale (ANSM, 2018), s'intègrent aux 20 000 à 25 000 cas d'intoxications rapportés chaque année en

France pour la tranche d'âge 0-16 ans (Bourrillon et al., 2014) ; ainsi qu'aux 21 000 cas d'accidents de la vie courante chez les 0-4 ans. En d'autres termes, les intoxications infantiles causées par ingestion accidentelle de cannabis ne représentent que 1,2% des intoxications entre 0 et 16 ans et 0,34% des accidents de la vie courante chez les enfants de 0 à 4 ans (1,53% avant 2 ans) (Santé Publique France, 2010). A titre de comparaison, l'ingestion de médicaments est à l'origine de 38% des intoxications accidentelles avant 10 ans devant les produits ménagers (22%) et les produits cosmétiques (8%) (Flesch & Blanc-Brisset, 2014).

D'un point de vue strictement épidémiologique, les ingestions accidentelles de cannabis représentent donc une cause d'intoxication relativement peu fréquente. Pourtant, depuis le rapport de l'ANSM, un véritable « cri d'alarme » s'élève-t-il au sein de la communauté scientifique et pédiatrique pour appeler à protéger les enfants face aux dangers du cannabis. Pour le comprendre, il faut considérer l'aspect moral et politique de ce problème sanitaire. Car l'augmentation du nombre d'intoxications pédiatriques au THC s'inscrit dans un débat sociétal et médical de fond sur la pertinence de dépénaliser ou de légaliser l'usage récréatif de cannabis en France (*Le Monde*, 2019).

Dans la perspective d'une éventuelle dépénalisation, plusieurs questions demeurent sans réponse quant aux risques et bénéfices de cette évolution chez des sous-groupes particuliers de la population. Par l'intermédiaire de la consommation de leurs parents, les enfants représentent l'un de ces groupes pour qui il est difficile de savoir précisément les conséquences sanitaires et sociales d'un tel assouplissement législatif. Au sein de la communauté scientifique, certains chercheurs insistent sur les dangers d'une telle évolution législative pour la santé des enfants (Pélessier et al., 2014). Ils s'appuient, pour étayer leurs propos, sur l'augmentation du nombre d'ingestions accidentelles observées aux Etats-Unis dans les états ayant d'ores-et-déjà fait le choix de légaliser le cannabis (Hall & Lynskey, 2016 ; Amirav et al., 2011 ; Wang et al., 2014). Selon eux, l'usage de cannabis en contexte familial représente un danger qui expose l'enfant à des risques multiples : perte de vigilance et d'attention des parents, altération de leurs capacités à prendre de bonnes décisions, à réagir et à garantir la sécurité de l'enfant. Ils dénoncent par conséquent, dans la dépénalisation de son usage, un choix politique contraire à l'impératif moral de protection de l'enfance. Ce discours, porté par une partie du corps médical et de la protection de l'enfance, s'appuie sur un postulat fort : l'usage de cannabis en contexte de parentalité représente un danger certain pour l'enfant, qui ne saurait être toléré.

Sans pour autant nier les risques des usages de cannabis dans l'environnement familial, il nous a semblé opportun, à travers ce mémoire, de questionner ce constat. Puisque l'usage de drogues constitue, selon les termes du sociologue Henri Bergeron, un « *fait social bien établi* » (Bergeron, 2009), quelle analyse peut-on faire, d'un point de vue sociologique, de la consommation de cannabis en situation de parentalité à travers l'étude des ingestions accidentelles de cannabis ?

Pour réaliser ce travail, nous avons souhaité aller à la rencontre de ces parents engagés dans des pratiques de consommation de cannabis. Comme nous le verrons plus tard, il n'a pas été simple d'accéder au terrain car il s'agit d'un phénomène peu visible, ces pratiques étant le plus souvent dissimulées par les parents au regard de leur caractère illégal et des jugements stigmatisants. Nous avons donc mené une étude qualitative auprès d'un échantillon de 5 parents consommateurs quotidiens de cannabis, dont les enfants sont âgés de 0 à 5 ans. Cette étude s'inscrit dans le cadre d'un projet plus large nommé PREVIAC coordonné par le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention du CHU de Bordeaux, ayant pour objectif la construction puis le déploiement d'une campagne départementale de prévention des ingestions accidentelles de cannabis dans les deux ans à venir.

Par cette étude, notre objectif était de produire de nouvelles connaissances pour nourrir la compréhension des usages de cannabis en contexte familial, et orienter, notamment dans le cadre du projet PREVIAC, la construction de messages et d'actions de préventions efficaces et adaptés pour réduire le risque d'intoxication infantile au THC. Nous avons donc recueilli des données qualitatives avec l'intention de répondre aux questions suivantes : comment les parents consommateurs de cannabis intègrent l'arrivée de leur enfant dans leurs pratiques de consommation de cannabis ? Comment s'adaptent-ils pour réussir à concilier usage de cannabis et parentalité ? Quelles stratégies mettent-ils en place pour protéger leurs enfants de ces pratiques, et le cas échéant, comment identifier les situations à risque liées à la consommation de cannabis dans l'environnement familial ? En effet, comprendre les habitudes et les modes de consommation qui structurent les usages de cannabis dans l'environnement familial apparaît indispensable pour prévenir les « dommages collatéraux » que sont, par exemple, les ingestions accidentelles des enfants.

Par ailleurs, nous voulions grâce à cette étude identifier les opportunités et les leviers à mobiliser pour faire de la prévention et de la réduction des risques dans l'environnement familial. En effet, les politiques publiques et les recherches se concentrent majoritairement sur

la question des usages de cannabis des femmes durant la grossesse, la mise en danger du fœtus et les conséquences sur le développement de l'enfant à long-terme ayant été largement décrits dans la littérature (Whittaker, 2013). Pour autant, dans une perspective de prévention et de réduction des risques d'ingestion accidentelle, mieux comprendre la réalité des pratiques de consommation en contexte familial et mieux connaître la population concernée peut être un levier pour déstigmatiser les parents-consommateurs et améliorer l'accompagnement des familles concernées. Et à l'inverse, comprendre comment l'environnement familial et l'entrée dans la parentalité influencent les usages et les modes de consommation apparaît tout aussi important pour développer notre compréhension du problème.

Afin de restituer le fruit de notre recherche, nous présenterons dans une première partie le contexte institutionnel dans lequel est né ce projet, ainsi que le contexte sociopolitique et épidémiologique de notre sujet. Dans un second temps, nous développerons la méthodologie utilisée pour réaliser cette étude, avant de restituer, dans une dernière partie analytique, les résultats de notre étude. Cette dernière partie d'analyse thématique nous permettra notamment de mettre en avant un certain nombre de recommandations pour la construction de la future campagne de prévention des ingestions accidentelles qui sera déployée dans le cadre du projet PREVIAC.

II. PRESENTATION DU CONTEXTE

Dans cette première partie nous présenterons le contexte global dans lequel s'inscrit cette étude. Nous présenterons notamment le contexte professionnel de notre travail à travers la présentation de notre mission de stage et du projet PREVIAC. Nous analyserons par la suite les enjeux politico-légaux et le contexte sociologique relatifs à la consommation de cannabis en contexte familial, avant de présenter, dans une dernière partie, le contexte épidémiologique en lien avec notre sujet. Nous nous intéresserons pour cela à la consommation de cannabis en population générale ainsi qu'à la prévalence des intoxications accidentelles chez les enfants, et les données épidémiologiques propres aux ingestions accidentelles de cannabis.

1. Contexte professionnel de l'étude

a. Le cadre institutionnel

L'étude présentée dans ce mémoire a été effectuée dans le cadre de mon stage de fin d'études au CHU de Bordeaux. Elle a été pilotée et coordonnée par le Service de Soutien Méthodologique et d'Innovation en Prévention (SSMIP) du pôle santé publique. Créé en 2018 par le professeur François ALLA, le SSMIP est un service hospitalier pluridisciplinaire dédié à la prévention intégrant l'Université de Bordeaux, le CHU de Bordeaux, et le Centre Inserm-UB U1219.

Le fonctionnement de ce service s'articule autour de deux missions principales : la première est d'accompagner tous les acteurs de la prévention : institutions, associations, pour leur apporter un soutien méthodologique dans la mise en place des actions de prévention ainsi que dans l'évaluation et la transférabilité des projets. La seconde concerne l'innovation en promotion de la santé et prévention. L'objectif est de parvenir, grâce à la recherche à réinventer la façon de penser et de faire de la prévention dans le but d'améliorer l'efficacité et le rayon d'action des outils de prévention.

C'est dans le cadre de cette deuxième mission que s'inscrit l'étude présentée dans ce mémoire, dont l'objectif est de proposer des actions et des outils de prévention innovants pour répondre à l'augmentation du nombre et à la gravité croissante des intoxications pédiatriques au THC.

b. L'appel à projet

La prévention figure parmi les préoccupations nationales de santé et fait partie intégrante de la stratégie nationale de santé 2018-2022, comme le rappelait Agnès Buzyn en août 2017 : « *C'est en faisant de la prévention et de la promotion de la santé une priorité que la France pourra passer de la situation qu'elle connaît, celle d'un pays avec un très bon système de soins, à ce qui doit être son objectif : devenir un pays ayant un excellent système de santé* »¹. Avec le soutien de l'ARS Nouvelle Aquitaine, le Groupement Hospitalier de Territoire (GHT) Alliance de Gironde, dont fait partie le CHU de Bordeaux, s'efforce de répondre à cette demande en construisant collectivement de nouvelles interventions locales sur des thématiques de prévention : addiction, nutrition, santé environnementale, santé mentale, prévention du suicide et vaccination.

Dans cette perspective, le SSMIP a répondu, en avril 2019, à l'appel à projet lancé par l'ARS Nouvelle Aquitaine pour le « *Fonds de lutte contre les addictions* ». Créé par la loi de financement de la sécurité sociale du 28 décembre 2018 (Articles L221-1 à L221-5, 2018), ce fonds a succédé au fonds de lutte contre le tabac et vise à renforcer les programmes dédiés à la lutte contre le tabac ainsi que les actions de santé publique portant sur les autres addictions, notamment l'alcool et le cannabis.

Sous l'impulsion du service de pédiatrie, qui dénombre entre 10 et 15 hospitalisations annuelles pour cause d'intoxication au THC, et compte tenu du contexte politico-juridique et du débat sur la dépénalisation du cannabis en France, le SSMIP a souhaité répondre à l'appel de l'ARS pour solliciter un financement dans le cadre d'un projet de prévention des ingestions accidentelles de cannabis infantiles en Gironde. Remportant cet appel à projet, le SSMIP a obtenu un financement à hauteur de 16 000€ pour financer l'étude qualitative présentée dans ce mémoire, ainsi que la construction et le déploiement d'une campagne de prévention départementale.

c. Le projet PREVIAC

Le projet PREVIAC² a pour objectif la construction et le déploiement d'une campagne départementale de prévention des ingestions accidentelles de cannabis. Initialement, la finalité

¹ Communication d'Agnès Buzyn, alors Ministre des Solidarités et de la Santé au Conseil des ministres en août 2017.

² PREvention des Ingestions Accidentelle de Cannabis

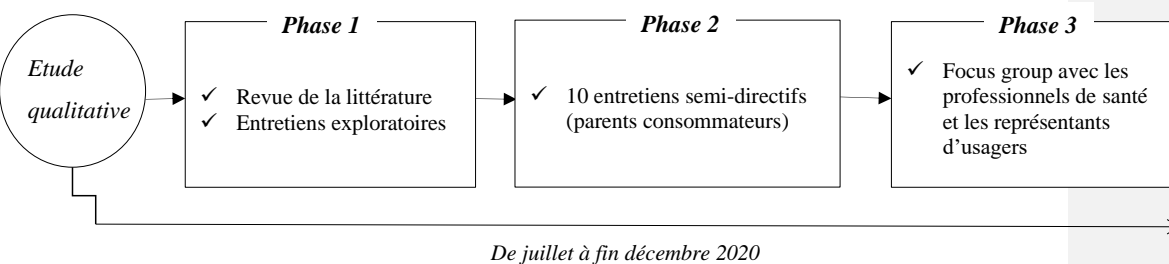
de ce projet devait se limiter à la création d'une campagne de communication. Elle a été repensée pour intégrer une réflexion plus large visant à questionner tant la forme que le contenu du message à adresser, et ainsi s'assurer de l'efficacité et de la praticité des actions de prévention futures. Par conséquent, ce projet se divise en 2 phases.

La première année, un travail de réflexion autour du contenu de la campagne de prévention est prévu : définition des messages de prévention, de leur forme et de leurs moyens de diffusion. La deuxième phase du projet aura lieu courant 2021 et devra permettre la construction et la diffusion de la campagne.

➤ **Focus sur ma mission de stage**

La mission de stage qui m'a été confiée consiste au recueil et à l'analyse des données qualitatives nécessaire à la définition du contenu de la campagne de prévention, et prend la forme d'une étude qualitative auprès de parents consommateurs de cannabis. A l'issue de ce travail, les résultats de l'étude seront présentés en focus group à plusieurs professionnels de santé impliqués dans le suivi de maternité et la prise en charge des addictions, ainsi qu'à des représentants d'utilisateurs. Ces entretiens devront permettre de débattre des solutions de prévention envisagées à partir des résultats de l'enquête qualitative, notamment pour en évaluer la pertinence et la faisabilité « pratique », et le cas échéant, de proposer des améliorations pour promouvoir des outils plus adaptés aux contraintes du terrain.

La figures ci-dessous récapitule le déroulement de l'étude qualitative dont nous présentons les résultats dans ce mémoire.



2. Contextualisation sociopolitique

Pour comprendre et interpréter les résultats de cette étude, il convient de présenter, avant toute chose, le cadre politico-légal dans lequel elle s'inscrit, ainsi que les dimensions sociologiques qui entourent notre sujet. Dans cette partie, nous présentons donc le contexte politique relatif à l'usage de cannabis ainsi que les enjeux sociologiques de cette pratique en lien avec la notion de parentalité. Il nous semble important de lier ces deux dimensions, le cadre politique actuel de répression vis-à-vis des usages de drogue ayant un impact direct sur la stigmatisation des consommateurs et des parents-consommateurs.

a. La répression du consommateur comme cadre politico-légal

A l'occasion des élections américaines du 3 novembre 2020, plusieurs États invitaient leurs électeurs à se prononcer, dans le cadre de scrutins locaux sous forme de référendum, sur un éventuel assouplissement législatif concernant l'usage de stupéfiants, notamment de cannabis. Les électeurs de l'Oregon, État très progressiste du Nord-Ouest, se sont ainsi prononcés pour la décriminalisation de toute possession de stupéfiants, y compris des drogues dites "dures" comme l'héroïne ou de la cocaïne, en faible quantité et destiné à l'usage personnel. L'Arizona, le New Jersey, le Montana et le Dakota du Sud ont quant à eux voté la légalisation du cannabis à usage récréatif, s'ajoutant ainsi aux 11 états l'ayant déjà légalisés parmi lesquels la Californie ou l'état de Washington. De son côté, le Mississippi a profité de ce scrutin pour officiellement autoriser le cannabis à usage médical³, enjoignant le pas à 29 autres états (Fuller, 2020).

En Europe, l'usage de cannabis est régi par des législations très variées. Les conventions internationales de 1961 et 1988 imposent d'incriminer la production, le trafic, la cession et la détention de stupéfiants, tandis que l'incrimination de l'usage n'est prévue par aucune convention internationale. La répression de l'usage de cannabis résulte donc d'un choix politique propre à chaque pays. Ainsi, quinze pays européens ont à ce jour une politique de « tolérance » envers l'usage de cannabis, parmi lesquels l'Allemagne, sept autres pays l'inscrivent comme une infraction administrative, tandis que le Portugal, pionner en la matière,

³ Préciser détails teneur THC

a voté dès 2000 la dépénalisation de la possession (réglementée) et de l'usage de toutes les drogues (Stevens et al., 2016).

La France, à l'instar de six autres pays, interdit l'usage de cannabis dans le cadre d'une politique de pénalisation : l'usage de stupéfiants est passible d'une peine d'un an d'emprisonnement et d'une amende de 3750€ (Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 ; art L3421-1 du Code de la Santé Publique).

A l'inverse d'autres pays comme les Etats-Unis ou le Portugal, la dynamique politique française est d'ailleurs celle d'un renforcement des mesures répressives. Depuis le 1^{er} septembre, le gouvernement français a généralisé le dispositif de l'amende forfaitaire délictuelle (AFD) dans la lutte contre les usages de stupéfiants. D'abord testée durant l'été à Rennes, Reims, Créteil, Lille et Marseille, cette amende peut désormais être appliquée sur l'ensemble du territoire. Selon le Ministre de l'Intérieur Gérard Darmanin, cette évolution législative doit permettre de « *lutter contre les points de vente qui gangrènent les quartiers* », au lendemain d'une période de confinement marquée par de fortes tensions et une montée des violences urbaines dans les quartiers populaires (*Le Monde*, 2020). Concrètement, toute personne majeure identifiée en possession d'un maximum de 50 grammes de cannabis, 5 grammes de cocaïne ou 5 cachets ou grammes de poudre d'ecstasy peut se voir infliger une amende immédiate de 200 euros, ramenée à 150 euros si elle est payée dans les quinze jours et majorée à 450 euros au-delà de quarante-cinq jours (*Le Monde*, 2020). L'AFD s'inscrit dans la continuité de la tradition politique française qui érige la loi comme principal rempart contre des transgressions jugées dangereuses pour l'individu et pour l'ordre public, parmi lesquelles les usages de drogue. Cela explique la culture pénale qui entoure la lutte contre la drogue en France et le rôle prédominant du ministère de l'Intérieur dans ce « *combat* ». Dans un entretien accordé au journal L'Union le 13 septembre, Gérard Darmanin l'affirmait encore, rappelant aux partisans de la dépénalisation que « *la Loi de la République, c'est l'interdiction des drogues* ».

Bien qu'elle s'applique à toutes les drogues, l'AFD cible prioritairement le cannabis et ses usagers, notamment ceux qui en consomment ou en possèdent des petites quantités. En dépit de la clarté des objectifs politiques et sanitaires affichés par le gouvernement, le choix de la stratégie et des moyens employés ne fait pas l'unanimité dans le débat public.

Dès 2018, à la veille de l'examen à l'Assemblée nationale du projet de loi sur l'AFD, plusieurs organisations parmi lesquelles Médecins du Monde, Aides, Asud, ou encore la Fédération

Addiction s'étaient élevées pour dénoncer, à travers la publication d'un livre blanc⁴, les conséquences néfastes de ce projet de réforme sur la santé et les droits des personnes usagères de drogues, déplorant « *l'impasse* » d'une mesure qui privilégie une réponse répressive plutôt que sanitaire (*Le Monde*, 2019). En effet, de nombreuses voix s'élèvent contre la politique gouvernementale actuelle et dénoncent une politique répressive inefficace voire contreproductive en termes de santé publique. Derrière ce constat, la contestation cible plus spécifiquement les arbitrages économiques et financiers qui découlent de ce choix politique. En 2018, on estimait en effet que le coût de la répression du cannabis en France était 10 fois plus élevé que le coût actuel des mesures de prévention et de réduction des risques, avec des montants respectifs de 398,4 millions d'euros consacrés à la répression contre seulement 36,5 millions d'euros alloués à la prévention (Ben Lakhdar & Kopp, 2018). Alors même que la lutte contre le trafic, les réseaux et la délinquance est érigée en priorité absolue par les partisans de la répression, ses détracteurs s'affligent de constater que les premières victimes sont en réalité, selon eux, les consommateurs ; le nombre d'usagers interpellés pour usage simple de cannabis ayant été multiplié par sept en l'espace de vingt ans (*Le Monde*, 2019). Ils dénoncent également un système répressif qui bénéficierait paradoxalement aux réseaux de trafiquants en renforçant leur pouvoir économique du fait de la prohibition. Dans une note de 2016, l'Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) évaluait ainsi le chiffre d'affaires du marché du cannabis en France entre 809 millions et 1 424 millions d'euros, ce qui représenterait la moitié (48 %) du chiffre d'affaires total du marché des drogues illicites en France.

En alternative à cette stratégie répressive que certains médecins, politiques ou acteurs du monde associatifs fustigent, la question autour d'une dépénalisation ou d'une légalisation d'un usage récréatif du cannabis s'est progressivement imposée dans le débat public ces dernières années (*Le Monde*, 2019). Porteuse à la fois d'enjeux publics et collectifs (santé publique, cadre légal) et d'enjeux privés et individuels (mode de vie, respect des libertés), cette question cristallise les débats politiques en matière de prévention et de lutte contre les drogues. A l'image de l'appel lancé en juin 2019 dans le journal « *L'Obs* » par 70 économistes, médecins, politiques pour une légalisation encadrée de la consommation et de la vente de cannabis en France (*L'Obs*, 2019), nombreuses sont les personnalités du monde politique ou médicale qui appellent à un

⁴ Ce Livre blanc est consultable au lien suivant : <https://www.federationaddiction.fr/reforme-de-la-justice-penale-stop-aux-politiques-repressives-en-matiere-de-drogues/>

changement de législation. Elles appellent à l'assouplissement du cadre législatif entourant l'usage de cannabis pour des raisons économiques, d'une part (*Le Monde*, 2019), mais également pour promouvoir le développement des politiques de prévention et de réduction des risques, et notamment un meilleur contrôle des consommations. Pour les partisans de la dépénalisation/légalisation, tous les efforts politiques et économiques engagés pour accroître la répression envers les usagers sont autant d'efforts en moins pour tenter d'accompagner le consommateur vers des pratiques de consommation à moindre risque et prévenir les usages nocifs en donnant aux usagers les moyens, les capacités et les connaissances pour modifier leurs pratiques. En effet, ils contestent une politique répressive qui, à l'image de la généralisation de l'AFD, renforcent la culpabilisation des usagers de drogues, et par conséquent, leur stigmatisation dans la société. En faisant du consommateur un *délinquant*, la loi française marque les consommateurs de cannabis comme étant indésirables, ou tout du moins comme ayant un comportement indésirable dont ils sont jugés pleinement responsables. Le discours légal exprime ainsi une certaine violence sociale et normative à l'égard des consommateurs. Dans le cadre de notre étude, il nous semble important d'explicitier, au-delà du cadre légal et politique, les spécificités du cadre normatif dans lequel s'exercent les pratiques de consommation de cannabis des parents que nous avons interrogés. Il faut noter que ce cadre normatif est lui-même largement déterminé et influencé par le cadre politico-légal répressif que nous avons de présenter.

b. La stigmatisation du consommateur comme contexte sociologique

La question de la stigmatisation des consommateurs est d'autant plus forte, dans le cadre de notre sujet, que nous nous intéressons aux parents consommateurs de cannabis, deux identités sociales fondamentalement antinomiques. Chacune de ces identités s'inscrit dans un cadre normatif spécifique et s'appuie sur des représentations sociales contradictoires voire incompatibles : celle du parent, avec l'injonction sous-jacente d'être un « *bon parent* » (Martin, 2014); et celle d'usager de drogues, ici consommateur de cannabis, qui sous-tend l'idée d'un comportement parental « déviant » ou tout du moins illégal.

Les ingestions accidentelles, en tant qu'accidents domestiques où la santé de l'enfant est mise en péril par la responsabilité des parents, expriment avec force ces tensions normatives qui entourent la consommation de cannabis en contexte de parentalité. En effet, ces situations

interrogent sur la capacité des parents qui consomment du cannabis, que ce soit par choix libre, ou à l'inverse par dépendance et absence de liberté, d'investir leur rôle de parents autant que la société, la morale et la loi le voudraient. Bien qu'elles soient peu fréquentes, leur existence implique, indirectement, que la consommation de cannabis en contexte familial représente un risque d'atteinte potentielle à la sécurité de l'enfant. Exacerbées par le caractère illégal de cette pratique, les représentations normatives dominantes identifient cette pratique comme un comportement déviant. En contexte parental, consommer du cannabis est associé à l'identité de « *mauvais parent* », ou de parent irresponsable en raison de la contradiction entre ce comportement et les normes dominantes de la parentalité (Monge, 2020).

A cet égard, le traitement judiciaire réservé aux situations d'intoxication accidentelle au THC est révélateur. En effet, s'il n'existe aucune loi explicite concernant la conduite médico-légale à suivre en cas d'ingestion accidentelle de cannabis, la littérature sur le sujet recommande d'effectuer un signalement auprès des services sociaux compétents en cas de bilan toxicologique positif au THC chez un enfant (Pélissier et al., 2014 ; Appelboam & Oades, 2006).

Au même titre que les intoxications par ingestion accidentelle de médicaments ou de produits ménagers, il est certain que l'intoxication d'un enfant au THC peut être le signe, dans certains cas, d'un défaut de vigilance ou même une preuve de négligence des parents. Cependant, en cas d'ingestion accidentelle de cannabis, le risque concernant la responsabilité légale des parents est majoré du fait de l'illégalité de consommer et de détenir du cannabis chez soi. Par conséquent, puisque loi et moral répriment leur pratique, les parents consommateurs de cannabis sont soumis à un degré de culpabilisation et de stigmatisation important. Cela résulte d'une part de l'illégalité et de la réprobation morale qui entourent leur consommation, et d'autre part des responsabilités légales et des attentes sociales propres à leur statut de parent.

Le conflit entre ces deux identités et la prescription des normes sociales propres à chacune de ces identités est un élément clé pour comprendre le phénomène de stigmatisation qui touche les parents consommateurs de cannabis.

Dans son essai *Stigmaté : les usages sociaux des handicaps* (Goffman, 1975), Erving Goffman décrit avec précision ces processus de stigmatisation en lien avec l'usage de drogues. Pour Goffman, le « *stigmaté* » résulte de l'écart entre l'identité d'un individu (par exemple celle de parent), son comportement (par exemple consommer du cannabis) et les attentes normatives

des autres et de la société à propos de cette identité (ne pas consommer de drogues, respecter la loi). C'est cette dissonance entre un comportement donné (la consommation de cannabis) et les normes sociales propres à l'identité d'un individu (celle du parent responsable qui protège son enfant) qui provoque le caractère stigmatisant. Puisqu'il ne répond pas aux normes sociales dominantes, le comportement de l'individu est jugé « *discréditable* » socialement.

C'est un processus que l'on retrouve chez les parents consommateurs de marijuana, indépendamment de leur niveau de consommation, du contexte dans lequel ils choisissent de consommer, ou des précautions qu'ils peuvent prendre pour veiller à ne pas mettre leur enfant en danger. Car la condamnation de leur comportement par la société résulte avant tout d'un jugement moral et du découpage, dans les représentations, entre des comportements acceptables et inacceptables, bons et mauvais, et de ce qu'il est préférable de faire ou ne pas faire (Monge, 2020).

A travers ce jugement moral associé à l'usage de cannabis en contexte familial, on retrouve la notion de déviance telle que définie par Howard S. Becker dans son ouvrage *Oustiders* (Becker, 1985). En effet, les comportements déviants sont ceux qui transgressent des normes acceptées par un groupe social ou une institution. Cela comprend donc les actes illégaux sanctionnés par le système juridico-policié comme la consommation de marijuana, mais également les actes sujets à la réprobation morale, comme le fait de consommer en tant de parent. Comme le précise Becker, la compréhension de la déviance ne se limite pas à la compréhension d'un comportement donné. C'est bien l'établissement de certaines normes comme normes dominantes qui contribue et participe à l'existence d'un comportement déviant tout autant que le comportement lui-même. Dans un cadre normatif et sociétal qui érige l'autonomie et la responsabilité individuelle en valeurs dominantes (Ehrenberg, 1998), associé au cadre politico-légal actuel de répression des usages de drogues, on comprend sans difficulté que la consommation de cannabis en contexte de parentalité soit jugée déviante et stigmatisée par la société.

Face à ce constat, une partie de notre travail consistera à évaluer l'impact de ce cadre sociopolitique sur notre capacité, en tant qu'acteur de prévention, à développer des actions de prévention et de réduction des risques auprès des parents usagers de drogues.

3. Contexte épidémiologique

Dans la partie qui suit, nous présentons le contexte épidémiologique en lien avec notre sujet. Pour cela, nous aborderons notamment les enjeux de santé publique relatifs à la consommation de cannabis en population générale, mais également les données épidémiologiques propres aux intoxications accidentelles chez l'enfant avec une attention particulière portée à la prévalence des ingestions accidentelles de cannabis.

a. Consommation et usages de cannabis en France

Le cannabis, ses usages et ses effets sur la santé

La plante de cannabis, *cannabis sativa*, est connue et cultivée depuis longtemps par l'homme tant pour son intérêt médicinal que pour ses propriétés psychoactives. Elle se présente principalement sous 3 formes : l'herbe (ou « marijuana »), la résine (ou « haschisch »), et l'huile (obtenue par extraction de la résine), dont la consommation reste plutôt marginale en France (Giroud et al., 2008). Le cannabis peut également être incorporé dans des préparations alimentaires pour être ingéré sous forme de « space-cake » ou bu en infusions (Le Nézet, 2013).

Ses effets psychotropes sont essentiellement dus aux cannabinoïdes qu'il contient, dont le principal actif est le D9- THC (delta-9-tétrahydrocannabinol). Ils se font ressentir en 15 à 20 minutes après l'inhalation et environ 4 h après l'ingestion, et peuvent persister plusieurs heures, notamment en cas de consommation importante. Des troubles de la mémoire et de l'attention peuvent se manifester, ainsi qu'une altération des capacités cognitives et des fonctions psychomotrices qui se traduit par un allongement du temps de réaction, à l'origine de la plupart des accidents de la circulation imputables au cannabis. En effet, on estime que la consommation de cannabis multiplie par 1,8 fois le risque d'être responsables d'un accident mortel en consommation simple et par 14 en cas de consommation associée à l'alcool, dont le cannabis potentialise les effets (OFDT, 2020). Selon l'état psychologique du consommateur, la quantité ou la qualité du produit, le THC présente également un risque de « *bad-trip* » pour le consommateur et peut alors donner lieu à la manifestation de troubles psychotiques et anxieux : crises de panique ; sentiment de persécution, syndrome de dépersonnalisation, et dans de rares cas, des hallucinations visuelles. Comme nous l'évoquions en introduction, une consommation soutenue, régulière et prolongée peut entraîner un syndrome amotivationnel, notamment à l'adolescence, qui s'exprime par un désintérêt pour les activités habituelles, une

fatigue physique et intellectuelle, et des difficultés de concentration et de mémorisation (Giroud et al., 2008). A cela s'ajoute un risque de dépendance psychique susceptible d'entraîner des problèmes relationnels, scolaires et professionnels. Par ailleurs, des études ont montré que l'usage régulier de cannabis peut aggraver certains troubles psychiatriques (augmentation du risque suicidaire, des troubles de l'humeur et anxieux), ou favoriser l'apparition de troubles psychiatriques préexistants, notamment des troubles schizophréniques (Dr William Lewenstein, 2017).

Niveaux de consommation et prévalence

Malgré les risques liés à sa consommation, le cannabis est la cinquième substance psychoactive la plus couramment consommée derrière l'alcool, le tabac, la caféine et les médicaments psychotropes (OEDT, 2019). Elle est aussi et surtout la drogue illicite la plus consommée dans le monde avec 192 millions de consommateurs en 2019 (ONU, 2020).

En octobre 2020, l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) dévoilait les résultats de son étude *Cannabis Online*, visant à mesurer l'impact de la crise sanitaire et du confinement sur la consommation de cannabis au sein de la population française. Les résultats sont éloquentes : Plus d'un quart des usagers hebdomadaires (27%) et près d'un usager mensuel sur dix (8%) déclarent être passés à un usage quotidien pendant le confinement. Les auteurs de cette étude dressent le constat suivant : « *Au total, la part des usagers quotidiens a progressé de 11 points, passant de 20 % à 31 %* » (Nguyen-Thanh & Latour, 2020). Même si nous n'avons pas encore le recul nécessaire pour savoir si ces évolutions des pratiques induites par le confinement se confirmeront dans la durée, ce chiffre illustre l'importante diffusion du cannabis parmi la population française.

En effet, en dépit des efforts et des ressources engagés en faveur d'une politique éminemment répressive, la France compte en 2020 900 000 usagers quotidiens de cannabis (11-75 ans), 5 millions d'usagers occasionnels (qui en consomment au moins une fois dans l'année), et 1,5 millions d'usagers réguliers (au moins 10 fois par mois) (Morel d'Arleux et al., 2019). Au-delà de ce constat quantitatif, la consommation de cannabis se distingue de celles de la plupart des autres produits illicites sur deux points. Tout d'abord, sa consommation est marquée par une très grande diffusion dans tous les milieux sociaux sans exception (OFDT, 2020). Deuxièmement, elle débute très tôt, dès l'adolescence, et sa prévalence chez les jeunes n'a pas

de comparaison. Parmi toutes les caractéristiques sociodémographiques, l'âge demeure en effet la principale variable pour distinguer les populations concernées par l'usage de cannabis. Le niveau de consommation est ainsi particulièrement élevé chez les 15 et 25 ans. L'âge moyen de l'expérimentation est à 15,3 ans et 40% des adolescents déclarent avoir déjà expérimenté le cannabis à l'âge de 17 ans, et 21% déclarent en consommer au moins une fois par mois (Spilka et al., 2018). Il faut noter que les utilisateurs les plus réguliers sont les garçons (9,7 %, contre 4,5 % pour les adolescentes). Même s'il on observe une diminution régulière de la consommation de cannabis chez les jeunes ces dernières années, l'on estime que pas moins de 60 000 jeunes de 17 ans ou moins présentent toujours un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance au cannabis (Spilka et al., 2019). Cette donnée justifie notamment la priorité établie dans le plan national de lutte contre les addictions 2018-2022 de protéger les adolescents face au cannabis (Mildeca, 2018).

A la différence d'autres drogues illicites, le cannabis est perçu par les usagers comme une drogue « douce », peu nocive, naturelle, pouvant même avoir des effets thérapeutiques (Dany & Apostolidis, 2002). Cela explique en partie son importante diffusion et la banalisation de son usage chez les jeunes. Le cannabis bénéficie en effet de représentations favorables chez les jeunes, comme si l'avancée des représentations négatives du tabac contribuait en parallèle à la normalisation du cannabis (Obradovic, 2017). A titre de comparaison, l'usage d'autres substances comme les stimulants (cocaïne, amphétamines, ecstasy) ou les hallucinogènes (LSD, champignons) est beaucoup plus restreint puisque seulement 8% des lycéens déclarent avoir déjà expérimenté au moins l'une de ces substances (contre 40% pour le cannabis). Ce constat illustre bien l'impact, en termes de consommation, des représentations favorables associées au cannabis (Le Monde, 2019 ; Spilka et al., 2018 ; Obradovic, 2017).

Consommation de cannabis et parentalité

Par ailleurs, une donnée intéressante à relever dans le cadre de notre sujet est que l'on estime qu'entre 3 et 10 % des femmes enceintes consomment du cannabis durant leur grossesse (Simmat-Durand, 2009). Un pic dans la proportion d'expérimentateurs de cannabis est également observé entre 26 et 34 ans pour les hommes comme pour les femmes (Redonnet et al., 2012), un âge propice à la parentalité. Au-delà de l'expérimentation, les consommateurs réguliers sont également surreprésentés dans cette tranche d'âge puisqu'ils représentent 21%

des 15-34 ans contre 11% pour les 11-64 ans (*Le Monde*, 2019). Selon l'Insee⁵, l'âge médian d'entrée dans la parentalité se situe autour de 30 ans (28,2 ans pour les femmes et 31,5 ans pour les hommes) (Insee, 2016). Pour mettre cette donnée en perspective, nous pouvons la croiser avec les données épidémiologiques recueillies auprès de l'ANPAA Gironde. En effet, en 2019, 16% de la file active de l'ANPAA consultait avec pour un usage problématique de cannabis (comme motif principal de consultation - d'autres substances pouvant être associées par ailleurs). Parmi ces patients, 70,6% avaient entre 18 et 39 ans (23% entre 30 et 39 ans). Par ailleurs, 8% de la file active étaient constituée de patients consultants pour un autre motif principal (alcool, tabac, etc.), mais déclarant également consommer également du cannabis en produit secondaire. Parmi cette population, 40% d'entre eux avaient entre 30 et 39 ans. Ce constat confirme que, d'un point de vue épidémiologique, les niveaux d'expérimentation et de consommation régulière de cannabis les plus élevés se concentrent principalement sur les tranches d'âge qui correspondent à celle de l'entrée dans la parentalité (une représentation graphique est disponible en annexe).

En conclusion, l'étude de la consommation de cannabis parmi la population française est un élément contextuel important pour comprendre les enjeux sanitaires autour des ingestions accidentelles de cannabis. Néanmoins, pour définir avec plus de précision les contours de notre sujet, il convient de s'intéresser également à la prévalence ainsi qu'aux facteurs explicatifs des intoxications accidentelles en population infantile.

b. Les intoxications accidentelles chez l'enfant

Les intoxications constituent la seconde cause d'accidents de la vie courante chez l'enfant après les traumatismes et devant les brûlures (Bourrillon et al., 2014). Elles surviennent par l'ingestion, l'inhalation ou le contact cutané, le plus souvent accidentel, de produits potentiellement toxiques pour l'organisme (médicaments, produits ménagers, produits d'entretien, végétaux). L'intoxication est consécutive à l'exposition mais ces deux notions doivent être distinguées, en ce sens que l'exposition à un toxique, qui correspond à un contact oral, cutané ou respiratoire avec une substance, n'induit pas nécessairement l'intoxication de

⁵ Institut national de la statistique et des études économiques

l'enfant (Bismuth et al., 1987). Cela dépendra principalement de la toxicité du produit, de la durée de l'exposition et de la quantité de produit ingéré ou inhalé.

Aux Etats-Unis, 37,7% des intoxications concernent les enfants de moins de 3 ans, et environ la moitié (50,5%) concernent les enfants de moins de 6 ans (Pélissier et al., 2014). En France, comme nous l'évoquions en introduction, 20 000 à 25 000 cas d'intoxications sont rapportés chaque année dans la tranche d'âge 0–16 ans, avec un pic de fréquence entre les âges de 1 à 5 ans (Claudet, 2016). La prévalence des intoxications est 12 fois plus élevée pour cette tranche d'âge (1 à 5 ans) que pour le reste de la population. L'incidence accrue des intoxications accidentelles chez les enfants s'explique notamment par un défaut de perception du risque qui conduit l'enfant à l'ingestion spontanée d'un produit toxique laissé malencontreusement à sa portée (Claudet, 2016). De 1 à 3 ans, ce risque augmente puisque l'enfant est tenté de porter à la bouche tout nouvel objet croisé, et capable, avec l'acquisition de la marche, de multiplier les rencontres avec différents produits de son environnement (Flesch & Blanc-Brisset, 2014 ; Spadari et al., 2009). C'est le cas notamment avec les ingestions accidentelles de produits ménagers, le plus souvent liées à un rangement inadéquat, à la non-fermeture de certains conditionnements, ou au déconditionnement des produits dans des bouteilles d'eau, de soda ou des récipients à usage alimentaire (Claudet, 2016). La mortalité causée par ces intoxications est cependant très faible (0,003% avant l'âge de 6 ans), ce qui représente entre 10 et 12 décès par an, essentiellement dans la tranche d'âge des 1 à 4 ans.

Pour limiter l'incidence de ces accidents domestiques, plusieurs mesures préventives ont été mises en place ces dernières années. De nombreuses campagnes de sensibilisation ont ainsi été créées par les instances sanitaires pour renforcer la vigilance des parents face aux risques d'intoxication des enfants aux produits ménagers, à l'image de la campagne lancée par l'INPES⁶ en 2006 (un extrait de cette campagne est disponible en annexe). Les industriels se sont également saisi du problème pour participer à l'effort de prévention, à l'image de la campagne «*Keep Caps From Kids*» (Tenez les capsules de lessives hors de portée des enfants), déployée à l'échelle européenne en 2017⁷. Plus récemment, en réponse à la décision de confinement général de la population suite à l'épidémie de Covid-19, l'association française des industries de la détergence, de l'entretien et des produits d'hygiène industrielle (Afise) publiait en mars 2020 une tribune pour appeler à la vigilance contre le risque d'accidents

⁶ Institut national de prévention et d'éducation pour la santé

⁷ <http://www.keepcapsfromkids.eu/>

domestiques des enfants durant le confinement, rappelant à chacun de stocker les produits ménagers et notamment les capsules de lessives et autres produits désinfectants hors de portée des enfants (Afise, 2020). En parallèle de ces efforts de sensibilisation, le conditionnement des produits ménagers a également été amélioré, avec la généralisation des bouchons de sécurité, et certains médicaments font désormais l'objet d'un étiquetage spécifique ou d'une contre-indication de prescription chez le nourrisson ou chez l'enfant (Claudet, 2016).

Pour autant, on observe aujourd'hui une hausse inquiétante des intoxications causées par la mise sur le marché de nouveaux produits (liquide de recharge de e-cigarette), et par l'ingestion accidentelle de produits illicites. D'après le premier rapport de toxicovigilance réalisé par l'ANSM en 2015, ces intoxications concernent dans 87% des cas une ingestion de cannabis, 8% pour l'ecstasy ou la MDMA, et 5% pour la cocaïne (ANSM, 2015 ; Miramont et al., 2013). Certes les intoxications causées par des substances illicites comme le cannabis restent marginales (moins de 1% des intoxications des enfants de moins de 6), mais leur multiplication ces dernières années est alarmante (Hall & Lynskey, 2016).

En effet, l'élargissement progressif de la typologie des intoxications accidentelles inquiète les institutions gouvernementales et sanitaires. Ce problème inquiète d'autant plus que, comme nous l'avons montré précédemment, le niveau de consommation de cannabis en France est élevé, notamment au sein de la population en âge d'être parent, ce qui implique un risque de voir les intoxications par ingestion accidentelle de cannabis augmenter dans les années à venir.

c. Les ingestions accidentelles de cannabis en population infantile

Conséquence indirecte de la consommation de cannabis, le nombre d'intoxications accidentelles au THC est en augmentation ces dernières années. Comme pour les intoxications aux produits ménagers, ces intoxications concernent principalement les enfants de moins de 6 ans, avec un pic entre 2 et 3 ans (Isabelle Claudet, Mouvier, et al., 2017). Elles surviennent majoritairement au domicile familial, lorsqu'une boulette de résine ou une barrette est laissée à un endroit accessible et que l'enfant l'ingère tout ou en partie, ou par l'ingestion de space-cake, de pâtisseries ou de confiseries réalisées à base de cannabis (Boros et al., 1996).

Si des cas isolés ont été rapportés chez l'enfant, en particulier chez le nourrisson, dès les années 1980 (Weinberg et al., 1983), le nombre de signalements a considérablement augmenté ces 20 dernières années.

Dans une étude publiée en 2009, le centre antipoison de Marseille signalait 93 intoxications pédiatriques au THC entre 1993 et 2007, dont 60 sur la période 2000-2007 (Spadari et al., 2009). Dans 86% des cas, les enfants intoxiqués avaient moins de 3 ans. Cette étude alertait les professionnels de santé de l'inquiétante corrélation entre l'évolution de la fréquence d'usage du cannabis en France et l'augmentation du nombre d'ingestion accidentelle de cannabis sur la même période. Cette corrélation était flagrante pour la tranche d'âge des 18-44 ans, la plus concernée par la parentalité, dont la part d'individus ayant déjà consommé du cannabis a doublé entre 1992 et 2005 (Spadari et al., 2009). Dans la continuité de cette étude, le C.H.U de Toulouse a également reporté une très forte hausse de ces intoxications au sein de son service pédiatrie dans une étude menée entre 2004 et 2014 (Claudet, Le Breton, et al., 2017). Plusieurs études internationales ont permis de confirmer qu'il s'agissait d'une tendance globale (Boadu et al., 2018 ; Wang et al., 2014).

Pour approfondir ces résultats, deux enquêtes épidémiologiques ont été réalisées par le réseau national des centres d'addictovigilance de l'ANSM, rapportant une hausse constante des cas entre 2010 et 2018, et dont nous avons détaillés les résultats en introduction (ANSM, 2015 ; ANSM, 2018).

En parallèle de l'augmentation du nombre de cas, l'ANSM dresse le constat d'une aggravation assez marquée de la sévérité de ces intoxications. Pour rappel, le nombre de cas graves avec mise en jeu du pronostic vital, a été multiplié par 5 entre 2014 et 2017 (ANSM, 2018). On estime qu'un enfant sur quatre consultants pour ingestion de cannabis nécessite une prise en charge en réanimation pour soutien respiratoire (Claudet et al., 2020). La gravité croissante de ces intoxications s'explique par la concentration en THC bien plus élevée qu'auparavant des produits circulants parmi la population, notamment celle de la résine qui a triplé en moins de 15 ans (Glaizal et al., 2016), et doublé depuis 2011, passant de 12% à 25% en 2016 (Claudet et al., 2020). Cela est dû notamment à l'apparition de nouvelles méthodes de culture et de nouveaux produits de synthèse permettant d'obtenir des variétés de cannabis à haute teneur en THC, expliquant l'augmentation de la circulation de résines fortement dosées (> 15 %) et à la baisse concomitante de la circulation des résines faiblement dosées (< 2 %), une évolution dont

les enfants sont les victimes collatérales lorsqu'ils ingèrent accidentellement de la résine ou des boulettes de cannabis.

Le tableau ci-dessous atteste de cette corrélation entre l'augmentation de la teneur en THC et la gravité croissante des intoxications pédiatriques

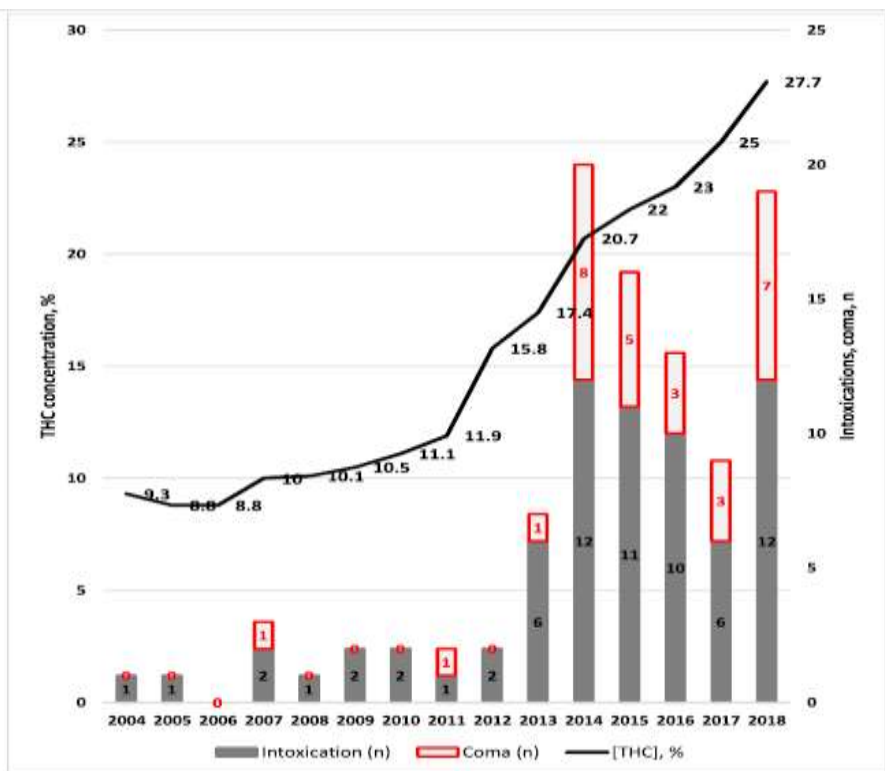


Figure 1 - (Claudet, 2020)

Les symptômes cliniques de l'intoxication au THC, qui apparaissent dans les 30 à 90 minutes après l'ingestion sont essentiellement neurologiques : somnolence précédée d'agitation ou alternance des deux ; confusion, hypotonie, ataxie, tremblements, tachycardie pouvant alterner avec des épisodes de bradycardie, hypotension, dépression respiratoire, mydriase modérée, hyperhémie conjonctivale, hypothermie (Claudet, 2016 ; Spadari et al., 2009).

Bien qu'elles soient le plus souvent bénignes avec une amélioration de l'état clinique en moins de 24 heures (Patisier et al., 2015), cette évolution n'est pas systématique et dépend fortement de la dose ingérée et de la teneur en THC. Dans les cas les plus graves, des complications plus sévères peuvent se manifester (dépression respiratoire, convulsions, coma profond) (Boros et al., 1996) (Cesbron et al., 2016). Un cas de coma prolongé (plus de 48h) a notamment été rapporté dans la littérature (Carstairs et al., 2010).

D'après les cas décrits dans la littérature, les ingestions surviennent dans des contextes très divers. Il peut aussi bien s'agir d'une consommation occasionnelle lors d'une fête entre amis, que d'une consommation quotidienne avec dépendance, parfois associés à des situations sociales difficiles (Pélissier et al., 2014).

Quoi qu'il en soit, la prévalence des ingestions accidentelles pourrait être amenée à augmenter en cas de dépénalisation ou de légalisation du cannabis en France, comme cela a pu être constaté dans d'autres pays (Boadu et al., 2018 ; Wang et al., 2014). Dans un tel scénario, il faut s'attendre à une majoration du risque d'ingestion accidentelle pour les enfants (Amirav et al., 2011). Par conséquent, la question se pose quant aux actions de prévention à développer pour enrayer cette augmentation et anticiper une éventuelle dépénalisation. Avant d'effectuer les entretiens avec les parents, nous avons souhaité faire un rapide état des lieux des recommandations et des actions de prévention en matière d'ingestion accidentelle de cannabis.

d. Etat des lieux de la prévention des ingestions accidentelles de cannabis

Les recommandations dans la littérature sur le sujet sont souvent très limitées. Elles consistent, en prévention primaire, à de l'information aux jeunes parents sans en préciser la forme. Les addictions n'étant pas systématiquement dépistées parmi les couples en attente d'un enfant ou chez les femmes enceintes, il semble peu probable que la mise en place d'actions de prévention liée au cannabis soit systématique. Comme nous l'avons montré, la littérature recommande également, en guise de prévention tertiaire, le signalement de ces situations auprès des autorités sociales compétentes pour éviter d'éventuelles récidives (Pélissier et al., 2014). Toutefois, il ne s'agit pas de prévention à proprement parler, mais plutôt de protection judiciaire des enfants. Aussi, au regard de la méconnaissance des risques liés aux ingestions accidentelles, il est essentiel de mieux informer la population française et conduire des actions de

communication ciblées à destination des jeunes parents consommateurs de cannabis. C'est par exemple à cet objectif que répond la nouvelle campagne de sensibilisation numérique lancée par l'ARS Guadeloupe en juin 2020, pour alerter les parents des risques liés aux ingestions accidentelles de cannabis (extrait de la campagne disponible en annexe), (ARS Guadeloupe, 2020). Dans une dynamique similaire, la Mildeca a lancé le 23 septembre 2020 une campagne de sensibilisation, diffusée sur tous ses réseaux sociaux (Facebook, Instagram, Twitter, LinkedIn) constituée de messages courts pour informer les adolescents, jeunes adultes, parents, usagers occasionnels ou réguliers, des risques liés à la consommation de cannabis. Parmi les 20 messages proposés, 2 sont consacrés aux risques du cannabis dans l'environnement familial. Le premier alerte sur les effets délétères et les conséquences néfastes d'une consommation de cannabis durant la grossesse, le second alerte sur le risque d'inhalation passive de la fumée et d'ingestion accidentelle de cannabis par les enfants (extrait également disponible en annexe). Toutefois, il est nécessaire de porter un regard critique sur la pertinence et l'efficacité de telles campagnes. En effet, le contenu du message se limite à informer de l'existence d'un risque d'ingestion accidentelle, sans préciser ni les facteurs de risques, ni les moyens de prévenir leur survenue.

Il apparaît donc nécessaire de compléter les mesures d'information et de sensibilisation en développant des outils de réduction des risques. Ce travail nécessite de mobiliser les professionnels de santé appelés à prendre en charge ce type d'accident, ou à intervenir auprès des parents durant la grossesse. Il faut également impliquer les parents dans le processus de construction des outils et des actions à développer afin que ceux-ci soient adaptés et applicables. En effet, développer des actions de prévention efficaces ne sera possible qu'en analysant les causes, multifactorielles, qui expliquent l'existence de ces situations à risque. Il faut pour cela comprendre les habitudes de consommation des parents dans l'environnement familial et les contextes dans lesquels ils consomment, et interroger, par exemple, le rôle des poly-consommations.

C'est pour tenir compte de ces exigences que notre démarche, à travers l'approche qualitative, vise à intégrer les parents dans un travail de co-construction des actions préventive. La partie qui suit présente la méthodologie déployée en ce sens.

III. METHODOLOGIE

« Ce qui est souhaitable avant de décider de lancer tel ou tel type d'enquête, c'est de savoir quels sont les objectifs. [...] Le critère du bon choix, pour nous, est la cohérence entre les deux niveaux, celui de la vision théorique et celui de la méthode de recueil des données », Howard Becker (Becker, 1985).

Le choix d'une recherche n'est jamais neutre mais répond à des objectifs spécifiques. Dans cette partie, nous présenterons donc notre méthodologie de recherche mais nous veillerons également à justifier ce choix et à en expliciter les raisons.

1. La revue de littérature

Nous avons effectué une revue de la littérature en amont des entretiens qualitatifs et de la constitution du guide d'entretien. Cette revue s'est concentrée sur les ingestions accidentelles de cannabis et les études/articles scientifiques déjà publiés sur ce sujet. Nous avons également cherché à inclure les études portant sur les intoxications domestiques chez l'enfant dans leur ensemble (produits ménagers, médicaments, substances psychoactives) ainsi que les rapports épidémiologiques les plus récentes concernant la consommation de cannabis en France. Une recherche par mots clés a été lancée sur PubMed et Scopus pour identifier les études épidémiologiques en lien avec notre sujet⁸. Une revue des théories en sciences sociales et des études sociologiques relatives aux thématiques de la déviance, des conduites addictives et de la parentalité a également été conduite (principalement via Cairn). Enfin, nous avons menée en parallèle de ce travail une veille documentaire et médiatique pour intégrer à nos recherches les dernières actualités sur les ingestions accidentelles de cannabis et les évolutions législatives relatives à la production, la consommation et la distribution de cannabis en France.

⁸ Nous avons retenu les termes « ingestions accidentelles » ; « intoxications accidentelles » et « unintentional intoxication » ; « unintentional poisoning » pour la recherche en anglais, que nous avons ensuite combinés aux différentes appellations couramment utilisées pour évoquer le cannabis (marijuana, THC, shit, résine, boulette de cannabis, weed etc.).

2. Les entretiens exploratoires auprès de professionnels et de chercheurs

Pour compléter ce travail, nous avons mené cinq entretiens exploratoires auprès de certains professionnels de santé ou chercheurs identifiés comme jouant un rôle clé dans la compréhension et l'étude récente des ingestions accidentelles de cannabis. Nous nous sommes notamment entretenus avec Nicolas Franchitto, Responsable du centre anti poison et chef de service en addictologie au CHU de Toulouse, auteur de plusieurs articles pionniers sur les ingestions accidentelles de cannabis ; Julia Monge, sociologue à l'EHESS (Ecole des hautes études en sciences sociales) et auteure d'une thèse intitulée « *Les consommations de substances illicites entre parents et enfants - Carrière d'usage, carrière parentale et tension normative* », et Brigitte Dalet, Directrice du DAPSA (Dispositif d'appui à la périnatalité et aux soins ambulatoires), dont la mission est de favoriser l'accès et la continuité des soins pour les familles en situation précaire, de la période prénatale aux trois ans de l'enfant. Deux autres entretiens informels ont été menés auprès de l'ANPAA (Association nationale de prévention en alcoologie et en addictologie) et du CEID (Centre d'étude et d'information sur les drogues) de Bordeaux. Ces entretiens ont été effectués par téléphone ou dans les locaux des associations concernées. Ces entretiens ont été très bien acceptés par les participants sollicités et nous ont permis d'interroger la démarche scientifique des chercheurs, la genèse de leur questionnement et les enjeux spécifiques qu'ils ont pu identifier dans leurs travaux, autant d'éléments valorisables pour approfondir notre recherche documentaire.

3. Entretiens avec les parents-consommateurs

a. Construction du guide d'entretien

Pour faciliter la bonne conduite des entretiens, nous avons élaboré un guide d'entretien autour de 5 thématiques identifiées lors de la revue de littérature et des entretiens exploratoires (le guide d'entretien est disponible en annexe). L'ordre de ces thématiques a été pensé de manière à favoriser la mise en confiance des enquêtés et libérer la parole autant que possible. Les thématiques suivantes ont été retenues : 1) présentation de l'enquêté, 2) consommation de cannabis, 3) représentations du cannabis, 4) parentalité et perception du risque, 5) approche motivationnelle et co-construction d'actions préventives.

Chacune de ces thématiques comprend plusieurs questions, volontairement très ouvertes afin de faciliter le dialogue, ainsi que des questions de relance dans le cas où certains points devaient d'être précisés. Nous avons veillé à utiliser un langage adapté à nos interlocuteurs. En ce sens, nous nous sommes efforcés de prendre nos distances avec les termes médicaux standards et privilégier des formulations du langage courant, ou correspondant davantage aux codes culturels des usagers de drogues. Nous avons par exemple choisi de parler de « produits » plutôt que de « substances psychoactives ». Les termes ont également été choisis afin de maintenir une posture de neutralité vis-à-vis de la consommation des enquêtés, dénouée de tout jugement moral. Pour garantir la fluidité des échanges, nous avons également mobilisé des méthodes d'écoute active empruntées à l'entretien motivationnel, en nous efforçant de reformuler les réponses de nos interlocuteurs pour leur permettre, d'une part de valider ou d'invalider notre interprétation de leurs propos, et d'autre part de rebondir sur les informations communiquées le cas échéant.

Le guide d'entretien a été testé lors d'un exercice de simulation d'entretien effectué avec 2 chargés de projet du CHU, sélectionnés pour leur expérience auprès des usagers de drogues, notamment de cannabis. Ils ont accepté de jouer le rôle fictif de parents-consommateurs pour que nous puissions repérer d'éventuels défauts dans le guide et effectuer les améliorations nécessaires en préambule des entretiens avec les parents.

b. Le recrutement des participants

Les critères d'inclusion

Pour effectuer la sélection des participants, nous avons retenu les critères d'inclusion suivants :

- Parents (célibataire ou en couple) d'un ou de plusieurs enfants en bas-âge (moins de 5 ans) / ou dans l'attente d'un enfant (grossesse confirmée)
- Consommateurs de produit à base de THC avec un usage régulier (au moins 10 fois au cours du dernier mois) ou quotidien (au moins une fois par jour).
- Qui détiennent et stockent des produits à base de THC chez soi.

Nous avons fait le choix d'exclure les consommateurs occasionnels de cannabis. Bien que ce public soit également à risque concernant les ingestions accidentelles des enfants, nous avons émis l'hypothèse qu'il serait moins pertinent de les inclure en raison de la moindre fréquence des situations à risque et un rapport différent au produit.

Procédure et méthode de recrutement des participants

Pour cette étude, nous avons défini notre méthodologie de recrutement des participants selon la procédure recommandée par le CHU et telle que détaillée dans le protocole de recherche. Celle-ci consistait à mobiliser en priorité les réseaux institutionnels internes au CHU dont la patientèle répond, tout du moins en partie, à nos critères d'inclusion. Nous avons donc ciblé les professionnels qui travaillent au contact des jeunes parents ou auprès des usagers de drogues. Nous avons ainsi sollicité le Réseau Périnatalité de Nouvelle Aquitaine (RPNA) ; la Protection Maternelle et Infantile (PMI) ; l'unité médicale « Soins suite de couches » de la maternité, et l'Equipe Mobile Addiction et Parentalité (EMAP) du centre hospitalier Charles Perrens, spécialisé dans les soins psychiatriques et d'addictologie.

Nous avons rencontré chacune de ces unités et leurs représentants afin de leur présenter le projet, d'exprimer notre besoin concernant la recherche de participants, et de discuter d'une éventuelle participation de ces acteurs aux focus group prévus à l'issue de l'étude qualitative. Nous avons rédigé une synthèse de projet (disponible en annexe) présentant le contexte et notre méthode de recherche, et qui a été remise à chaque acteur rencontrés. Nous avons également produit un flyer (également disponible en annexe) afin de faciliter le recrutement des participants. Ce flyer a été transmis à chaque rencontre pour qu'il puisse être diffusé en format papier ou par mail aux professionnels ainsi qu'aux patients.

En complément de ces démarches, nous avons pu présenter notre projet et exprimer notre besoin de recrutement lors des entretiens exploratoires auprès de l'ANPAA Gironde et du CEID de Bordeaux, qui ont accepté de relayer notre demande sur leurs réseaux et se sont engagés à évoquer notre étude avec leurs patients en consultation.

Selon la procédure établie, notre méthode de recrutement devait également s'appuyer sur notre participation à plusieurs événements professionnels réunissant les acteurs de l'addictologie en Nouvelle-Aquitaine pour faire connaître notre projet : le CRAG (Centre Ressources Addictions et Grossesse) organisé par la COREADD (Coordination Régionale des Addictions de Nouvelle-Aquitaine) ; le colloque Tabac Quit' également organisé par la CORREAD, et la journée d'échanges des porteurs de projets financés par le Fond Addiction de l'ARS.

Nous avons cependant été contraints d'annuler notre participation à ces événements en raison du protocole sanitaire imposé par notre structure d'accueil en raison de l'épidémie de COVID-19.

Cette méthode telle que nous l'avions défini dans le protocole (mobilisation des réseaux internes au CHU et des acteurs de l'addictologie en Gironde) ne nous a pas permis de recruter des participants. Bien que les acteurs sollicités se soient montrés enthousiastes à l'idée de collaborer au projet, le processus de recrutement n'était pas efficace à court-terme. Il y a sans doute plusieurs explications. Tout d'abord, la présence d'un intermédiaire entre nous, porteurs de projet, et le patient usager réduit la probabilité d'adhésion et de participation à l'étude. Par ailleurs, les réseaux que nous avons mobilisés s'inscrivent dans une dynamique de long-terme avec leurs patients (suivis sur plusieurs années, consultations espacées dans le temps). Nous aurions peut-être obtenu des résultats après plusieurs mois, le temps que le message soit relayé par ces acteurs intermédiaires à un échantillon suffisamment large de leur patientèle. Mais compte tenu de la temporalité relativement courte de notre stage (6 mois), l'attente de résultats pour le recrutement de participants à long-terme était invalidante.

Par conséquent, nous avons été amenés à réfléchir à une approche différente pour obtenir une meilleure efficacité dans le recrutement à court-terme. Il était important d'analyser les difficultés rencontrées et d'en tenir compte pour définir des méthodes de recrutement alternatives, répondant d'une part aux exigences temporelles de notre projet, et d'autres part aux spécificités de notre terrain, à la culture et aux codes de notre public cible, les usagers de cannabis.

Nous avons donc cherché à nous renseigner sur les méthodes de recrutement habituellement utilisées, et ayant démontré leur efficacité, dans la recherche en sciences sociales auprès des usagers de drogues. Pour cela, nous nous sommes appuyés sur les travaux de Julia Monge, sociologue à l'EHESS, avec qui nous avons déjà été en contact dans le cadre des entretiens exploratoires. Durant sa thèse, Julia Monge est allée en immersion pendant 4 ans dans des familles pour observer les pratiques de consommation partagée parents-enfants ainsi que les usages de SPA dans l'environnement familial, abordant notamment les ingestions accidentelles de cannabis. Nous nous sommes inspirés de ses travaux pour adapter notre méthodologie et mieux appréhender les spécificités sociologiques et représentationnelles de notre public cible. Ce travail nous a conduit à solliciter directement les réseaux d'usagers pour faire connaître notre étude.

Nous avons contacté l'association ASUD (Autosupport des usagers de drogues)⁹, ainsi que Norml France¹⁰ et la plateforme en ligne Psychoactif.org¹¹. A nouveau, nous avons présenté notre projet, exprimer nos besoins, et envisager des collaborations avec ces acteurs en vue des focus group. Le flyer a pu être diffusé dans les réseaux privés de ces associations, directement auprès des membres actifs. Les associations ont également proposées, sous notre permission, de diffuser le flyer sur les réseaux sociaux (Twitter, Facebook et Discord). C'est par cette voie là que nous avons eu les meilleurs résultats. A chaque entretien, nous encourageons également nos interlocuteurs à relayer notre étude au sein de leur réseau personnel.

Enfin, nous sommes entrés en contact avec le GEGA (Groupement d'Etude Grossesse et Addiction) et la Fédération Addiction via LinkedIn, pour participer à la formation « Parents et enfants en contexte d'addiction ». Cette formation réunissait des professionnels de santé (infirmiers, éducateurs spécialisés, psychologues, psychiatres, protection de l'enfance, puériculteurs) réunis par leurs pratiques professionnelles autour du public des parents consommateurs de SPA et des problématiques familiales. Constitué d'une quinzaine de personnes, ce réseau nous a permis de faire connaître notre projet au-delà de la Gironde, les participants étant réunis de toute la France. Cette stratégie visait également à varier au maximum les profils de personnes rencontrées en diversifiant les structures sollicitées tant dans leur nature que dans leur ancrage géographique.

c. Les entretiens semi-directifs

Nous avons mené 5 entretiens semi-directifs, entre le 20/10/2020 et le 31/10/2020, pour un total d'environ 5 à 7h d'entretien. Chaque entretien a duré approximativement 60 minutes. Tous les entretiens ont été enregistrés avec la permission des enquêtés. Avant chaque entretien, nous avons informé chaque participant de la possibilité d'exercer son droit de retrait et de ne plus participer à l'étude, d'annuler ou d'écourter l'entretien.¹²

⁹ Créée en 1992, ASUD est une association dont le but est, selon la description renseignée sur le site officiel de « changer l'image des usagers de drogues dans la société et à leurs propres yeux et changer la loi qui pénalise l'usage simple et privé des adultes ».

¹⁰ Créée en 1995, Norml est une association militante pour la légalisation du cannabis et la promotion de la réduction des risques

¹¹ Créé en 2006, Psychoactif.org est un groupe de parole virtuel destiné aux usagers de drogues qui entend contribuer à la construction de savoirs sur les drogues et leurs usages dans une optique de réduction des risques

¹² Le détail du protocole de recherche relatif à la protection des données ainsi qu'aux précautions éthiques et réglementaires est disponible en annexe

La forme semi-directive nous a semblé la plus adaptée, dans la mesure où le guide d'entretien permet de construire un dialogue axé sur les thématiques que nous souhaitons aborder, tout en laissant à l'enquêté une liberté de parole qui favorise l'expression et le dialogue (Fenneteau, 2015). Néanmoins, parler de drogues et de consommation est une entreprise complexe et engageante car le discours sur les drogues est un sujet chargé d'émotion et de représentations sociales, en tant qu'individu adulte libre et « responsable », ou en tant que parents, investis de la mission de « protéger » ses enfants face à la drogue (Monge, 2020). Le fait d'avoir un guide d'entretien nous a aidé à mettre à distance nos émotions et positionnements personnels pour produire un discours relativement « objectivé » sur la consommation de cannabis, en se libérant, en tant qu'étudiant en prévention et promotion de la santé et stagiaire au CHU, d'un possible discours de vérité sur le cannabis et ses dangers et d'écarter le risque d'une posture moralisatrice. Nous avons pu réfléchir au choix des termes et à la forme de nos questions en amont des entretiens, le guide étant d'un très grand support pour conserver une posture neutre durant les échanges.

D'après le protocole établi, nous souhaitions interroger à la fois des parents, pères ou mères consommant du cannabis individuellement, et réaliser par ailleurs des entretiens réunissant conjointement les deux parents lorsque la consommation était partagée. Face aux difficultés rencontrées pour recruter des candidats, nous n'avons pas été en mesure de répondre à ce désir de mixité. Nous nous sommes limités à des entretiens individuels, avec l'un des deux parents uniquement. Nous avons ainsi interrogé 4 pères de famille et une mère de manière individuelle, les parents interrogés étant soit des divorcés, soit les seuls à consommer dans le couple.

Le tableau ci-dessous résume les caractéristiques principales de notre échantillon :

Entretien (prénom fictif utilisé lors de l'analyse)	Sexe	Age	Situation matrimoniale	Sexe et âge des enfants	Résidence	Méthode de recrutement
Entretien n°1 (Alex)	Homme	33 ans	En couple	1 garçon (9 mois)	Bordeaux	Association d'usagers (Norml)

Entretien n°2 (<i>Stéphane</i>)	Homme	43 ans	Divorcé, parent célibataire	1 garçon (5 ans)	Bordeaux	Association d'usagers (ASUD)
Entretien n°3 (<i>Bastien</i>)	Homme	45 ans	Divorcé, remarié	1 garçon et 2 filles (15 ans, 6 ans et 2 ans)	Paris	Association d'usagers (Norml)
Entretien n°4 (<i>Julien</i>)	Homme	35 ans	En couple	1 fille (6 mois)	Berlin	Réseau personnel
Entretien n°5 (<i>Maryline</i>)	Femme	33 ans	En couple	3 enfants (6 mois, 2 ans et 5 ans)	Bordeaux	Réseau personnel

Spécificités liées au contexte épidémique

La période de recrutement et le déroulement des entretiens a eu lieu entre les mois de septembre et décembre 2020, en pleine période de recrudescence de l'épidémie de Covid-19 en France. La Gironde fut parmi les départements (avec la Guyane) à dépasser le seuil d'alerte avec un taux d'incidence supérieur à 50 cas par 100.000 habitants dès la fin du mois d'août. Pour tenir compte du protocole sanitaire imposé par le CHU de Bordeaux, nous avons été contraints d'effectuer nos entretiens par visioconférence. Cette contrainte est regrettable car l'entretien en présentiel permet un meilleur contact avec l'enquêté. Elle nous aura néanmoins donné la possibilité d'étendre notre périmètre de recrutement à l'échelle nationale, la contrainte géographique n'étant plus d'actualité avec la visioconférence.

Nous avons veillé à toujours laisser le choix aux parents entre un entretien téléphonique ou en visioconférence. Tous ont privilégié l'appel vidéo. Bien que certaines informations n'aient pas pu être recueillies par l'observation directe permise lors d'un entretien en face-à-face, l'entretien à distance nous a permis une plus grande flexibilité et à faciliter l'organisation des entretiens. Le distanciel nous a notamment permis de facilement nous adapter aux disponibilités des parents ainsi qu'une certaine souplesse en cas d'imprévu ou de modification des horaires

d'entretien, ce qui a été fréquent étant donné la situation sanitaire (couvre-feu, confinement) et les contraintes propres à la parentalité.

De plus, au regard des entretiens de l'enquête exploratoire, réalisés également par téléphone ou appel vidéo, nous avons pu nous entraîner à cet exercice et disposer d'une meilleure expérience que pour des entretiens en face-à-face. Pour nous comme pour les enquêtés, l'appel vidéo était une solution propice pour favoriser la fluidité des échanges et la libre expression sur des sujets parfois très intimes comme la consommation de drogue et/ou les méthodes d'approvisionnement. Comme le souligne Kaufmann, le fait de permettre à la personne de « *se livrer avec sincérité* » est un enjeu majeur de l'entretien qualitatif pour permettre « *la compréhension intime de la manière dont la personne pense et agit et ainsi mettre en évidence des processus sociaux permettant de développer une analyse sociologique* » (Cardon, 1996).

4. Traitement et analyse des données

L'analyse a porté sur les cinq entretiens menés auprès de parents entre octobre et novembre 2020. Nous avons également mobilisé, dans le cadre de cette analyse, des éléments extraits des entretiens exploratoires menés auprès des acteurs intervenant dans le champ de la recherche et de la prise en charge des addictions afin de compléter notre travail de revue de littérature et développer notre connaissance des acteurs de terrain, de leurs rôles et de leurs ressources.

Pour analyser les données recueillies, les entretiens ont tous été intégralement retranscrits (un exemple est disponible en annexe) puis analysés qualitativement dans une approche thématique par catégorisation. Les entretiens ont été analysés individuellement dans premier temps puis en comparant les entretiens entre eux. L'analyse thématique des résultats permet entre autres de souligner l'importance et la récurrence de certains thèmes, certaines représentations et certaines idées dans le discours des interviewés.

Nous avons élaboré notre grille d'analyse en deux temps. Tout d'abord, nous avons dressé la liste des thématiques abordées dans le guide d'entretiens, et pour lesquels nous souhaitons recueillir des informations spécifiques. Après relecture intégrale des entretiens retranscrits, nous avons cherché à identifier les thématiques récurrentes non intégrée à la grille d'analyse préexistante, afin de les ajouter.

5. Limites méthodologiques

La méthode présentée revêt certains biais qu'il convient de prendre en compte dans l'analyse de données. Tout d'abord, le nombre de personnes interrogées pour cette étude est insuffisant pour que notre échantillon soit représentatif de la diversité et de l'hétérogénéité des situations économiques, sociales, familiales et médicales des parents consommateurs de cannabis. Nos résultats sont donc à interpréter et à nuancer à la lumière de ce constat.

Concernant les entretiens effectués, il est fort probable que les parents interrogés aient été influencés dans leur réponse par un biais de désirabilité sociale (Paulhus, 2002). Dans le rapport enquêteur/enquêté, on peut en effet supposer que nos interlocuteurs ont souhaité nous fournir des réponses qui, selon eux, les valorisent, et correspondent aux normes et aux attentes sociales. Pour limiter ce biais, nous avons prévu une phase d'introduction au début de chaque entretien afin d'explicitier notre posture d'observateur et de neutralité aux enquêtés, en espérant que cet effort de contextualisation réduirait le risque de réponses influencées par un biais de désirabilité sociale.

Ce biais est d'autant plus présent que les questions de parentalité et de drogues impliquent de fortes tensions normatives. En tant qu'enquêteur, notre position d'appartenance institutionnelle au CHU renforce également ce biais de désirabilité sociale susceptible d'influencer les réponses reçues car elle sous-tend un ensemble de représentations sociales associées au corps médical, au milieu des « blouses blanches », comme cela nous a été souligné en entretien, qui serait intrinsèquement jugeant et réfractaire à tous comportements déviants socialement, notamment ceux de santé.

Enfin, nous avons vraisemblablement été influencés par nos propres conceptions des consommateurs de marijuana, de la parentalité et de la déviance. Il s'agit d'un biais de confirmation largement connu : en tant qu'enquêteurs, nous cherchons inconsciemment à faire valider nos hypothèses de départ. Nous avons tenté de limiter l'impact de ce biais grâce aux enregistrements pour que notre analyse ne soit pas basée sur une mémoire sélective des informations reçues.

Nous avons également cherché à prendre du recul par rapport à notre propre point de vue durant les échanges avec les enquêtés afin d'être le plus objectif possible. Il faut souligner que ce biais de confirmation s'applique également à nos enquêtés qui privilégient dans leurs réponses les

éléments du réel qui les aident à soutenir leurs opinions et leurs croyances. Il est facile d'omettre, conscient ou inconsciemment, les éléments du quotidien qui pourraient par exemple attester des risques ou des effets délétères d'une consommation, d'un comportement, lorsque l'enquête cherche à défendre la légitimité d'un comportement ou à le rendre acceptable. C'est précisément l'un des éléments que nous souhaitons analyser afin de comprendre les représentations sociales des parents consommateurs de cannabis ainsi que leur perception du risque.

IV. RESULTATS

Les données recueillies à travers cette étude doivent nous permettre de nourrir une nouvelle compréhension de la consommation de cannabis en contexte de parentalité. Pour cela, nous livrons dans cette partie une analyse qualitative thématique sur la base des entretiens effectués.

Pour guider notre analyse, nous avons cherché à comprendre les motivations qui sous-tendent les conduites des enquêtés, et le sens qu'ils donnent à leurs pratiques. C'est par ce processus d'analyse que nous tentons, grâce aux données recueillies, de définir des messages et d'actions de prévention adaptées et efficaces pour lutter contre les ingestions accidentelles de cannabis.

Dans un premier temps, nous présenterons les « carrières » de consommation des parents que nous avons interrogés, en s'intéressant essentiellement à leurs trajectoires d'entrée dans la consommation, leurs motivations, et leurs représentations du produit. Dans un second temps, nous nous intéresserons aux stratégies mises en place par les enquêtés pour articuler et concilier leur usage de cannabis et leurs responsabilités parentales. Enfin, la dernière partie sera consacrée aux modalités de transmission et de promotion de ces pratiques qui permettent aux parents de réduire les risques d'ingestion accidentelle des enfants.

1. Etude des « carrières » de consommation

a. Des parcours de consommation et des motivations hétérogènes

Le système explicatif de l'usage d'une substance par un individu ne se limite pas à la rencontre entre un produit et un consommateur. Il implique l'ensemble du cadre social, politique et émotionnel dans lequel le consommateur et le produit se rencontrent et évoluent (Olievenstein, 1977). Selon les individus et les trajectoires de vie, un même produit peut être l'expression d'une forme de liberté individuelle ou à l'inverse d'enfermement, de plaisir ou de souffrance, de contrôle ou de dépendance.

A travers nos échanges avec les parents interrogés, nous avons pu constater la très grande hétérogénéité des contextes d'entrée dans la consommation, des histoires personnelles avec le produit,

ainsi que des motivations ayant poussé les parents à débiter, à poursuivre et à faire évoluer leurs consommations de cannabis.

L'entrée dans la consommation

Tout d'abord, il est intéressant de noter que nos interlocuteurs ont tous « rencontré » le cannabis relativement jeune, entre 13 et 20 ans, sans que cette rencontre ait été volontairement désirée ou recherchée. Les premières expérimentations sont le résultat d'une influence directe du cercle social de l'individu : amis, colocataire, collègues. Systématiquement, on retrouve une rencontre particulière qui a permis à l'individu de découvrir le cannabis et de s'initier au produit. En témoigne l'expérience de Julien¹³ : « *Mon meilleur pote fumait tous les jours en fait, moi j'étais à la clope, j'étais à l'alcool et ça m'allait très bien. Et puis j'ai essayé un soir avec lui et je me suis dit « ah c'est cool », et puis il m'a laissé une barrette, et j'ai commencé comme ça* ». Pour la plupart, l'entrée dans la consommation s'effectue par un environnement social propice à la consommation dans lequel les individus ont progressivement développé leur rapport au produit, comme en atteste cet autre parent : « *j'ai travaillé un été en vendange et je me suis laissé un peu porté comme je voyais que j'étais avec des mecs qui fumaient. Après je m'y suis vraiment mis parce que j'ai eu des colocs qui à chaque fois fumaient pas mal* ».

Les motivations

Chez nos interlocuteurs, la consommation de cannabis s'est installée dans le temps pour des motivations très diverses : fragilité psychique et émotionnelle ; rupture dans le parcours de vie ; ou encore en réponse aux injonctions sociétales autour de la performance et de l'individualisation. Chaque consommateur répond à une motivation qui lui est propre.

Pour certains, la consommation de cannabis est l'expression d'une stratégie adaptative face à l'adversité émotionnelle du quotidien et les aide à répondre aux attentes sociétales, comme pour Bastien, père d'un enfant de 5 ans : « *Au début c'était à la fois par goût, pour l'effet, par esthétique. Ensuite ça a été une sorte de protection, qui m'a permis d'évoluer dans un monde où je suis tranquille avec moi-même, parce que j'ai un peu du mal à être au monde, c'était un moyen de m'adapter, de répondre aux exigences* ». Dans ce cas, l'expérimentation et la rencontre avec le cannabis ont permis

¹³ Tous les prénoms ont été modifiés pour l'analyse. Se référer au tableau partie méthodologie, recrutement des participants pour connaître les caractéristiques propres à chaque parent (nombre d'enfants, âge, canal de recrutement etc.).

de révéler son potentiel thérapeutique pour l'individu. Comme le notait Alain Ehrenberg, « *les substances qui altèrent les états de conscience et les perceptions mentales sont des pratiques qui [...] augmentent les performances de chacun, anesthésient l'angoisse, favorisent l'échange social en désinhibant ou, à l'inverse, détachent du monde commun en permettant de se retrancher en soi* » (Ehrenberg, 1991). Cette capacité du cannabis à aider l'individu à combler une souffrance ou un déséquilibre pour mieux s'adapter au monde dans lequel il vit est revenue à de multiples reprises lors des entretiens : « *pour moi c'était un moyen de me poser, pour régler les problèmes, pour me détendre* » ; « *avant j'avais une énergie en trop, je m'en servais un peu comme modérateur le cannabis, ça me calmait, ça me laissait à ma place* » ; « *quand je fume pas je dors 2h par jour, je suis hyperactif* ». La recherche des effets psychotropes ou apaisants du cannabis, de ce que certains nomment « *l'ivresse cannabique* », est également une ressource utilisée par nos interlocuteurs pour affronter des événements de vie déstabilisants, comme des décès ou des séparations. Pour Stéphane, le cannabis est « *un peu comme couteau suisse dans les moments où ça va pas, ou y a un décès dans ma famille, ça peut m'aider à réguler mes émotions* ». Dans ce cas, la consommation peut être renforcée ponctuellement sous l'impulsion de tels événements traumatiques. Un parent qui avait choisi d'arrêter sa consommation de cannabis après la naissance de son premier enfant nous expliquait avoir repris suite à une dépression consécutive à une rupture amoureuse. Ce n'est donc pas l'évènement de vie en lui-même qui motive la consommation mais bien le déséquilibre et la fragilité psychique qu'il engendre.

Enfin, cette dimension thérapeutique se retrouve également chez des individus souffrant de douleurs physiques, comme l'explique ce parent : « *j'ai fait une mauvaise chute en portant ma fille et je me suis coincé le nerf sciatique et déplacé une vertèbre, ça a changé ma méthode de conso, j'ai découvert le côté médical du cannabis par ce biais* ».

b. L'expertise du consommateur : un élément déterminant des habitudes de consommation

L'interactionnisme méthodologique, notamment les travaux d'Howard Becker, ont mis en avant le rôle fondateur de cette dimension d'expertise dans l'usage des drogues. Lorsqu'un individu consomme du cannabis, il s'inscrit dans un monde social à part entière avec ses codes et ses logiques. Howard Becker a notamment démontré les différentes étapes constitutives de la « *carrière* » du fumeur de cannabis et les différents apprentissages nécessaires pour s'identifier comme tel. En effet,

la consommation de cannabis traduit l'existence d'un monde social spécifique avec des interactions codifiées selon les normes de ce monde.

Nous avons retrouvé cette approche dans le discours des parents interrogés. Le choix des mots et la spécificité du vocabulaire employé par nos interlocuteurs illustre cette appartenance sociale propre aux consommateurs de cannabis et traduit une certaine expertise du produit. Or, il ressort des entretiens que le degré d'expertise influence la pratique et structure les pratiques et les habitudes de consommation. Plus le patient est expert du produit et de sa consommation, plus il semble averti des risques potentiels du cannabis et donc enclin à s'engager dans des pratiques de réduction des risques comme le vapotage, ou la consommation de variétés diverses selon les effets recherchés. A cet égard, les parents entretenus témoignent de l'évolution de leurs pratiques grâce au développement progressif de leur connaissance du produit : *« au début je fumais des joints classiques. Après j'ai fumé pendant un temps du CBD, et aujourd'hui je vapote, pour réduire vraiment le risque »*. L'expertise se retrouve également dans l'accès à une plus grande gamme de produits. Certains déclarent ainsi recourir au darkweb, ce qui demande un effort d'accessibilité particulier, pour pouvoir consommer des produits de meilleure qualité : *« grâce au darkweb j'ai plusieurs variétés en fait, j'en ai une dont je me sers que pour mon dos, et j'en ai 2 autres qui sont plus joyeuses et festives »*. L'expertise modifie ainsi le rapport au produit et influence par conséquent les choix de consommation. Un parent nous expliquait ainsi comment son passage progressif à la vaporisation lui avait permis de redéfinir son rapport au cannabis : *« quand on vaporise, le fait de se rendre compte du goût, de pas avoir la combustion qui arrache la tronche, c'est juste du plaisir, comme goûter un bon vin, on peut faire la différence entre telle et telle weed, ce qui est impossible quand on la fume, et du coup on apprend à bien conserver et à prendre soin de son produit »*.

Pour cette étude, nos interlocuteurs étaient particulièrement experts de leur produit, ce qui n'est pas représentatif de l'ensemble des usagers de cannabis. Nous reviendrons sur ce point en exposant les limites de notre analyse. Néanmoins, cela nous a permis de comprendre comment cette connaissance approfondie du cannabis, de ses dangers et des différents modes de consommation favorisaient l'adoption de pratiques de réduction des risques chez les consommateurs.

c. L'impact des représentations sociales sur les pratiques de consommation

Pour comprendre les enjeux de la consommation de cannabis dans l'environnement familial, il semble opportun de s'intéresser aux représentations sociales du cannabis telles qu'exprimées par les parents que nous avons interrogés.

Par représentations sociales, nous entendons l'ensemble organisé des connaissances, des croyances, des opinions, des images et des attitudes partagées par un groupe (les parents consommateurs de cannabis) à l'égard d'un objet social donné (le cannabis) (Obradovic, 2017). Dans le cadre de cette étude, il s'agit de comprendre la relation que les parents entretiennent avec le produit, et par quelle manière cette relation contribue à l'élaboration d'un ensemble de connaissances et de croyances, vraies ou fausses, plus ou moins élaborées, qui fondent l'univers interprétatif de l'individu et le système de pensées donné à l'origine de ses comportements qui en découle (Dany & Apostolidis, 2002).

Car pour le cannabis comme pour les autres substances, les usages et les pratiques (dont celle de consommer en contexte de parentalité) sont largement influencés par les représentations sociales. Le sexe, l'âge, le milieu social et l'expérience en tant que consommateur sont autant d'éléments qui modifient la perception que les individus ont du cannabis (Dany & Apostolidis, 2002). Ces représentations sont largement sujettes à des biais cognitifs et influencent très largement l'arbitrage entre les risques et les bénéfices perçus chez les parents qui consomment du cannabis, et par conséquent leurs usages en contexte familial.

L'étude menée par Dany et Apostolidis (2002) démontre l'influence majeure de consommer régulièrement du cannabis dans la construction représentationnelle du produit et des risques associés. Chaque consommateur est en effet soumis à un processus de reconstruction cognitive qui le pousse à modifier sa représentation du cannabis pour légitimer sa propre consommation et la rendre acceptable. C'est ainsi que certains consommateurs de cannabis tendent à minimiser les risques du produit, comme ce parent qui nous disait ironiquement : « *Ce qui est hallucinant avec le cannabis, c'est que sa seule dangerosité c'est de se faire choper avec !* ». On peut supposer que l'expérience de ce parent avec le cannabis et le vécu émotionnel positif associé au produit favorise une perception biaisée qui nie totalement les effets délétères et les risques potentiels du cannabis à long-terme. Par ailleurs, à la différence des non-consommateurs, la perception des risques des substances psychoactives licites (médicaments psychotropes, tabac, alcool) est symétriquement plus marquée chez les consommateurs de cannabis (Dany & Apostolidis, 2002). Leur représentation du produit insiste sur l'abolition de la frontière légal/illégal et s'appuie très largement sur la dénonciation de l'alcool et de ses dangers, comme ce fut le cas d'Alex, militant à Norml, durant l'entretien : « *par rapport à l'alcool par exemple qui est quand même une drogue légale et qui est sans doute la pire quoi, en termes d'addictions, de sevrage, de tout, le cannabis à côté c'est rien, ça tue personne* ».

On peut supposer qu'il s'agit d'une attitude défensive visant à atténuer le marquage social négatif et stigmatisant du cannabis, en étant particulièrement réceptifs et attentifs aux discours de prévention portant sur les risques de la consommation d'alcool et des substances psychoactives en dehors de leurs statuts légaux. Certains parents expriment ainsi un sentiment d'injustice face au statut légal du cannabis : « *Pour un produit qui est illégal je prends des risques, alors qu'à côté un produit qui tue et qui est légal, limite on m'encourage [...] (Fumer) c'est un geste politique quelque part, de ne pas se joindre au marché qui tue 45 000 personnes chaque année rien qu'en France et qui est subventionné par l'état (l'alcool)* ». Par ailleurs, les consommateurs opposent également le cannabis à d'autres produits illicites jugés plus dangereux, marquant ainsi la séparation « drogues dures / drogues douces », comme Bastien qui nous expliquait : « *moi c'est ce qui me plaît avec le joint, par rapport aux autres drogues, c'est que l'effet est toujours un peu le même, pas comme la plupart des drogues où très vite il faut augmenter la dose, que ce soit l'ecsta, la coke, l'héroïne. Alors que le joint c'est toujours pareil, quand on fume on est foncé* ». La représentation dominante chez les consommateurs que nous avons interrogés s'appuie sur une classification mentale des drogues proche de celle développée en 1998 dans le rapport Roques intitulé « *Problèmes posés par la dangerosité des drogues* », qui définissait les « drogues » en s'intéressant aux propriétés pharmacologiques des produits selon différents critères de dangerosité (toxicité, dépendance, coût social). Ce rapport a permis d'apporter une vision nouvelle en dépassant l'opposition dichotomique du licite et de l'illicite, soulignant que des produits licites (alcool et tabac notamment) pouvaient entraîner des états de dépendance et des effets nocifs davantage que des produits illicites (tels que le cannabis, par exemple).

Pour les enquêtés, ce ne sont pas les propriétés pharmacologiques du produit qui définissent la dangerosité du cannabis, mais les modalités de son utilisation : « *si on prend le cannabis la substance, y a pas d'overdose, y a une accoutumance physique quasi-inexistante, psychologique relativement faible* ». Selon cette vision représentative, les dangers du cannabis se limitent à un usage inapproprié de la part du consommateur (excès de quantité, produit de mauvaise qualité, etc.). C'est la même idée que celle du « *bien-boire* » souvent opposée aux discours de prévention contre les dangers de l'alcool. Cette idée est utilisée, notamment par les lobbies des industriels alcooliers, pour montrer qu'une consommation d'alcool n'est pas nocive si elle est modérée, les effets délétères de l'alcool étant selon ce discours rares et consécutifs à des consommations très excessives. On peut faire le parallèle avec la représentation du cannabis dans le discours des parents interrogés, comme l'illustre la vision de Stéphane, père de 3 enfants : « *c'est une aberration de parler des dangers du cannabis, si c'est utilisé intelligemment et de manière adulte y a aucun risque ni pour les adultes ni pour les enfants !* ».

Pour les enquêtés, la nocivité perçue du produit est relativement faible. Des études ont d'ailleurs montré le rôle important joué par ces perceptions qui minimisent les risques sanitaires liés à l'usage de cannabis dans l'évolution de sa prévalence (Obradovic, 2017). Le discours de Bastien, père d'un enfant de 5 ans, est l'expression de cette représentation plutôt commune parmi les consommateurs : « *quand je suis avec mon fils je fume, mais quand je fume je suis normal, je suis pas une sorte de Tex Avery complètement incontrôlable, et je fume depuis tellement longtemps, je veux dire c'est dans mon sang, je suis juste normal* ».

Ainsi, les parents que nous avons interrogés expriment, comme Paul, des représentations qui font état d'une quasi innocuité du cannabis pour eux-mêmes. Néanmoins, nous allons voir qu'ils fournissent des efforts constants pour mettre en place différentes stratégies afin d'exclure leurs enfants de leur « univers » de consommation. Ces stratégies leur permettent de concilier leurs pratiques de consommation et leur rôle de parent, en veillant à systématiquement dissocier ces deux univers que sont la parentalité et l'usage de drogue.

2. La consommation de cannabis à l'épreuve de la parentalité

L'une des données intéressantes à recueillir à travers notre étude est de comprendre comment les parents ou futurs parents se représentent leur rôle, les normes qui lui sont associées, les exigences, et les engagements qu'il implique, les précautions prises etc. Ces questions doivent être posées car elles nous permettent de comprendre comment les parents légitiment leurs pratiques et parviennent à articuler consommation de cannabis et parentalité. Comprendre cette articulation est nécessaire pour identifier les facteurs de risque de survenue des ingestions accidentelles et adresser des messages de prévention pertinents aux parents.

a. Les contours de la parentalité

La notion de « parentalité » est un néologisme récent (fin du XX^{ème} siècle) utilisé pour définir la condition de parent et les pratiques parentales qui en découlent (Martin, s. d.-b). Elle englobe la fonction d'être parent dans tous ses aspects : juridiques, politiques, socio-économiques, culturels et institutionnels, avec un objectif principal de prévention de la maltraitance et à l'inverse la promotion de « bonnes pratiques parentales » et de la bientraitance. En d'autres termes, la parentalité représente le cadre normatif et légal dans lequel chaque parent exerce son rôle de parent.

En s'attachant à démontrer l'efficacité de certaines pratiques, et à l'inverse, en démontrant la dangerosité d'autres pratiques, la notion de parentalité sous-tend l'existence d'un « bon modèle » de parentalité. Dans une société qui érige en valeurs dominantes la performance et la quête de l'optimisation, la parentalité n'échappe pas à la règle (Ehrenberg, 1998). Les parents sont ainsi les cibles idéales des injonctions moralisatrices, qui, sur la base d'un cadre normatif dominant, détermine les bonnes et les mauvaises pratiques parentales qui permettront d'identifier les parents compétents et les parents incompétents ; les parents responsables et les parents coupables (Martin, s. d.-a). On retrouve le poids de cette « *pression normative* » dans le discours des parents interrogés. Julien, 35 ans, s'est senti contraint de réduire sa consommation à la naissance de sa fille et nous en expliquait les raisons : « *moins consommer c'était surtout une façon de me dire : bon ok, maintenant je suis parent, je le fais bien, tout va bien !* ». Selon la même logique, un autre enquêté nous confiait : « *quand j'ai eu Elliot et que j'ai voulu arrêter [il a repris par la suite], c'était parce que la drogue c'est pas responsable et c'est pas bien pour les enfants. C'était le côté allez maintenant on est parent, on est responsable, on est adulte, et on touche plus à ces merdes* ». En marge de cette pression normative, s'ajoute la culpabilisation et la stigmatisation des parents qui, comme c'est le cas des parents consommateurs de cannabis, font le choix de s'écarter des pratiques communément acceptées comme étant l'expression d'une « *bonne parentalité* ». Cette responsabilisation des parents s'explique par une volonté politique d'anticiper et de prévenir les comportements parentaux susceptibles d'être nuisibles au développement et à l'équilibre des enfants. Cette responsabilisation est donc renforcée par un cadre légal associé à la parentalité, en contradiction avec la pratique illégale de consommer du cannabis, d'en détenir et parfois de le cultiver. Julien, jeune papa d'une petite fille de 6 mois nous décrivait ainsi le conflit entre l'illégalité de sa pratique et ses responsabilités de parent au quotidien : « *avec ma fille c'est délicat, si d'un coup elle a une crise et que je dois l'amener d'urgence à l'hôpital ou je sais pas quoi, je vais pas y aller les yeux comme ça (il fait des grands yeux), complètement foncé, à pas savoir ce qui se passe à moitié et sans réaction. Je dois calculer mes coups* ».

Pourtant, il conviendrait de dépasser ce positionnement manichéen qui condamne toute conduite illégale en contexte de parentalité pour interroger le rôle et la fonction que peut jouer la consommation de cannabis dans la capacité du parent à assurer ses responsabilités de parent. C'est toute la complexité derrière l'hétérogénéité des usages de drogues. Il est impossible d'avoir un discours, une vision unique. Certains parents sont plus compétents et plus capables sous l'emprise du cannabis qui les aide, dans une certaine mesure, à surmonter leurs responsabilités quotidiennes, y compris celles relatives à leur statut de parent (Guyon et al., 2002) (Guillaume et al., 2013). Dans nos entretiens, aucun parent ne nous a explicitement confirmé cette hypothèse, néanmoins plusieurs d'entre eux ont

évoqué des motivations thérapeutiques à leur consommation (anxiété, hyperactivité, dépression). On peut donc supposer que le cannabis, en leur permettant, pour reprendre les termes d'un enquêté « *d'être au monde, de [s]'adapter, de répondre aux exigences* », les aide également à répondre aux exigences de leur rôle de parent.

Malgré cette tension normative et cette incompatibilité idéologique entre consommation de cannabis et parentalité, les parents que nous avons rencontrés tentent de trouver par eux-mêmes les solutions les plus adaptées afin d'organiser leur vie de manière à pouvoir poursuivre leur consommation de cannabis tout en assumant au mieux leur responsabilité de parents.

b. Consommation de cannabis en contexte familial : quelle articulation ?

La survenue d'un accident d'ingestion accidentelle nécessite la réunion de plusieurs éléments. Il faut l'action simultanée d'un sujet, dans notre cas l'enfant, prédisposé à un risque élevé d'ingestion du fait de son âge, la présence d'une substance (le cannabis) dans l'environnement de l'enfant, et l'environnement humain et matériel dans lequel se déroule l'ingestion. Chacun de ces éléments présentent des facteurs de risques propres. On sait par exemple que le risque d'intoxication accidentelle est le plus élevé pour les enfants et 1 à 3 ans et que garçons sont plus exposés (Isabelle Claudet, Mouvier, et al., 2017). D'autre part, il existe des facteurs de risque exogènes liés à l'environnement de l'enfant : le comportement des parents, l'environnement social et économique, la présence et l'accessibilité du cannabis, les lieux où ils sont stockés, la disposition des meubles, la promiscuité etc. (Claudet, 2016b)

Les parents rencontrés dans le cadre de cette étude semblent mettre en place un certain nombre de pratiques, de règles, visant à exercer un contrôle sur les facteurs environnementaux susceptibles d'entrer en jeu lors d'une ingestion accidentelle de cannabis. L'objectif est clair : dissocier au maximum l'univers de la consommation et celui de la parentalité. Dans ce paragraphe, nous présenterons les « *bonnes pratiques* » mises en avant par les interviewés et qui, d'après leur expérience en tant que parents-consommateurs, sont à privilégier pour consommer à moindre risque en contexte familial.

Des temps dédiés à la consommation

Dans un premier temps, cela passe par la mise en place, quand cela est possible, de temps dédiés ou « réservés » à la consommation, sans aucune responsabilité parentale associée, comme nous

l'expliquait Alex, 33 ans : « *Aujourd'hui je fume surtout quand j'ai fini ma journée de travail déjà, que je peux me sortir ça de la tête, que mon fils est couché et que je peux l'associer au plaisir, sans pression, un peu comme un sentiment de récompense une fois que le travail est fait et qu'on passe dans une période de détente* ». On retrouve ce discours chez la plupart des interviewés. Lorsqu'il s'agit d'une consommation récréative, associée à la recherche de plaisir et de détente, le moment de consommation est planifié de telle manière à ce qu'il n'interfère pas avec la responsabilité parentale. Julien, père d'une petite fille de 6 mois, nous expliquait ainsi avoir adapter sa consommation pour ne plus consommer que « *le soir devant la télé en regardant un film, comme [il] prendrait un verre de vin* ». L'entrée dans la parentalité est un élément déclencheur dans la mise en place de ces stratégies de « *planification* » de la consommation pour répondre aux nouvelles exigences du rôle de parent, comme en témoigne l'expérience d'Alex : « *j'avais besoin d'avoir de plus d'énergie pour aller promener mon enfant, pour aller jouer avec, pour faire toutes ces petites choses de la vie quoi, alors qu'avant j'avoue moi j'aimais bien rentrer et me poser dans le canapé avec un joint parce que j'avais beaucoup forcé* ». Ces stratégies de planification sont multiples et flexibles. Dans certains cas, elles s'articulent autour de la succession des responsabilités parentales au sein de couple. Lorsque l'un des deux parents s'occupe seul de l'enfant, l'autre dispose d'un moment « *pour soi* » où il pourra consommer. Pour d'autres, la naissance du premier enfant a été l'occasion d'établir de nouvelles règles d'autodiscipline pour encadrer la consommation et la dissocier de la parentalité : « *dès qu'il est né l'envie est venue de moi sans que je me force ou que je me dise qu'il faut que j'arrête : je ne consomme plus et ne m'autorise plus de cannabis la journée* ».

Des espaces dédiés à la consommation

Pour maintenir leur consommation dans un contexte familial, l'une des stratégies d'adaptation souvent évoquée par les parents est celle d'une segmentation spatiale, en plus de la segmentation temporelle évoquée précédemment. En effet, la consommation de cannabis s'effectue dans un espace spécifiquement prévu à cet effet et volontairement séparé de l'univers dans lequel évolue l'enfant. Bien que les représentations dominantes au sein de notre échantillon soient celles d'un risque sanitaire très faible du cannabis pour le consommateur, cela ne s'applique pas pour leurs enfants. Eux, au contraire, doivent être préservés de tout contact, y compris passif, avec la substance, le matériel ou tout élément relatif à cet univers de la consommation. Bastien, père d'un enfant de 5 ans, nous décrivait ainsi les habitudes de consommation qu'il a adoptées à la naissance de son fils et qu'il a veillé à conserver depuis, dans tous ces logements : « *Quand je vapote je vapote sur le balcon, et il*

est pas à côté de moi, et dans les autres apparts avant je sortais, même pour vapoter. Je veux pas prendre le risque de fumer à la fenêtre et que ça sente dans tout l'appart ».

Cet effort de dissociation s'applique aussi bien à la consommation de cannabis qu'au rangement et au stockage de ce dernier. A nouveau, il s'agit pour les parents de rendre inaccessible tout élément de consommation (produits, instruments, plateaux etc.) à leurs enfants en s'assurant de les exclure du monde infantile. Comme nous l'expliquait Maryline : *« je ne veux pas que mon enfant s'amuse avec les matos qui me sert à m'enivrer ! J'ai un tiroir dédié à ça parce que je ne veux pas que ça traîne et que ce soit à leur vue [des enfants], ou qu'ils s'habituent à le sentir ni rien ».*

Pour autant, cette volonté de séparer les deux univers ne contraint pas les parents à vouloir arrêter leur consommation. Au contraire, tout est question d'adaptation, comme l'explique Julien lorsqu'il évoque son futur en tant que parent-consommateur : *« même si dans quelques années j'avais du coup les enfants à la maison, avoir 3 pieds ça me gênerait pas, c'est un système à mettre en place après, une armoire à cadenassé ce genre de choses, mais c'est jamais incompatible ».*

En plus de ces précautions prises pour séparer leur univers de consommation et leur parentalité, une attention toute particulière est également apportée au rangement et au stockage du cannabis dès la naissance de l'enfant.

Les solutions de stockage pour plus de sécurité

Comme le signale Maryline, mère de 3 enfants, le rangement du cannabis en contexte de parentalité résulte d'un apprentissage : *« il faut qu'on apprenne à le ranger et à le mettre dans une case un peu à part, parce que c'est pas un moment à avoir avec ses enfants je pense, et de le ranger à part,, sans le nier, mais ça permet d'avoir tout de ranger, et que ce soit pas sur la table du salon ».* Dans le cadre de notre étude, nous avons cherché à préciser cette question : si les « bonnes pratiques » de rangement et de stockage doivent être transmises et apprises aux parents d'enfants en bas-âge lorsqu'ils consomment du cannabis, quelles sont les meilleures solutions à promouvoir ? Comme nous l'avons démontré, notre échantillon, bien que peu représentatif de l'ensemble des consommateurs de cannabis, disposait néanmoins de cette spécificité d'être constitué de consommateurs « experts », pour la plupart engagés dans des associations militantes, et relativement sensibilisés aux pratiques diverses de réduction des risques (vapotage, contrôle qualité des produits, etc.). Nous avons donc souhaité récolter leurs avis ainsi que leurs retours d'expérience.

Il ressort de nos échanges que la boîte sécurisée est l'option de stockage privilégiée, comme le résume Bastien : « *avoir un rangement sécurisé et ne pas consommer à la vue de l'enfant, c'est vraiment le minimum prévention !* ». Certains enquêtés utilisent d'ailleurs des boîtes sous vide spécialement conçues pour améliorer la conservation des plantes aromatiques et autres résines ou herbes médicinales. Il s'agit des boîtes « *tightsvac* »¹⁴. Stéphane, qui les utilise depuis plusieurs années pour une conservation qualitative de son produit, nous explique le double intérêt de ces boîtes : « *quand on est adulte parfois c'est déjà un peu compliqué à ouvrir parce qu'en fait quand on la ferme ça crée un vide d'air, c'est bon pour la conservation du produit, et en plus un gamin n'arrivera jamais à l'ouvrir. C'est gagnant-gagnant !* ». Sans nécessairement utiliser les boîtes sous-vide *tightsvac*, tous les parents témoignent d'un rangement méthodique et réfléchi, impulsé par deux facteurs principaux : d'une part l'illégalité de leur pratique, qui les pousse à vouloir « cacher » leurs produits, et d'autre part la présence de leur enfant dans le logement et la volonté de rendre leur cannabis inaccessible. Alex stocke par exemple sa « *weed* » « *emballé dans un zip, et ensuite rangé dans un tupperware qui est en plus dans un autre tiroir, en hauteur et inaccessible pour mon fils, même quand il commencera à marcher* ». Cette méthode de stockage, mise en place à la naissance de son enfant, est désormais un rituel quotidien.

En conclusion, l'influence de la parentalité sur les pratiques de consommation des parents s'exprime à travers des modes de consommation adaptés (planification, espaces dédiés, précautions de stockage) pour pouvoir continuer à consommer sans que cela ait d'impact sur leurs enfants et leur capacité à assurer leur rôle de parent. De manière générale, le produit et les objets associés à sa consommation prennent peu de place dans le domicile familial. La consommation est cantonnée à des espaces dédiés et des temps d'intimité planifiés, quand l'ensemble des tâches requises par les autres rôles (professionnel, social, parental) ont été effectués.

Toutefois, cet effort pour établir une frontière entre parentalité et consommation n'est pas toujours systématique et certains parents admettent que ces deux univers peuvent, dans certaines situations, être amenés à se rencontrer. Pour légitimer ce choix, les parents concernés se rattachent à leurs représentations du produit, et plus spécifiquement à la perception qu'ils ont des effets du produit sur leur comportement, leur vigilance, et leur état de manière générale. Alex, jeune papa d'un garçon de 9 mois, se refuse par exemple à fumer en présence de son fils. En revanche, il ne s'interdit pas de partager des moments avec son fils après avoir consommé. Selon sa représentation, sa capacité à assurer son rôle de parent n'est en rien modifiée par sa consommation : « *Quand j'ai fumé je joue*

¹⁴ Une présentation des *tightsvacs* et des liens commerciaux sont disponibles en annexe n°..

avec lui, je regarde ce qu'il fait, ce dont il a envie et on joue en fait. Des fois on va se promener, des fois je le change, enfin je fais la même chose que quand j'ai pas consommé en fait. On est toujours sur cette idée que ça m'a jamais rien empêché de faire ». S'il n'existe pas de risque spécifique d'ingestion accidentelle dans ce cas précis, la consommation évoquée suppose un éventuel risque quant à l'attention et à la vigilance du papa, et donc sa capacité à répondre aux besoins de l'enfant (Giroud et al., 2008).

Dans le cadre de cette étude, nous nous concentrons néanmoins sur la prévention des ingestions accidentelles. Dans la partie qui suit, nous discutons les conditions et les modalités de transmission des pratiques de réduction des risques mises en avant par les enquêtés, notamment à destination d'un public de consommateurs moins avertis.

3. Encourager les « bonnes pratiques » et développer la réduction des risques pour prévenir les ingestions accidentelles de cannabis

a. L'entrée dans la parentalité comme « teachable moment »

« Depuis qu'elle est née, mon monde a radicalement changé », Julien, 35 ans.

La naissance d'un enfant représente un événement de vie hautement déstabilisateur qui apporte un changement majeur, d'autant plus dans la vie d'un usager de drogue. En accédant à la parentalité, se confrontent une responsabilité légale, celle de protéger l'enfant, et une pratique illégale, la consommation de cannabis. Lorsque la consommation préexiste dans la trajectoire, l'histoire, et l'identité de l'individu, la naissance de l'enfant s'impose en obstacle moral à la consommation. Elle implique donc un conflit et une tension normative entre la « *carrière de consommateur* » et la « *carrière parentale* » (Monge, 2020). Cependant, l'entrée dans la parentalité représente aussi une nouvelle « *séquence* » dans l'existence de l'individu, susceptible d'influencer et de redéfinir sa trajectoire de vie (Becker, 1985). Elle représente en ce sens une opportunité de changement car l'individu est amené à effectuer des choix nouveaux et à redéfinir ses engagements. L'identité du « *devenir parent* » peut alors permettre de s'extraire de l'identité de consommateur, et, en quelque sorte, permettre à l'individu d'exister différemment (Monge, 2020).

La volonté d'être un « *bon parent* » et de se conformer aux normes sociales dominantes relatives à la parentalité peut faciliter cette rupture dans le parcours de consommation. Chez les parents que nous avons interrogés, cette rupture est particulièrement visible notamment chez les mères de famille.

Alex, qui a fait le choix de poursuivre sa consommation à la naissance de son enfant nous expliquait : « *Ma femme ne consomme plus du tout depuis la naissance. Elle en consommait peu avant, mais elle a arrêté pour la grossesse et là depuis la naissance elle n'a pas consommé une seule fois* ». Pour la mère, la grossesse est ainsi une étape déterminante car elle précipite cette rupture dans la consommation afin de ne pas mettre en danger le fœtus.

L'entrée de la parentalité est donc un catalyseur de changement de comportement pour les parents. En effet, toute la période de la périnatalité représente, pour le couple, un « *teachable moment* », selon le concept développé par Robert Havighurst, en 1952 (Havighurst, 1961). En d'autres termes, il s'agit d'une période où le potentiel d'apprentissage et la réceptivité des parents est considérablement accrue par le contexte de la maternité et de la naissance d'un enfant. Il s'agit donc d'un moment propice pour toucher les parents consommateurs de cannabis et faciliter l'intégration des discours de prévention. C'est également un moment important pour encourager l'apprentissage des pratiques de réduction des risques. Havighurst définissait le « *teachable moment* » comme « *le moment où survient une situation unique et très intéressante qui se prête à la discussion d'un sujet particulier* ». La naissance d'un enfant s'inscrit parfaitement dans ce cadre. Nous avons retrouvé, dans le discours des enquêtés, l'expression de cette réceptivité accrue associée d'une meilleure capacité d'apprentissage durant la périnatalité. Les propos d'Alex, père d'un enfant de 9 mois, témoignent de l'intérêt d'un tel moment pour véhiculer des messages de prévention : « *au moment de la maternité, on est à l'écoute ! Les 2-3 réunions avec les sages-femmes, les rendez-vous pour les vaccins, moi je sais qu'on buvait les paroles qu'on nous disait, on faisait gaffe à tout* ».

En conclusion, l'entrée dans la parentalité, période de changement, de rupture, et de tensions normatives est une opportunité dans la prévention des ingestions accidentelles. Comme nous l'avons montré précédemment, l'accès à la parentalité a également une influence directe sur les pratiques de consommation des parents, puisque tout est fait pour adapter les habitudes existantes afin de protéger l'enfant. Dans ce contexte, et pour tirer profit de cette période d'apprentissage, la question se pose de savoir comment organiser le partage de connaissance et la transmission des « *bonnes pratiques* » pour favoriser une consommation à moindre risques dans l'environnement familial ?

b. Organiser le partage et la transmission des pratiques de réduction des risques

« Il faudrait expliquer aux parents les bonnes pratiques pour ranger son cannabis comme on explique aux parents à mettre des couches », Maryline.

La prévalence des ingestions accidentelles de cannabis et leur augmentation ces dernières années atteste que tous les parents n'ont pas le réflexe de ranger systématiquement leur cannabis après utilisation, de le stocker dans un récipient sécurisé, ou de le tenir hors de portée des enfants. Même si cela ne semble pas être le cas au sein de notre échantillon, nous avons abordé la question avec nos interlocuteurs « experts ».

Identifier les bonnes pratiques est une première étape, mais elle ne suffit pas pour réduire le risque d'ingestion accidentelle dans l'environnement familial. Comme le souligne Maryline avec une pointe d'ironie, il y a un travail d'apprentissage et de transmission important pour promouvoir la réduction des risques propre au stockage du cannabis. Les parents avec qui nous avons discuté s'accordent sur la nécessité de libérer la parole pour pouvoir atteindre cet objectif. En ce sens, il est impératif de pouvoir aborder la question de la consommation et du stockage librement avec les professionnels de santé, lors de la maternité, indépendamment de l'illégalité de la pratique, comme le rappelle Bastien : « le meilleur moyen d'éviter les comportements à risque c'est d'en parler, de ne pas prendre ça que comme un délit mais de pouvoir en parler en termes de prévention ».

Cette condition préalable permettrait de pouvoir développer des actions de réduction des risques durant la maternité et la périnatalité et valoriser cette période propice à l'apprentissage. Il pourrait s'agir d'éducation aux « bonnes pratiques de consommation », comme celles mises en place par les parents de notre échantillon : ne pas fumer en présence de l'enfant, ne pas fumer à l'intérieur du logement, privilégier les moments où l'enfant est couché, s'assurer qu'au moins l'un des deux parents restent sobre etc. Il pourrait aussi s'agir de promouvoir un meilleur stockage. Selon les enquêtés, l'une des options à privilégier serait celle d'agir directement sur l'environnement matériel des parents en distribuant, à la maternité après la naissance de l'enfant, une boîte sécurisée aux parents consommateurs de cannabis. Stéphane, père de 3 enfants, en est convaincu : « Donner une boîte ça pourrait être bien, le fait d'offrir quelque chose à beaucoup d'impact ! C'est d'autant plus important pour les familles qui n'ont pas un gros pouvoir économique ». Cela traduit la conviction, très dominante au sein de notre échantillon, que la réduction des risques serait, en termes de prévention, plus efficace qu'un discours médical moralisateur. Pour Bastien, dont la posture d'opposition vis-à-vis des « blouses blanches » était assez virulente durant notre entretien, il est totalement contre-

productif de « jouer sur la corde de la santé avec les discours classique : « vous mettez votre vie et la vie de votre enfant en danger ». Au contraire, reconnaître l'existence de la consommation sans jugement de valeur serait un moyen efficace de pouvoir entrer dans l'intimité de l'individu et lui transmettre à ce moment précis des messages de prévention et des outils de réduction des risques, comme avec la distribution d'une boîte sécurisée.

Pour autant, cette posture n'est pas la norme dominante dans le milieu médical du fait de l'illégalité de la pratique. Pour Stéphane, militant au sein de l'association Norml, « le problème c'est que le cannabis n'étant pas autorisé de toutes façons, c'est un truc qui se fait sous le manteau ». En effet, la peur de la stigmatisation, renforcée chez les parents-consommateurs par la crainte d'éventuelles conséquences judiciaires, constitue l'un des principaux freins au développement d'une politique de réduction des risques face aux ingestions accidentelles de cannabis. Comme le rappelle Julien, le cadre légal et sociétal dans lequel s'inscrit la consommation des parents joue un rôle important : « j'aimerais sincèrement pouvoir consommer normalement parce que je le vois pas comme un crime, comme un délit, même en tant que parent. Ça devrait être moins mal vu par la société, et en plus ça permettrait pour moi de mieux contrôler mes produits, de faire des meilleurs tests, de voir les taux, de faire de la prévention, de communiquer ».

Nous développerons ce point en conclusion en guise d'ouverture pour discuter des perspectives socio-politiques favorables à la prévention des ingestions accidentelles de cannabis d'une part, mais également de l'ensemble des usages de drogues en contexte de maternité et de parentalité.

4. Limites et analyse réflexive des résultats

Les résultats que nous présentons ci-dessus sont à interpréter et à nuancer à la lumière des biais de représentativité de notre échantillon. Tout d'abord, nous n'avons pu interroger que cinq parents. Ce chiffre est beaucoup trop faible pour pouvoir extraire des résultats significatifs. Par ailleurs, étant donné le canal de recrutement que nous avons utilisé, à savoir majoritairement les associations d'usagers (Norml, Asud) et le réseau de nos collègues au CHU, notre échantillon présente deux autres limites importantes qui impactent fortement la qualité des résultats : Premièrement, le manque de diversité des profils. Comme nous l'évoquions, plus de la moitié de notre échantillon est inscrit dans une activité militante en faveur de la légalisation du cannabis en France, et pour le développement des politiques de réduction des risques. Il est évident que cet ancrage associatif conditionne et détermine largement les discours et les représentations des usagers. Cela constitue un résultat en soi,

que nous avons tenté d'analyser à travers l'étude des représentations. Néanmoins, ce manque de diversité est préjudiciable puisqu'il ne nous permet pas d'explorer d'autres représentations. C'est d'ailleurs en ça que réside l'autre biais de notre échantillon : non seulement nous manquons de diversité dans les profils recrutés, mais surtout ce profil n'est pas représentatif de la plus grande majorité des consommateurs de cannabis « lambda ». Nous nous sommes entretenus avec des consommateurs experts, avertis, dont les habitudes et les modes de consommation reflètent une très bonne connaissance des pratiques de réduction des risques. A l'exception d'un enquêté, tous pratiquent par exemple le vapotage pour se prémunir des effets délétères de la combustion. Cela représente donc le mode de consommation privilégié pour 80% de notre échantillon, quand le vapotage, à l'échelle nationale, ne représente que 10% des consommateurs de cannabis (OFDT, 2020).

L'avantage, pour notre étude, est que la spécificité de notre échantillon nous a permis d'identifier les bonnes pratiques et de recueillir l'expertise de parents qui l'habitude de consommer à moindre risques, notamment pour protéger leurs enfants. L'engagement associatif de certains participants a aussi favorisé un discours libre, comme le rappelait Stéphane, militant à Norml depuis 2 ans : « *quand on fait partie d'une asso comme moi, j'estime qu'on est assez libre de sa parole. Moi j'ai rien à cacher, et j'assume totalement ma conso* ».

L'inconvénient, en revanche, est qu'il aura été difficile d'identifier les facteurs de risques relatifs à la consommation de cannabis en contexte familial. Initialement, cela faisait pourtant partie des objectifs de notre étude. L'échange que nous avons eu avec Alex, également militant à Norml, traduit bien cette difficulté : « *Quand on est expert du sujet on se rend compte que c'est une aberration en fait, et que si c'est utilisé intelligemment et de manière adulte, faire traîner une boulette sur une table basse c'est aussi con que faire traîner son verre de whisky* ». Nous nous sommes entretenus avec des parents particulièrement conscients des risques et donc particulièrement vigilants envers leurs enfants.

Par conséquent, les résultats que nous avançons sont difficilement généralisables. Ils restent spécifiques à notre échantillon et aux cinq parents interrogés. Il aurait également été intéressant, notamment lors des entretiens exploratoires, d'effectuer des entretiens avec un service de protection de l'enfance, pour mieux connaître la prise en charge en cas de signalement consécutif à une ingestion accidentelle. Nous regrettons également de ne pas avoir pu interroger de parents à qui cet accident serait arrivé, mais nous n'avons pas pu accéder au registre de données confidentiel qui nous aurait permis de les identifier.

Néanmoins, les cinq entretiens effectués nous auront tout de même permis d'explorer des pratiques et des usages de cannabis en contexte de parentalité, et d'entrevoir des opportunités de développer, pour l'ensemble des parents-consommateurs, des actions de réduction des risques et de comprendre les enjeux socio-politiques autour de cette question spécifique.

V. CONCLUSION

A la différence des autres substances psychoactives légales, les drogues, à l'instar du cannabis, se distinguent par leur caractère illicite et la réprobation morale qui les entoure. En contexte de parentalité, l'usage de cannabis implique de fortes tensions normatives et interroge le rapport au risque et aux normes du consommateur (Monge, 2020). En effet, les attentes associées au statut de parents s'interprètent à la lumière d'un cadre normatif et légal spécifique, utilisé comme référentiel pour définir ce qu'est un « bon parent ». Divergent de cette représentation, l'usage de cannabis en contexte familial est considéré comme un comportement de parentalité « déviant ». Légalement, d'une part, car il s'agit d'une pratique illégale, et moralement, d'autre part, car cette pratique est jugée dangereuse et irresponsable.

Ce cadre étant posé, nous avons cherché à identifier les leviers possibles pour développer des actions de réduction des risques auprès des parents-consommateurs, dans l'objectif de prévenir les ingestions accidentelles de cannabis. Nous avons rencontré des parents, eux-mêmes consommateurs, pour la plupart militants et experts de leur produit et de leur consommation. A leur contact, nous avons voulu comprendre comment s'articulent ces deux univers contradictoires que sont la consommation de drogue et la parentalité. A travers ce questionnement, l'objectif était double : d'une part comprendre par quel processus l'usage de cannabis impacte la parentalité, et d'autre part, interroger l'impact de la parentalité sur les pratiques et les modes de consommation. Nous avons ainsi observé que, même si l'entrée dans la parentalité n'entraîne pas l'arrêt de la consommation, particulièrement pour les pères, elle se poursuit néanmoins au prix d'ajustements spatiaux, temporels et quantitatifs. Nous avons souhaité valoriser l'expérience de ces parents pour comprendre ces ajustements et identifier les « *bonnes pratiques* » qui leur permettent de concilier, au quotidien, leur consommation de cannabis et leur rôle de parent. Nous les avons également sollicités pour envisager, ensemble, les modalités de transmission de ces pratiques de réduction des risques vers des parents potentiellement moins avertis et moins au fait des risques liés à l'usage de cannabis dans l'environnement familial.

Il en ressort que l'entrée dans la parentalité est un moment de rupture propice à l'apprentissage, et qu'il serait pertinent d'exploiter ce « *teachable moment* » pour encourager la mise en place d'action de réduction des risques. Il pourrait par exemple s'agir de distribuer des boîtes à fermeture sécurisée aux parents consommateurs afin qu'ils puissent stocker leur cannabis en toute sécurité. De manière

plus globale, il ressort de ce travail empirique que la réduction des risques est l'approche préventive à privilégier pour prévenir le risque d'ingestion accidentelle. Ce constat nous a amené à interroger l'argument parfois mis en avant de la protection de l'enfance pour justifier une politique répressive intransigeante.

Pourtant, promouvoir la réduction des risques ne signifie ni encourager ou décourager l'usage de cannabis en contexte familial. Il s'agit de reconnaître que cette consommation existe bien qu'elle soit illégale, y compris lors de certaines maternités puis durant l'enfance. Encourager la réduction des risques consiste donc à donner une information correcte et détaillée aux parents sur les risques existants pour l'enfant, les effets négatifs, et proposer des comportements de substitution aux pratiques de consommation habituelles afin de diminuer le risque d'accident. Côté soignants, cela implique de dépasser la recommandation habituelle d'arrêt de la consommation au profit d'une vision plus pragmatique consistant à développer la connaissance des différentes pratiques de consommation, et ainsi encourager des modes et des habitudes de consommation permettant d'éliminer ou de limiter au maximum le risque d'exposition des enfants. L'objectif est d'agir prioritairement sur les différents facteurs de risque liés aux habitudes de consommation dans une logique de moindre risque : idéalement, ne pas consommer lorsque l'enfant est présent au domicile. Si ce n'est pas possible, ne pas fumer dans la même pièce ni à la vue de son enfant, ranger son cannabis dans une boîte à ouverture sécurisée et hors de portée des enfants, utiliser un plateau lors de la confection des joints, ou si ce n'est pas le cas, bien nettoyer les surfaces exposées après utilisation.

Mais cet effort de prévention à l'échelle des individus ne saurait être suffisant. En termes de santé publique, un discours dangereux consiste à sur-responsabiliser l'individu et le poids des actions individuelles au détriment des responsabilités politiques. Certes, les comportements des consommateurs et les modes de consommation ont une importance cruciale sur le risque d'ingestion accidentelle. Mais peut-on réellement laisser reposer sur les individus la responsabilité de ces comportements, essentiellement déterminés par des facteurs sociaux, économiques et environnementaux ? Evidemment, non. Car la santé publique est une affaire de décisions politiques avant d'être une responsabilité individuelle. Les actions d'éducation de la population ne seront efficaces que si les acteurs publics impulsent, simultanément, la transformation politique et sociétale de l'environnement global qui encadre et détermine, en partie, les comportements individuels.

Pour parvenir à prévenir efficacement les ingestions accidentelles de cannabis, il est donc nécessaire que la société évolue vers un système, une culture politique et sanitaire qui promeut la réduction des risques. Le dépistage des usages problématiques durant la maternité ou durant les premières années

de l'enfance est à cet égard une condition indispensable pour identifier les situations à risques sur lesquelles agir. A ce jour, le cadre politico-légal de répression des usages de drogues et de sanction des consommateurs peut représenter un frein à cette évolution des mentalités. Les consommateurs, tout particulièrement les parents, craignent la stigmatisation et les sanctions légales à leur rencontre, ce qui les encourage à nier et passer sous silence leur consommation. Cela entrave nécessairement le dépistage des situations à risques et le développement des actions de prévention.

Notre travail nous amène donc à interroger les éventuels bénéfices en termes de réduction des risques et de prévention de la dépénalisation de l'usage et de la détention de cannabis pour les particuliers. Certes à court-terme, ce changement entraînerait probablement, à l'instar d'autres pays ayant déjà assoupli leur législation, une augmentation de la prévalence des ingestions accidentelles (Boadu et al., 2018). Néanmoins, sortir de l'illégalité serait un pas en avant considérable pour les parents consommateurs. En réduisant le poids de la stigmatisation (au moins sur le plan judiciaire), les parents pourraient envisager une parole plus libre avec le corps médical, notamment au moment de la maternité. Cet élargissement du débat serait l'opportunité d'encourager la recherche pour poursuivre le travail d'identification des conditions dans lesquelles il est sécuritaire et raisonnable pour un parent de consommer du cannabis, et ainsi continuer de promouvoir les « bonnes pratiques » en la matière. Il faudrait par ailleurs renforcer les actions de prévention fondées sur le développement des compétences psycho-sociales chez les jeunes scolarisés pour agir sur la prévalence des usages problématiques de cannabis en population générale. Ces actions sont essentielles pour disposer d'une politique de prévention globale, de nature à accompagner les évolutions législatives. Enfin, il faudrait s'employer à développer une culture commune de prévention des consommations de substances psychoactives en contexte de parentalité, dans laquelle devra figurer la prévention des ingestions accidentelles de cannabis, au même titre que la prévention de l'alcoolisation fœtale ou du tabagisme durant la grossesse. A cet égard, le SSMIP bénéficie d'un positionnement privilégié pour réaliser cette mission et accompagner les acteurs de la périnatalité à intégrer la prévention des ingestions accidentelles à leurs missions premières.

Bibliographie

- Afise. (2020, mars). En situation de confinement : Tenez les produits ménagers hors de portée des enfants ! *Communiqué de presse*. <https://www.afise.fr/wp-content/uploads/2020/03/Communiq%C3%A9-de-presse-Vigilance-Confinement-KCFK.pdf>
- Amirav, I., Luder, A., Viner, Y., & Finkel, M. (2011). Decriminalization of Cannabis—Potential risks for children? : Cannabis induced coma in an infant. *Acta Paediatrica*, *100*(4), 618-619. <https://doi.org/10.1111/j.1651-2227.2010.02081.x>
- ANSM. (2015). *Augmentation des signalements d'intoxications pédiatriques au cannabis par ingestion accidentelle—Point d'information—ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé*. <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Augmentation-des-signalements-d-intoxications-pediatriques-au-cannabis-par-ingestion-accidentelle-Point-d-information>
- ANSM. (2018). *Augmentation du nombre d'intoxications au cannabis par ingestion accidentelle chez les enfants—Point d'Information—ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé*. <https://www.ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Augmentation-du-nombre-d-intoxications-au-cannabis-par-ingestion-accidentelle-chez-les-enfants-Point-d-Information>
- Appelboam, A., & Oades, P. J. (2006). Coma due to cannabis toxicity in an infant: *European Journal of Emergency Medicine*, *13*(3), 177-179. <https://doi.org/10.1097/01.mej.0000194405.38206.f2>
- ARS Guadeloupe. (2020). *Attention aux ingestions de résine de cannabis par les jeunes enfants*. Guadeloupe la 1ère. <https://la1ere.francetvinfo.fr/guadeloupe/basse-terre/guadeloupe/attention-aux-ingestions-resine-cannabis-jeunes-enfants-862250.html>

- Articles L221-1 à L221-5, Légifrance. (2018). *Chapitre 1er : Caisse nationale de l'assurance maladie (Articles L221-1 à L221-5)—Légifrance.*
<https://www.legifrance.gouv.fr/codes/id/LEGIARTI000037857518/2018-12-23/>
- Becker, H. S. (1985). *Outsiders. Études de sociologie de la déviance.* Éditions Métailié; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/outsidiers--9782864249184.htm>
- Ben Lakhdar, C., & Kopp, P. (2018). Faut-il légaliser le cannabis en France ? Un bilan socio-économique. *Economie et prévision, 1*(213), 19-39.
- Bergeron, H. (2009). *Introduction* (p. 3-6). La Découverte; Cairn.info.
<https://www.cairn.info/sociologie-de-la-drogue--9782707138699-p-3.htm>
- Bismuth, C., Baud, F. J., & Conso, F. (1987). *Toxicologie clinique.* Flammarion.
- Boadu, O., Gombolay, G. Y., Caviness, V. S., & El Saleeby, C. M. (2018). Intoxication From Accidental Marijuana Ingestion in Pediatric Patients : What May Lie Ahead. *Pediatric Emergency Care, Publish Ahead of Print.* <https://doi.org/10.1097/PEC.0000000000001420>
- Boros, C., Parsons, D., Zoanetti, G., Ketteridge, D., & Kennedy, D. (1996). Cannabis cookies : A cause of coma. *Journal of Paediatrics and Child Health, 32*(2), 194-195.
<https://doi.org/10.1111/j.1440-1754.1996.tb00922.x>
- Bourrillon, A., Benoist, G., & Delacourt, C. (2014). Épidémiologie des intoxications aiguës de l'enfant. *Université Médicale Virtuelle Francophone.*
http://campus.cerimes.fr/media/campus/deploiement/pediatrie/enseignement/intoxication_enfant/site/html/1.html
- Cardon, D. (1996). L'entretien compréhensif (Jean-Claude Kaufmann). *Réseaux. Communication - Technologie - Société, 14*(79), 177-179.
- Carstairs, S. D., Fujinaka, M. K., Keeney, G. E., & Ly, B. T. (2010). Prolonged Coma in a Child Due to Hashish Ingestion with Quantitation of THC Metabolites in Urine. *The Journal of*

Emergency Medicine, S0736467910004063.

<https://doi.org/10.1016/j.jemermed.2010.05.032>

Cesbron, A., Tokayeva, L., Loilier, M., Le Boisselier, R., Gaulier, J.-M., & Coquerel, A. (2016).

Intoxication grave au cannabis par ingestion accidentelle chez un nourrisson de 16 mois.

Toxicologie Analytique et Clinique, 28(2), 129-133.

<https://doi.org/10.1016/j.toxac.2015.12.002>

Claudet, Isabelle. (2016). Intoxications domestiques accidentelles de l'enfant. *Journal de Pédiatrie*

et de Puériculture, 29(5), 244-268. <https://doi.org/10.1016/j.jpp.2016.08.003>

Claudet, I., Breinig, S., Lavit, M., Ricco, L., Brehin, C., & El Balkhi, S. (2020). Is there an interest

for hair analysis in non-intentional pediatric cannabis intoxication? *Forensic Science*

International, 313, 110377. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2020.110377>

Claudet, I., Le Breton, M., Bréhin, C., & Franchitto, N. (2017). A 10-year review of cannabis

exposure in children under 3-years of age : Do we need a more global approach? *European*

Journal of Pediatrics, 176(4), 553-556. <https://doi.org/10.1007/s00431-017-2872-5>

Claudet, I., Mouvier, S., Labadie, M., Manin, C., Michard-Lenoir, A.-P., Eyer, D., Dufour, D., &

for the Marie-Jeanne Study Group. (2017). Unintentional Cannabis Intoxication in Toddlers.

Pediatrics, 140(3), e20170017. <https://doi.org/10.1542/peds.2017-0017>

Dany, L., & Apostolidis, T. (2002). L'étude des représentations sociales de la drogue et du

cannabis : Un enjeu pour la prévention. *Santé Publique*, 14(4), 335.

<https://doi.org/10.3917/spub.024.0335>

Dr Lewenstein, W. (2017). *Tous addicts, et après ?* (Flammarion).

Ehrenberg, A. (1991). *Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes*

(Esprit).

Ehrenberg, A. (1998). *La fatigue d'être soi* (Odile Jacob).

Fenneteau. (2015). *L'enquête : Entretien et questionnaire*. (Dunod).

- Flesch, F., & Blanc-Brisset, I. (2014). Intoxications de l'enfant : Aspects épidémiologiques. Données 2012 des centres antipoison et de toxicovigilance français. *Toxicologie Analytique et Clinique*, 26(1), 6-10. <https://doi.org/10.1016/j.toxac.2014.02.003>
- Fuller, T. (2020, novembre 4). Oregon Decriminalizes Small Amounts of Heroin and Cocaine; Four States Legalize Marijuana. *The New York Times*.
<https://www.nytimes.com/2020/11/04/us/ballot-measures-propositions-2020.html>
- Giroud, C., Bollmann, M., Thomas, A., Mangin, P., & Favrat, B. (2008). Consommation de cannabis : Quels sont les risques ? *Annales de Toxicologie Analytique*, 20(4), 183-205.
<https://doi.org/10.1051/ata/2009021>
- Glaizal, M., Tachji Yacoub, A., Torrents, R., Delavergne, C., Jullian, E., von Fabeck, K., Alvarez, J.-C., Boulamery, A., Larabi, A., & Simon, N. (2016). Intérêt potentiel du flumazénil dans les intoxications pédiatriques par cannabis : À propos d'un cas. *Toxicologie Analytique et Clinique*, 28(2), 139-142. <https://doi.org/10.1016/j.toxac.2016.02.002>
- Goffman, E. (1975). *Stigmate : Les usages sociaux des handicaps*. Les Editions de Minuit.
- Guillaume, J., Levy, K., Borgne, A., Delfaure, M., Renault, V., & Reyre, A. (2013). Grossesse et accession à la parentalité en contexte d'addiction. *Soins Pédiatrie/Puériculture*, 34(275), 14-18. <https://doi.org/10.1016/j.spp.2013.09.006>
- Guyon, L., De Koninck, M., Morissette, P., Ostoj, M., & Marsh, A. (2002). Toxicomanie et maternité : Un parcours difficile, de la famille d'origine à la famille « recréée ». *Drogues, santé et société*, 1(1). <https://doi.org/10.7202/000417ar>
- Hall, W., & Lynskey, M. (2016). Evaluating the public health impacts of legalizing recreational cannabis use in the United States : Impacts of legalizing recreational cannabis use. *Addiction*, 111(10), 1764-1773. <https://doi.org/10.1111/add.13428>
- Havighurst, R. J. (1961). *Human development and education*. David McKay Co.

- Insee. (2016). *Fiche population : Les âges de la vie, femmes et hommes* (Insee références). INSEE.
file:///C:/Users/leoco/Downloads/FPORSOC16j4_F2.4_femmesethommes.pdf
- Le Monde. (2019, février 8). Cannabis : La légalisation est-elle moins coûteuse que l'interdiction ?
Le Monde.fr. https://www.lemonde.fr/societe/video/2019/02/08/cannabis-la-legalisation-est-elle-moins-couteuse-que-l-interdiction_5421261_3224.html
- Le Monde. (2019, juillet 2). Faut-il légaliser le cannabis en France ? Vingt arguments pour se forger une opinion. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/les-decodeurs/article/2019/07/02/faut-il-legaliser-le-cannabis-vingt-arguments-pour-se-forger-une-opinion_5484277_4355770.html
- Le Monde. (2020, avril 22). De Clichy à Gennevilliers, des jeunes habités par un « sentiment d'injustice », des policiers dénoncent l'« impunité généralisée ». *Le Monde.fr*.
https://www.lemonde.fr/societe/article/2020/04/22/coronavirus-les-difficultes-liees-au-confinement-provoquent-des-tensions-dans-les-quartiers-populaires_6037368_3224.html
- Le Monde. (2020, juillet 25). L'amende forfaitaire pour usage de stupéfiants généralisée dès la rentrée. *Le Monde.fr*. https://www.lemonde.fr/politique/article/2020/07/25/jean-castex-se-deplace-a-nice-apres-plusieurs-episodes-de-violences_6047255_823448.html
- Le Nézet, O. (2013). Le cannabis, données essentielles. *Drogues et addictions*, 214-225.
- L'Obs. (2019, juin 19). *L'appel de 70 médecins, élus, économistes : « Pourquoi nous voulons légaliser le cannabis »*. L'Obs. <https://www.nouvelobs.com/societe/20190619.OBS14590/l-appel-de-70-medecins-elus-economistes-pourquoi-nous-voulons-legaliser-le-cannabis.html>
- Loi n°70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie, et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses, 70-1320 (1970).
- Marcou, A., Paon, J.-C., Dufour, D., Belgaid, A., Goullé, J.-P., & Le Roux, P. (2004). Intoxication cannabique chez un enfant de 11 mois. *La Presse Médicale*, 33(14), 940.
[https://doi.org/10.1016/S0755-4982\(04\)98800-8](https://doi.org/10.1016/S0755-4982(04)98800-8)

- Martin, C. (s. d.-a). *Guides sur la parentalité : Une infinie course au bien-être ?* The Conversation.
Consulté 7 septembre 2020, à l'adresse <http://theconversation.com/guides-sur-la-parentalite-une-infinie-course-au-bien-etre-142441>
- Martin, C. (s. d.-b). *La parentalité en question. Perspectives sociologiques*. 66.
- Martin, C. (2014). « Être un bon parent » : *Une injonction contemporaine*. Presses de l'EHESP; Cairn.info. <https://www.cairn.info/etre-un-bon-parent-une-injonction-contemporaine--9782810902606.htm>
- Mildeca. (2018). *Plan national de lutte contre les addictions 2018-2022*. Mildeca - Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives.
https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/plan_mildeca_2018-2022_def_190212_web.pdf
- Miramont, S., Alvarez, J.-C., Bourgogne, E., & Chéron, G. (2013). Intoxication passive à la cocaïne d'un enfant de 25 mois. *Archives de Pédiatrie*, 20(6), 654-656.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2013.03.006>
- Monge, J. (2020). *Les consommations de substances illicites entre parents et enfants : Carrière d'usage, carrière parentale et tension normative*. Ecole des Hautes Etudes en Sciences Sociales.
- Morel d'Arleux, J., Brisacier, A.-C., & Spilka, S. (2019). *Drogues, chiffres clés* (8ème édition). Observatoire français des drogues et de la toxicomanie - OFDT.
- Nguyen-Thanh, V., & Latour, N. (2020). *Les addictions en France au temps du confinement* (N° 139; Tendances). Observatoire français des drogues et de la toxicomanie - OFDT.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxof2a9.pdf>
- Obradovic, I. (2017). *Représentations, motivations et trajectoires d'usage de drogues à l'adolescence* (N° 122; Tendances). Observatoire français des drogues et de la toxicomanie - OFDT. <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxi0y1.pdf>

- OEDT. (2019). Rapport européen sur les drogues : Tendances et évolutions. *Observatoire européen des drogues et des toxicomanies*, 100.
- OFDT. (2020). *Cannabis—Synthèse des connaissances* (p. 12) [Fiche thématique]. Observatoire français des drogues et de la toxicomanie - OFDT. <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>
- Olievenstein, C. (1977). *Il n'y a pas de drogués heureux* (Éditions Robert Laffont).
- ONU. (2020). *2020 World Drug Report* (Drug use and health consequences). © United Nations publication. https://wdr.unodc.org/wdr2020/field/WDR20_Booklet_2.pdf
- Patissier, C., Akdhar, M., Manin, C., Rosellini, D., Tambat, A., Tiprez, C., Wendremaire, P., & Renoux, M.-C. (2015). À propos de 8 cas d'intoxication accidentelle au cannabis chez des nourrissons. *Archives de Pédiatrie*, 22(1), 43-46.
<https://doi.org/10.1016/j.arcped.2014.10.008>
- Paulhus, D. (2002). *Social desirable responding : The evolution of a construct. The role of constructs in psychological and education measurement.*
- Pélessier, F., Claudet, I., Pélessier-Alicot, A.-L., & Franchitto, N. (2014). Parental Cannabis Abuse and Accidental Intoxications in Children : Prevention by Detecting Neglectful Situations and At-Risk Families. *Pediatric Emergency Care*, 30(12), 862-866.
<https://doi.org/10.1097/PEC.000000000000288>
- Redonnet, B., Chollet, A., Fombonne, E., Bowes, L., & Melchior, M. (2012). Tobacco, alcohol, cannabis and other illegal drug use among young adults : The socioeconomic context. *Drug and Alcohol Dependence*, 121(3), 231-239.
<https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2011.09.002>
- Santé Publique France. (2010). *Enquête permanente sur les accidents de la vie courante (EPAC). Résultats 2010 en France métropolitaine.* /notices/enquete-permanente-sur-les-accidents-de-la-vie-courante-epac-.resultats-2010-en-france-metropolitaine

- Simmat-Durand, L. (2009). Devenir mère en situation d'addiction... : Quelle trajectoire ? *La lettre de l'enfance et de l'adolescence*, 77(3), 65-70. Cairn.info.
<https://doi.org/10.3917/lett.077.0065>
- Spadari, M., Glaizal, M., Tichadou, L., Blanc, I., Drouet, G., Aymard, I., De Haro, L., Hayek-Lanthois, M., & Arditti, J. (2009). Intoxications accidentelles par cannabis chez l'enfant : Expérience du centre antipoison de Marseille. *La Presse Médicale*, 38(11), 1563-1567.
<https://doi.org/10.1016/j.lpm.2009.03.020>
- Spilka, S., Godeau, E., Le Nézet, O., Ehlinger, V., & Chyderiotis, S. (2019). Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018—Enquêtes HBSC / ESPAD. *Tendances - OFDT*.
- Spilka, S., Le Nézet, O., Janssen, E., Brissot, A., Philippon, A., Jalpa, S., & Chyderiotis, S. (2018). *Les drogues à 17 ans : Analyse de l'enquête ESCAPAD 2017* (Tendances). Observatoire français des drogues et de la toxicomanie - OFDT.
<https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssy2.pdf>
- Stevens, A., Hughes, C., & Andro, A. (2016). Dépénalisation et santé publique : Politiques des drogues et toxicomanies au Portugal. *Mouvements*, 86(2), 22.
<https://doi.org/10.3917/mouv.086.0022>
- Wang, G. S., Roosevelt, G., Le Lait, M.-C., Martinez, E. M., Bucher-Bartelson, B., Bronstein, A. C., & Heard, K. (2014). Association of Unintentional Pediatric Exposures With Decriminalization of Marijuana in the United States. *Annals of Emergency Medicine*, 63(6), 684-689. <https://doi.org/10.1016/j.annemergmed.2014.01.017>
- Weinberg, D., Lande, A., Hilton, N., & Kerns, D. L. (1983). Intoxication from Accidental Marijuana Ingestion. *Pediatrics*, 71(5), 848.

Whittaker, A. (2013). *Guide concernant l'usage de substances psychoactives durant la grossesse : Un ouvrage de référence pour les professionnels*. RESPADD (Réseau des établissements de santé pour la prévention des addictions).

Liste des annexes

Annexe 1 – Affiche « Produits ménagers, hors de portée des enfants » (2006).....	74
Annexe 2 – Campagne de prévention de l'ARS Guadeloupe.....	75
Annexe 3 – Affiches de sensibilisation produites par la Mildeca.....	76
Annexe 5 – Flyer utilisé pour le recrutement des participants.....	78
Annexe 6 – Protection des données et précautions éthiques et réglementaire.....	79
Annexe 7 – Guide d'entretien utilisé lors des entretiens semi-directifs avec les parents	80
Annexe 8 - Evolution des teneurs en THC dans les saisies de marijuana entre 2009 et 2017.....	88
Annexe 9 - Evolution des teneurs en THC dans les saisies de résine entre 2009 et 2018	88
Annexe 10 – Taux d'expérimentation de cannabis par sexe et par tranche d'âge	89
Annexe 11 – Exemple de retranscription d'entretien (entretien n°3)	90

Annexe 1 – Affiche « Produits ménagers, hors de portée des enfants » (2006).

Affiche réalisée par l'INPES et intégrée à la brochure "Protégez votre enfant des accidents domestiques"

Disponible sur : <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/risques-de-la-vie-courante/article/bricolage-et-produits-menagers>



Annexe 2 – Campagne de prévention de l'ARS Guadeloupe (ici relayée sur Facebook par Canal 10).

The image shows a Facebook post from the page 'canal 10'. The post is titled 'PREVENTION' and contains the following text: 'Attention aux intoxications des jeunes enfants par ingestion de résine de cannabis. Les ingestions accidentelles de résine de cannabis par de jeunes enfants sont en constante augmentation ces dernières années avec des conséquences parfois sévères. L'agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy lance une campagne de com... Afficher la suite'. Below the text is a video thumbnail with the text 'NE FAITES PAS SUPPORTER À VOS ENFANTS LES CONSÉQUENCES DE VOS ENVIES'. The video shows a young child sitting at a table, holding a small object to their mouth. The video has 150 reactions, 52 comments, and 145 shares. The interaction buttons 'J'aime', 'Commenter', and 'Partager' are visible at the bottom.

canal 10
8 h · 🌐

PREVENTION
Attention aux intoxications des jeunes enfants par ingestion de résine de cannabis
Les ingestions accidentelles de résine de cannabis par de jeunes enfants sont en constante augmentation ces dernières années avec des conséquences parfois sévères. L'agence de santé de Guadeloupe, Saint-Martin et Saint-Barthélemy lance une campagne de com... Afficher la suite

**NE FAITES PAS SUPPORTER
À VOS ENFANTS LES
CONSÉQUENCES DE VOS
ENVIES**

150
52 commentaires 145 partages

J'aime Commenter Partager

Annexe 3 – Affiches de sensibilisation produites par la Mildeca dans le cadre de la campagne de prévention des risques liés au cannabis, lancée sur les réseaux sociaux le 23 septembre 2020.

CANNABIS & SANTÉ

Des risques pour la famille

Consommé par une femme enceinte, le cannabis expose à des risques immédiats... :

- ✗ fausse-couche
- ✗ naissance prématurée
- ✗ faible poids à la naissance

... et bien au-delà de la période de la grossesse, de possibles perturbations de la maturation cérébrale



CANNABIS & SANTÉ

Des risques pour la famille

A la maison, attention :

- ✗ à l'inhalation passive de la fumée du cannabis, plus toxique encore que celle du tabac
- ✗ aux risques d'ingestion accidentelle par les enfants en bas-âge

Des adolescents dont les parents fument du cannabis sont plus susceptibles de consommer eux-mêmes des substances psychoactives



Annexe 4 – Synthèse du projet PREVIAC



Projet PREVIAC



Construction d'une campagne de prévention des ingestions accidentelles de cannabis

Les intoxications représentent la seconde cause d'accidents de la vie courante chez les enfants après les traumatismes et devant les brûlures. Parmi ces intoxications, les ingestions accidentelles de cannabis sont de plus en plus fréquentes depuis quelques années. Elles ont doublé entre 2014 et 2017 et continuent d'augmenter chaque année. Elles concernent surtout les enfants de moins de 6 ans avec un pic entre 2 et 3 ans. Elles surviennent généralement au domicile familial, lorsqu'une boulette de résine ou une barrette est laissée à un endroit accessible. Ces intoxications représentent entre 5 à 10 enfants par an au CHU de Bordeaux pour un total national de 150 à 300 patients. Les signes d'intoxication au cannabis sont surtout neurologiques avec une somnolence précédée d'agitation ou en alternance, des troubles de l'équilibre, de la motricité, de la conscience pouvant aller jusqu'au coma, une dépression respiratoire et des convulsions. Bien qu'aucun cas mortel n'ait encore été observé, ces intoxications sont particulièrement graves. A Bordeaux, 1 enfant sur 4 admis aux urgences pédiatriques après avoir ingéré du cannabis nécessite une prise en charge en réanimation. A l'échelle nationale, le nombre d'admissions en réanimation consécutives aux ingestions accidentelles a été multiplié par 5 entre 2014 et 2017 en raison de la forte augmentation de la teneur en THC des résines en circulation. La littérature sur le sujet est relativement restreinte. Il s'agit principalement d'études épidémiologiques et les recommandations en matière de prévention sont très limitées. Elles consistent, en prévention primaire, à des campagnes d'information auprès des jeunes parents. Or les consommations de cannabis n'étant pas toujours dépistées chez les futurs parents durant la maternité, il y a peu de chance que ce travail d'information soit systématique ou ciblé. En prévention tertiaire, les actions reposent sur le signalement des intoxications auprès des autorités sociales compétentes pour prévenir d'éventuelles récurrences. Dans ce contexte fortement évolutif, il est important de pouvoir développer des actions de prévention et de RDR pertinentes pour prévenir les intoxications accidentelles au THC.

Notre projet :

Construire une campagne de prévention départementale pour réduire la prévalence des ingestions accidentelles en Nouvelle-Aquitaine. La définition des messages et des actions à de prévention se fera sur la base d'une enquête qualitative menée auprès d'un échantillon de parents ou futurs parents consommateurs réguliers de cannabis. L'objectif est de comprendre comment les parents intègrent l'arrivée de leur enfant dans leurs pratiques de consommation et ainsi identifier les principaux facteurs de risque. Les résultats de l'étude seront ensuite présentés en focus group aux professionnels de santé (maternité, pédiatrie, addictologie) pour construire ensemble des outils de prévention adaptés et applicables par les acteurs de terrain. La diffusion de la campagne sur l'ensemble du territoire de Nouvelle-Aquitaine est prévue pour 2021.

Porteurs de projet : Pr. Pascal PILLET (pôle Pédiatrie) – Pr. François ALLA (pôle Santé Publique)

Financement : ARS Nouvelle-Aquitaine (Fonds Addiction)

Contacts : Dr. Léo DONZEL – leo.donzel@chu-bordeaux.fr - Léo COQUARD – leo.coquard@chu-bordeaux.fr

Unité de Soutien aux Actions de Prévention, Hôpital Saint-André, 86 cours d'Albret - Bordeaux

Annexe 5 – Flyer utilisé pour le recrutement des participants



L'Unité de Soutien aux Actions de
Prévention recherche des
participants
pour mener
une enquête qualitative sur les
ingestions accidentelles de
cannabis

- ✓ Couples de parents (*ou parent seul*) ayant un ou plusieurs enfants de moins de 5 ans
- ✓ Couples de futurs parents
- ✓ Consommateurs de cannabis (*occasionnels ou réguliers*)

- **Objectifs** : Développer des actions et des outils de prévention
- **Période** : 15/09/2020 au 30/10/2020
- **Lieu** : Hôpital Saint-André, 86 cours d'Albret, 33 000 Bordeaux
Entretiens anonymes
Participation non-indemnisée

Contacts :

Dr. Léo DONZEL – leo.donzel@chu-bordeaux.fr
Léo COQUARD – leo.coquard@chu-bordeaux.fr
Secrétariat : 05.57.82.26.50

Annexe 6 – Protection des données et précautions éthiques et réglementaire (extraits du protocole de recherche)

1. Protections des données

Les données qualitatives recueillies auprès des personnes concernées seront collectées lors d'entretiens semi-directifs. Après recueil du consentement des personnes concernées, les entretiens seront enregistrés sur support audio. Ils seront intégralement retranscrits en fichiers Word après l'entretien et seront anonymisés. Les enregistrements audio et les retranscriptions seront conservés sous responsabilité du chargé de recherche sur son poste de travail (accès sécurisé). Les enregistrements vocaux seront également effacés de l'enregistreur qui sert à la recherche. L'Organisme Responsable et les Responsables Scientifiques conservent les documents relatifs à la recherche, qui leur sont spécifiques pendant une durée de quatre ans après publication des résultats. Aucun déplacement ou destruction ne peut se faire sans l'accord de l'Organisme Responsable. Au terme de la durée réglementaire d'archivage, l'Organisme Responsable sera consulté pour destruction. Toutes les données, tous les documents et les rapports peuvent faire l'objet d'audit ou d'inspection.

Le traitement des données à caractère personnel des personnes se prêtant à la présente recherche a pour seule finalité la réalisation de la recherche. Ce traitement inclut la gestion des données relatives aux personnes se prêtant à la recherche, en vue de permettre le recueil et l'analyse des données recueillies au cours de la recherche.

2. Précautions éthiques et réglementaires

La recherche sera menée dans le respect de la réglementation française en vigueur, notamment des dispositions de la loi Informatique et Libertés, du règlement général sur la protection des données. Cette recherche s'effectue dans le cadre d'une enquête sociologique rétrospective. Elle sera menée conformément à la méthodologie de référence MR 004 homologuée par la Commission Nationale de l'Informatique et des Libertés (Cnil) le 03 mai 2018. Le CHU de Bordeaux, structure en charge de la recherche, s'engage à mener la recherche conformément à ces dispositions éthiques et réglementaires. Une information sera faite oralement auprès des personnes enquêtées avant le début de l'enquête et portera sur les finalités de l'étude et les modalités d'exercice de leur droit d'opposition et de rectification.

Annexe 7 – Guide d’entretien utilisé lors des entretiens semi-directifs avec les parents

Thématique	Questions principales	Points à aborder / Questions de relance
<p>Présentations</p>	<p>Si vous êtes d’accord, j’aimerais dans un premier temps qu’on parle de vous : dites-moi qui vous êtes, d’où vous venez, ce que vous faites dans la vie, parlez- moi de votre famille etc.</p> <p>Racontez-moi comment ça se passe depuis la naissance de votre enfant ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Parcours scolaire & pro - Situation familiale - <u> </u>Parcours de vie <p>Quel âge, changements, adaptation...</p>
<p>Discussion autour de la consommation de cannabis</p>	<p><i>Si vous êtes d’accord, je propose qu’on discute de votre consommation de cannabis.</i></p> <p>Parlez-moi votre histoire avec le cannabis : comment vous avez découvert le</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Quand ? - Comment ? Dans quel contexte (seul, groupe, etc.) ?

	<p>cannabis, vos premières consommations, l'évolution etc.</p> <p>Pouvez-vous me décrire un moment de consommation « classique » ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Fumiez-vous avant de consommer du cannabis ? - Depuis quel âge ? Dans quel cadre ? - Motivation, effets recherchés ? - Dans quel contexte consommez-vous du cannabis aujourd'hui ? (entre amis, en couple, seul) ? - à quel moment de la journée ? - sous quelle forme (shit, beuh, space cake) ? - A quelle fréquence (combien de fois / jours / mois) ? - Comment votre consommation à évoluer depuis que vous avez commencé ? - Comment vous le procurez-vous ?
--	--	--

Commenté [JM2]: Tout consommateur qui se respecte refusera de répondre à ça au téléphone!

	<p>Consommez-vous d'autres produits en parallèle du cannabis (alcool, tabac, médicaments, autres substances) ?</p>	<p>En même temps que le cannabis ?</p> <p>Quelle différence pour vous entre le cannabis et les autres produits ?</p>
<p>Représentation du cannabis</p>	<p>Si on imagine une situation où quelqu'un qui n'a absolument jamais entendu parler du cannabis ou même de drogue vient à votre rencontre et vous demande ce que vous consommez, que lui diriez-vous du cannabis ?</p> <p>C'est quoi pour vous une consommation équilibrée de cannabis, une consommation qui ne pose pas problème ?</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Qu'est-ce que vous appréciez dans le cannabis ? Qu'est-ce qu'il vous apporte ? - Pensez-vous que le cannabis peut être dangereux ?

Commenté [JM3]: tu parles de périodes de conso concomitantes ou d'association de produit?

Commenté [JM1]: voir commentaire plus haut "quelle est votre histoire avec les drogues?"

	<p>Avez-vous déjà envisagé ou essayé de modifier vos habitudes de consommation ?</p>	<p>Quand ? Comment ? Pour quelle(s) raison(s) ? Comment ça s'est passé ?</p>
	<p>Racontez-moi vos meilleurs et vos pires souvenirs avec le cannabis ?</p>	<p>(Accident, bad-trip, perte de permis, contravention, problèmes familiaux...)</p>
	<p>Quand vous vous posez une question sur le cannabis, où cherchez-vous des réponses ? Comment vous vous informez ?</p>	<p>(internet, médias, amis)</p>

Commenté [JM4]: Tu auras les réponses en tournant les questions précédentes différemment

Consommation et parentalité	Quand vous avez eu votre enfant, est-ce que votre consommation a changé ?	Avez-vous déjà envisagé ou essayé de modifier/réduire votre consommation depuis que vous êtes parents ? Comment ? Pourquoi ?
	Et pendant la grossesse, comment ça s'est passé ? Qu'avez-vous ressenti ?	Etiez-vous inquiets ? Vous a-t-on parlé de votre consommation à l'hôpital ? (si oui : qui ? Si non, auriez-vous aimé en parler ?
	D'après vous, le cannabis présente-t-il un danger (<i>potentiel</i>) pour votre enfant ?	Pensez-vous que votre consommation impacte votre niveau de vigilance ? Quels sont les risques ? Avez-vous déjà entendu parler des ingestions accidentelles ?

a mis en forme : Police :Non Gras

	<p>Prenez-vous des précautions particulières pour votre enfant lorsque vous fumez ?</p>	<p>Où stockez-vous votre cannabis ?</p> <p>Essayez-vous de le tenir hors de portée de votre enfant ?</p>
<p>Construction de solution Approche motivationnelle – Solutions et réduction des risques</p>	<p>A votre avis, comment pourrait-on réduire les risques liés à la consommation de cannabis dans une famille ?</p> <p>Au CHU de Bordeaux, on reçoit entre 5 et 10 enfants par an après des intoxications au cannabis, que vous évoque cette situation ?</p>	<p>(rebondir sur les risques identifiés/évoqués plus haut pour aborder cette question)</p> <p>A votre avis, comment ça se passe dans ce cas-là ?(détection par les parents, prise en charge, complications, réaction des médecins)</p>

	<p>D'après vous, comment expliquez que ces situations arrivent parfois ?</p> <p>Notre projet a pour but de développer, avec les parents, des solutions adaptées pour protéger les enfants des risques liés à la consommation de cannabis, principalement les ingestions accidentelles :</p> <p>Quelles solutions pourrions-nous envisager ? Avez-vous des idées ?</p> <p>Quelles sont d'après-vous les solutions les plus adaptées pour stocker son cannabis ?</p> <p>Quelles solutions pourrait-on envisager en amont de la naissance, durant la maternité, pour sensibiliser les parents- ?</p>	<p>Quels sont les freins, les limites à avoir en tête ?</p> <p>Que pensez-vous d'une solution visant à ranger le cannabis dans une boîte à fermeture sécurisée ?</p>
--	--	--

	<p>D'après vous, comment mieux communiquer auprès des parents (sur les risques, les solutions) ?</p> <p>Avez-vous des remarques à ajouter ?</p>	<p>Quels canaux ? Quel format ?</p> <p>(sur le projet, l'entretien, le cannabis, la parentalité)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Qu'avez-vous pensé de l'entretien ? - Etiez-vous suffisamment à l'aise ? <p>Quelles autres questions j'aurai pu vous poser ?</p>
--	---	---

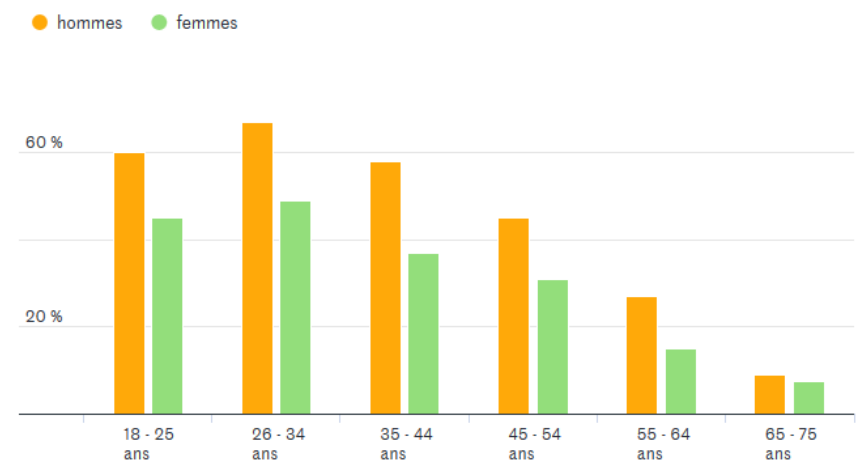
Annexe 8 - Evolution des teneurs en THC dans les saisies de marijuana entre 2009 et 2017



Annexe 9 - Evolution des teneurs en THC dans les saisies de résine entre 2009 et 2018



Annexe 10 – Taux d'expérimentation de cannabis par sexe et par tranche d'âge



Source : [OFDT](#)

Annexe 11 – Exemple de retranscription d’entretien (entretien n°3)

Entretien n° 3 - effectué en visio (1h08 minutes)

Introduction non retranscrite (5 min) - (présentation de l’étude, des conditions de confidentialité, déroulement de l’entretien...)

L : Avant de commencer, est-ce que déjà vous avez des questions sur l’étude ? Sur le déroulement et la confidentialité de l’entretien que je vous ai présenté?

A : Non aucun problème ! Vous savez quand on fait partie d’une asso, j’estime qu’on est assez libre de sa parole. Moi j’ai rien à cacher, j’assume totalement ma conso. Enfin je fume pas dans la rue, mais mes proches le savent et ça n’a jamais été un tabou pour ma part. Au contraire, je trouve cool que la partie médicale s’intéresse au sujet parce que c’est parfois encore compliqué d’ouvrir le débat !

L : Effectivement, et justement le débat de la légalisation tend à être plus présent dans l’espace public et on a vu dans les pays qui ont dépénalisé, au-delà des effets sur la santé publique, au niveau des IAC on a constaté une augmentation dans ces pays-là, sûrement parce qu’il y a plus de produits en circulation...

A : Y a ça et y a les « edibles » aussi, moi je trouve que c’est une perversion et une connerie monumentale, faut pas que ça ait la forme ou le goût de bonbon, c’est une connerie.

L : Nous c’est aussi l’idée, anticiper les effets possibles de la dépénalisation sur les IAC pour que le jour venu il n’y ait pas d’effets collatéraux en lien avec les IAC.

A : C’est sûr, qu’on ne vende pas des barres twix à côté de barres au THC, et que ce soit pas vendu n’importe comment, et que ce soit pas un argument pour tous les gens qui veulent privilégier la répression à la dépénalisation. Nous on l’entend souvent à Norml, on est une petite bande assez active sur Twitter, et on est souvent confronté à ça mais on remet en cause la répression : « mais les enfants ? ». Légaliser ça veut pas dire qu’il y aura du shit en vente à côté des Kinders, légaliser ça veut dire c’est mis en vente pour des adultes responsables pour un usage responsable !

[Pause, A.B s’excuse et part 5 minutes pour s’occuper de sa fille].

L : Dans un premier temps est-ce que vous pourriez vous présenter, me parler de vous, me dire un peu qui vous êtes, me raconter votre parcours, votre famille etc. ?

A : J’ai 44 ans, je suis né à Paris, je suis informaticien de formation, j’ai commencé à fumer la cigarette vers 20 ans, j’ai découvert le joint vers 25, à titre récréatif, et j’ai bien aimé, mais ça m’a pas sauté dessus, quand j’en avais pas y avait pas de souci je pouvais passer plusieurs mois sans bedo, donc voilà ! J’ai eu un premier enfant à 30 ans, ce qui m’a fait du coup arrêté ma conso, j’ai arrêté pendant (hésitation) pendant 2 ans (oui 2 ans parce que j’ai repris après le départ de Marion) – donc ouais je me suis séparé et là j’ai repris. Et puis je suis venu sur Bordeaux pour suivre mon fils, et j’ai relimité, enfin non pas limité mais j’ai repris en festif, et pas en usage quotidien, donc j’ai rebaisé ma conso, et elle est restée relativement stable jusqu’à ce que je me blesse au dos y a... bah j’avais 40 ans !

L : D’accord, qu’est-ce que vous vous êtes fait au dos ?

A : 42 ans pardon, en fait j'ai fait une mauvaise chute en portant ma fille et je me suis coincé le nerf sciatique et déplacé une vertèbre. Du coup ça a mis du temps, ça a été très douloureux, ça a changé ma méthode de conso, j'ai découvert le côté médical du cannabis par ce biais. Que vous dire d'autre ?

L : Donc maintenant vous avez 2 enfants c'est ça ?

A : Maintenant j'en suis à 3 ! Mon fils à 15 ans, ma fille à 6 ans, et ma petite dernière à 2 ans.

L : D'accord, très bien. Et donc pour « rentrer dans le vif du sujet », c'est-à-dire votre consommation, est-ce que vous pouvez me raconter un peu votre histoire avec le cannabis (vous avez un peu déjà commencé à le faire), mais m'expliquer les contextes dans lesquels vous avez consommé, comment ça a évolué, faire un peu l'historique..

A : Alors j'ai découvert à 25 ans quand je sortais des études et que je vivais à Paris depuis plusieurs années, (enfin avant j'étais en dehors de Paris, à 25 ans je suis arrivé A Paris pour travailler), j'étais plus étudiant, j'étais plus chez mes parents, j'avais une vie de jeune homme. Mon meilleur pote lui fumait tous les jours en fait, et je le savais mais ça m'a pas spécialement intéressé, j'étais à la clope, j'étais à l'alcool et ça m'allait très bien. Et puis j'ai essayé un soir avec lui et je me suis dit « ah c'est cool », et puis il m'a laissé une barrette, et j'ai commencé comme ça ! Mais ça restait..enfin quand ma barrette était terminée c'était pas grave ! Si j'avais l'occasion que j'étais avec lui, qu'on allait en soirée, que je savais que ça allait teaser, déconner, je prenais une barrette, mais si j'en avais plus c'était pas un problème. Et puis ma conso s'est arrêtée.. Enfin voilà, j'étais en mode festif, je taffais beaucoup, et je sentais que c'était pas le top pour bosser, que j'avais besoin d'être plus en forme, un peu comme la petite, la gueule de bois on se dit c'est pas une bonne chose, bah fumer au taff c'est pas une bonne chose. Donc voilà, du coup c'était vraiment réservé aux week-ends et aux soirées. Et puis je me suis installé avec ma compagne de l'époque et on a eu mon fils ! Donc je me suis dit l'occasion fait le larron, j'arrête. Du coup j'ai arrêté, j'ai arrêté le cannabis facilement, la clope pas du tout ! J'ai pas réussi, donc j'étais toujours à la clope ! Mais pour moi l'arrêt du canna en tant que connerie festive et « drogue », parce qu'à l'époque je voyais encore ça comme une drogue, c'était pas un problème. Voilà, après on s'est séparés et là par contre j'ai repris, parce que je suis tombé en dépression et là voilà j'avais rien à foutre de mes journées, donc je fumais, et je suis monté à des 20 bedos par jour.. Tu te lèves à 10h et demie, tu fous rien de ta journée, le premier truc que tu fais c'est café et bedo ! Et en fait tu rythmes ta journée avec les bedos. Donc voilà, là après j'ai décidé de me reprendre en main ! J'ai quitté Paris pour venir à Bordeaux aider mon fils, j'ai emménagé avec un étudiant, moi j'étais déjà plus vieux, mais lui faisait des soirées avec ses potes et donc forcément à Bordeaux, étudiant, y a de l'herbe. Et ça j'avais jamais touché à Paris c'était du shit, mais l'herbe m'a beaucoup mieux convenu, parce que j'avais moins l'impression de retomber dans de la merde, parce que le shit c'est quand même rempli de merdes. On trouve vraiment de la merde en boîte en France, alors que la weed était beaucoup plus facile à fumer alors je suis passé au pur, mais toujours en mode festif. J'avais commencé à arrêter la clope mais j'avais toujours du mal, et en fait du coup je fumais en festif mais des grosses quantités pures. Donc voilà le processus coute très cher, quand on a la clope d'un côté le bedo de l'autre ça coute bien cher, donc du coup j'ai arrêté et j'ai repris quand je me suis blessé au dos. En fait bouffer du Tramadol à longueur de journée ça me bouffait le ventre, du coup j'ai commencé à me renseigner sur les méthodes

alternatives et je me suis dit mais en fait j'ai fumé des années et des années, je me suis souvenu que quand j'avais mal aux dents fumer un bedo atténuait la douleur, donc je me suis dit je vais le retenter par contre j'avais arrêté de fumer, et du coup pour moi c'était un problème. Le cuisiner ? Non ! Faire de la combustion, non, j'étais en plus devenu un antitabac bien virulent, et du coup j'ai découvert la vaporisation et ça a été monumental quoi !

L : Oui vous êtes la deuxième personne que j'interroge de Norml, et dans les deux cas vous vapotez dans une perspective de RDR, ce qui doit pas être le plus courant chez les fumeurs de cannabis

A : Alors y paraît aux dernières nouvelles qu'on est 10% des consommateurs à vapoter, en France, mais comme c'est interdit c'est compliqué de savoir. Apparemment on serait 6% en edible, 10% en vapo et le reste en combustion.

L : D'accord, et au moment de vos douleurs vous avez pas tenté de passer au CBD ?

A : Alors le CBD, y a 2 ans c'était encore timide, et avant j'étais conso passif, je m'intéressais pas trop au produit ! C'est à partir du moment où j'y ai vu un intérêt médical que je me suis vraiment intéressé au canna, à son histoire, à tout ce qui est possible de faire avec, et en plus au niveau médical où c'est une plante hallucinante, plus on recherche et plus on se dit c'est fou tout le bien qu'elle peut procurer quand elle est bien utilisée. Et du coup ouais, j'y ai pas pensé tout de suite au CBD, bien après. J'ai essayé et c'est vrai qu'il y a un intérêt, mais j'ai testé les 2 un CBD poussé artisanalement et un CBD trouvé dans le commerce genre street shop, et ça n'avait rien à voir et c'est du foin ce qu'on trouve en légal ! Poussé par mon pote y avait un vrai effet relaxant, on sentait vraiment un effet positif sur le corps, mais le foin vendu 20€ chez Streetshop c'est ultra cher et c'est de la daube.

L : D'accord, et votre conso aujourd'hui alors ça donne quoi ?

A : Du coup elle est que un vapo, très très rarement en gâteau, genre 2 fois par an, donc elle est en vapo, elle est uniquement le soir, alors quand je taffe uniquement le soir, quand je suis en vacances je m'interdis pas avec le café du midi, si y a pas les gamins à côté, si ça s'y prête voilà un petit vapo, et le soir histoire de me détendre, pas tous les soirs, sauf quand je suis en vacances là c'est systématique, mais quand je taffe j'essaye de me garder une moitié de semaine sans rien toucher. Après ça dépend des événements : si je suis plus stressé, si je me suis refait mal au dos, voilà c'est assez fluctuant. Quand je suis parti en vacances chez mes parents cet été par exemple j'avais rien emmené. Je le vois plus comme un soutien pour les moments compliqués, que ce soit physique ou mental, mais là encore ça dépend ce qu'on utilise. Donc c'est assez fluctuant mais c'est au moins 3 jours par semaine.

L : Ok, et est-ce que vous consommez d'autres produits (médicaments, alcool, autres substances) parallèlement au cannabis ?

A : Alors l'alcool j'ai complètement arrêté l'an dernier, j'avais pas une consommation...enfin une conso totalement standard (enfin standard – rires), voilà y avait un apéro je prenais une bière, deux bières, pas forcément d'alcool le midi, mais si j'étais au resto bière ou verre de vin, mais c'était pas le pack tous les jours à la maison. Mais c'était plus idéologique mon arrêt ! Un produit qui est illégal je prends des risques, alors qu'à côté un produit qui tue et qui est légal, et limite on m'encourage. Et quand on dit non pas d'alcool, on est un peu regardé en bête

curieuse ! Alors je me suis dit bon ok, bête curieuse, déjà rien que pour toi essaye de voir si tu arrives à tenir, et puis c'est un geste politique quelque part, de ne pas se joindre au marché qui tue 45 000 personnes chaque année rien qu'en France et qui est subventionné par l'état. J'ai arrêté la clope en partie pour ça, pour la santé mais aussi parce que voilà on est censé faire attention à nous et on nous vend ces trucs-là, et l'état touche une taxe monumentale là-dessus, donc voilà j'ai arrêté l'alcool et les médocs je suis plus du genre à aller chez le médecin en dernier recours, du coup les médocs j'y touche pas et même si j'ai mal à la tête je vais plutôt prendre un vapo qu'un doliprane. Si j'en ai besoin je le ferais sans soucis, mais pour ce qui est gestion de la douleur par exemple je me fais plutôt un petit vapo de weed plutôt qu'un doliprane.

L : Je comprends ! Et vous m'avez dit que quand vous avez eu votre premier enfant vous avez arrêté pendant 2 ans ?! Qu'est-ce qui vous a poussé à arrêter ?

A : Bah vraiment l'enfant, le côté « allez on est responsable, on est adulte, et on touche plus à ces merdes ».

L : Y avait cette idée qu'on ne peut pas être parent et fumer du cannabis ?

A : Ouais, qu'on ne pourrait pas être responsable, avoir un gamin, et consommer du cannabis, ça pouvait pas aller de pair !

L : Et qu'est-ce qui vous faisait avoir cette pensée là (que vous n'avez plus aujourd'hui) ?

A : J'étais jeune, je pense que je suivais le courant de pensées de mes parents et de mon entourage familial. Mes parents sont plutôt à droite, y a encore quelques années ma mère il était hors de question d'évoquer devant elle le fait de prendre du cannabis ! C'était « mais arrête, arrête ON VA T'ENTENDRE !! – Maman on est à la maison ! – Mais on ne sait jamais ». Et l'an dernier elle me parlait du CBD et que sa meilleure amie s'en servait. On évolue ! Et moi à 20 piges, voilà, en fait je m'étais le cannabis au même rang que l'ecsta, la cocaïne, les ampèths. C'était la France à peur et j'avais la vision « LES DROGUES » - version TF1. Je faisais pas vraiment la différence entre cocaïne, héroïne, et le cannabis, pour moi c'était le package.

L : D'accord, et comment vous avez développé votre connaissance justement du cannabis, les infos sur comment l'utiliser etc, jusqu'à entrer dans une position plus militante avec Norml ? Vous aviez quel âge d'ailleurs ?

A : C'est assez récent, ça fait 2 ans en fait que je suis à Norml, et j'ai jamais été militant pour rien en plus et vraiment c'est assez étonnant, parce que politiquement j'ai toujours été « je m'en fous c'est tous des cons », mais j'y suis venu en constatant les effets antidouleur du canna, (je vous redemande une seconde

[A. quitte la conversation 2 minutes pour aller s'occuper de sa fille]

A : Me voilà ! Donc en fait quand je me suis blessé au dos et que j'ai refait ma petite expérience où je me suis rendu compte que dans un contexte de douleur l'effet était assez phénoménal, c'est là que j'ai commencé à m'intéresser à tout ce qui entourait cette plante qui jusque là me faisait rigoler, et qui jusque-là n'avait eu que ce but ! Et étant informaticien et passant mes journées sur le net, on se renseigne, et plus on se renseigne plus on

découvre qu'il y a plein de manières de le consommer. J'avais complètement oublié les space cakes par exemple, et en revoyant des vieux films j'ai vu des références je me suis dit ah tiens ils en parlaient ! J'ai appris les quantités, le CBD c'est plus dans les 150-160 ; le THC 175-180, et les effets d'entourage. En fait plus on se renseigne sur les effets médicaux du cannabis et plus ça devient une évidence, le cheminement adhérent à la Norme et le côté militant sont venus de là. En creusant le sujet on se rend compte que c'est une aberration en fait, et que si c'est utilisé intelligemment et de manière adulte y a aucun risque ni pour les adultes ni pour les enfants ! Faire traîner une boulette sur une table basse c'est aussi con que faire traîner son verre de whisky.

L : A la différence près que pour le cannabis les risques sont peut-être moins connus, moi c'est ce que je remarque en parlant du projet quand je parle d'IAC, les gens me disent, consommateurs ou pas consommateurs « ah bon mais ça arrive vraiment ça ? ». En général les gens sont surpris du sujet ! Autant produits ménagers, médicaments, alcool, oui, mais cannabis les gens sont surpris.

A : Y a les spots à la télé pour les produits ménagers... Y a la loi Evin pour l'alcool... Et le cannabis on fait juste « chuuuut, tu vas aller en taule ». Comme dit Bill Murray, ce qui est hallucinant avec le cannabis, c'est que sa seule dangerosité c'est de se faire choper avec ! Enfin pour les enfants bien-sûr c'est faux, pas pour le sujet qui nous concerne en tous cas.

L : Et vous n'êtes pas obligés de répondre mais est-ce que je peux vous demander comment vous vous procurez le cannabis justement ? Et est-ce que ça a évolué au fil du temps ?

A : Alors ouais, carrément ! Parce que avant, sur Paris je faisais comme tout le monde, j'allais « au four », dans les caves, les immeubles sombres, pas forcément rassurant (rires) ; et on demande pas t'as de la sativa ou une autre variété, on demande « t'as du shit ? » ; et le shit c'est déjà bien ! Je suis passé de ça à un dealer un peu plus haut de gamme qui se déplaçait sur Paris, et puis après c'est la théorie des 5, si vous connaissez 5 personnes vous connaissez le monde entier. C'est un peu exagéré mais en gros sur Bordeaux si vous connaissez 5 personnes y a forcément une personne dans le lot qui va faire pousser. Et on se rend compte en fait que c'est pas forcément des petits jeunes, et moi aujourd'hui je me fournis chez 3 personnes différentes, dont une ne consomme pas, elle fait que pousser, pour son plaisir, et donc voilà, pour des raisons perso je ne peux pas faire pousser chez moi, si je pouvais je le ferais mais ça serait mettre en danger le boulot de ma compagne, c'est hors de question.

L : Et vous avez jamais eu recours au dark web ?

A : Alors plus depuis que je suis sur Bordeaux, sur Bordeaux j'ai toujours connu des gens qui avaient moyen, qui faisaient pousser ou connaissaient quelqu'un qui faisait pousser.

L : D'accord, ça marche ! Et pour parler un peu plus de la consommation en lien avec la parentalité, est-ce que vous avez déjà considéré que le cannabis pouvait être dangereux pour vos enfants ?

A : Oui, bien-sûr ! Toujours parce que je suis un peu plus informé que l'utilisateur lambda, mais même quand j'ai eu Elliot et que j'ai arrêté, c'était parce que « la drogue c'est pas responsable et c'est pas bien pour les enfants ». Et même en cherchant après, en se rendant compte de la non dangerosité du cannabis pour les adultes, ça reste un psychotrope et il suffit d'avoir plus de 39 de QI pour se rendre compte que modifier le cheminement du cerveau

sur un cerveau qui lui-même est en train de se construire, c'est complètement con ! Donc ma drogue n'a jamais été à hauteur d'un enfant, ils n'ont jamais été en capacité, même mon gamin de 15 ans ne sait pas où c'est, et si j'en parle devant lui j'ai jamais consommé devant lui.

L : Donc votre manière de consommer à évoluer avec la naissance de vos enfants ? Vous avez pris des précautions particulières dans les rangements, les moments de conso etc ?!

A : Forcément oui ! Comme avant j'avais pas d'enfant, bah c'était sur la table basse. Et quand mes enfants ne sont pas à la maison, c'est sur la table basse, mais clairement à partir du moment où y avait des enfants dans mon entourage, comme les bouteilles d'alcool sont rangées, ou les clopes, le cannabis c'est pareil ! Même défoncé ça me serait pas arrivé de laisser mon shit et ma weed sur la table basse sachant que les gamins pouvaient passer à côté.

L : Je comprends. Et au moment de la grossesse, pour l'un ou l'autre de vos enfants, est-ce que votre consommation a été abordée dans le cadre du suivi de la maternité ? Votre compagne fumait aussi ?

A : Alors, mon ancienne compagne ne prenait pas de cannabis mais elle prenait de la coke de temps en temps, et on en a même pas discuté pour le coup ! Moi j'ai dit j'arrête, et elle comme c'était vraiment à titre festif, sans en acheter mais avec des copains qui en prenait, le sujet n'est pas venu sur la table. Et ma nouvelle compagne elle, de par son métier ça lui est totalement interdit, et même idéologiquement c'est pas son kiff.

L : Ok, et pendant les grossesses en maternité on lui a demandé les consommations de son conjoint ?

A : J'ai pas souvenir qu'on nous en ait parlé, après comme elle fait partie du milieu médical c'est peut-être passé sous silence. Moi on m'a pas confronté directement, en me disant est-ce que tu vas arrêter, parce que ça m'était même pas venu à l'idée en fait, je l'ai jamais fait participer à ma consommation de manière inactive. Quand je vapote je vapote à la fenêtre dans une autre pièce, elle est pas à côté de moi, et dans les autres apparts avant je sortais, même pour vapoter. Et mon produit étant inaccessible sauf à faire 1m83, et que je le laisse jamais trainé, non ça a pas été abordé. La seule fois où on en a parlé, moi j'étais tombé sur un article qui disait que pour les gros consommateurs, ça passait dans les spermatozoïdes, donc que potentiellement ça pouvait...et y a 6 mois je suis tombé sur un article qui disait que la consommation en tant que femme enceinte en tant que edible n'avait pas d'incidence sur la grossesse. Alors après c'est toujours la même chose avec les études, l'une qui affirme un truc les 3 autres qui disent le contraire, et on va se battre pour savoir qui a raison ! Même si j'adore le cannabis, et que je ferai tout pour le défendre, à mon avis c'est une connerie.

L : Oui un risque pas forcément utile ?

A : Oui voilà, on peut s'en passer pendant 9 mois, sauf contre-indication médicale en l'occurrence, pour les gens qui se soignent au CBD par exemple.

L : Et à part au moment de la naissance de votre premier enfant, quand vous avez arrêté pendant 2 ans, est-ce qu'il y a d'autres moments où vous avez cherché à réduire votre consommation, ou est-ce que dans le futur il y a des choses qui pourraient vous faire modifier vos habitudes ?

A : Euh, réduire je sais pas, peut-être une amélioration de mon dos, et augmenter je pense pas non plus, je suis à mon rythme de croisière. J'ai plusieurs variétés en fait, j'en ai une dont je me sers que pour mon dos, et j'en ai 2 autres qui sont plus joyeuses et festives, et pour le coup je m'en sers un peu comme couteau suisse dans les moments où ça va pas au taff, ou y a un décès dans ma famille, ça peut m'aider à réguler mes émotions. Et le cannabis médical si j'ai mal à la tête ou si j'ai mal au dos, mon bras ne va pas se tendre vers les médocs, il va se tendre vers la weed, du coup c'est mon régulateur physique et mental, et à moins d'un changement drastique dans ma vie, je sais exactement combien je consomme par semaine et quand, et ça devrait pas trop changer.

L : D'accord, et est-ce que vous avez déjà eu des mauvaises expériences, des fois où ça s'est moins bien passé ou des moins bons souvenirs ?

A : J'ai eu des bads trips au shit, j'en ai jamais eu à la weed. Après il peut arriver de temps en temps qu'on se remette en question, y a certaines variétés qui ont cet effet-là, et on se dit « est-ce que ma vie prend un bon sens ? Est-ce que je fais les bons choix ? » ; et forcément, dans ces questions y a la consommation ! Et ces questions moi je me les pose plus vraiment, si ce n'est pour l'illégalité ! Et y a beau avoir eu le dark web, parce que j'y suis passé, justement pour tester certaines variétés.

L : C'est quoi les avantages du dark web ?

A : Le dark web, c'est la FNAC, vraiment ! Les deux plus gros sites s'appellent cannazone et cannahome, et c'est pas pour rien, même leur design est fait comme Amazon ! On trouve de tout, du monde entier, de France, de Suède, des Etats-Unis, on peut choisir qui envoie, quand et comment c'est assez hallucinant, et la qualité est LARGEMENT au-dessus de ce qu'on trouve chez le petit dealo du coin, c'est vraiment plus le niveau de l'amateur très éclairé, c'est de la très belle qualité. Bon par contre ça a un prix, et ce qu'on trouve...la moyenne c'est 6,50€ pour les fours, pour le dark web c'est plus 8€ le gramme. Mais ça dépend aussi ce qu'on prend. Si vous prenez du RSO (en liquide), ça va être donné, c'est facile à cacher, y a pas d'odeur, le shit c'est pareil ! Le problème de la weed c'est que ça sent fort et on peut pas trop la compresser non plus, donc c'est plus dur à planquer ça explique le prix aussi un peu plus élevé, mais par contre la plupart du temps ça pousse dans des pays où s'est légal, dans des conditions parfaites, et les mecs sont habitués à l'emballage, de qualité, 3 fois pour l'odeur, bien rembourré donc ça écrase pas trop, les mecs savent vraiment ce qu'ils font, par contre on paye la qualité ; alors qu'en four les mecs font pousser ça dans du terreau de merde avec du caca de chien pour les nutriments enfin c'est hallucinant, alors que là on sait d'où ça vient, d'ailleurs certains vendeurs disent vous pouvez nous retrouver en Espagne dans tel ou tel shop.

L : Ok, je vois, et pendant le confinement d'ailleurs c'était pas trop compliqué ?

A : La chance que j'ai c'est que je passe pas par le circuit illégal donc pendant le confinement j'ai un pote par exemple qui est passé devant chez moi et qui m'a déposé dans ma boîte aux lettres « tiens je t'ai fait un petit cadeau tu dois être bientôt à court », j'ai pu me ravitailler une ou deux fois et j'avais prévu aussi, parce que ma conjointe étant dans le milieu médical je savais depuis un petit bout de temps qu'il y avait une forte chance qu'on soit

confinés. Je savais pas combien de temps, comme tout le monde, et ça m'a bien aidé d'avoir des proches qui ont pu me faire des petits cadeaux à droite à gauche.

L : Ok, ça marche. Et alors du coup pour aborder la question des IAC, nous l'intérêt de ces entretiens, encore plus avec des consommateurs avertis comme vous, nous le but c'est de trouver des solutions innovantes de rdr et saisir les meilleurs messages à adresser, les meilleurs moments où les adresser (maternité etc), et les meilleurs moyens (boîte sécurisée), essayer de penser des solutions. On est à 5-10 enfants par an intoxiqués au THC au CHU de Bordeaux, à l'échelle nationale c'est à peu près 300 enfants par an, comment on peut faire d'après vous pour éviter ça et réduire les risques dans l'environnement familial ?

A : Alors, moi j'ai vu une scène qui m'a assez choquée : en fait un des mecs chez qui je me fournis, son beau frère est consommateur aussi, et il a une fille qui avait 3 ans à l'époque, moi je vous ai dit j'ai jamais fumé devant mes gamins, lui c'est jamais gêné, et en fait son gamin à 3 ans il savait déjà rouler le carton, le gamin avait déjà le cheminement. Et ce mec là en fait il garde sa weed dans un pochon, moi déjà à l'époque ça me révoltait, quand on aime le produit on essaye de le conserver correctement, y a des boîtes qui s'appellent les tightsvacs, qui déjà quand on est adulte parfois sont un peu compliqué à ouvrir parce qu'en fait quand on la ferme ça crée un vide d'air, c'est bon pour la conservation du produit, et en plus un gamin n'arrivera jamais à l'ouvrir (je vous envoie le lien), et c'est des boîtes en gros qui sont fait vraiment pour ça. Moi par exemple dans mon cas personnel, c'est conservé dans des pots en verre serrés au max, même si mes gamins tombent dessus, et je vous dit c'est bien planqué, il faudrait déjà qu'ils arrivent à l'ouvrir, un pochon en plastique une gamine de 2 ans peut l'ouvrir, un bocal bien fermé pour une petite main c'est injouable, rien que ça déjà ! Ensuite les modes de conso, en huile ou en produit de e-cigarettes déjà comme c'est dans des contenants hermétiques y a peu de moyen que le gamin y accède. C'est sûr qu'il faut faire de la prévention, et peut-être dire aussi aux gens d'arrêter d'être cons ! Parce que si il faut de la prévention, mais à force de tenir la main aux gens on les autorise à pas penser. Par rapport aux gamins déjà faire des bonbons au THC c'est une connerie monumentale, je comprends que la prévention en termes d'adulte c'est pas évident, mais en termes d'enfants on en a jamais parlé.

L : Même au sein de l'association c'est une question qui n'est pas abordée le risque de la consommation dans l'environnement familial ?

A : Je pense à une copine qui elle a un gamin de 16 ans, son gamin fume des clopes et elle elle est venue au cannabis à cause d'un cancer pour traiter des douleurs, y a même pas le côté festif chez elle, mais je sais pas comment elle en a parlé à son gamin. Non c'est vrai que c'est un sujet qu'on aborde assez peu en fait. Puisque c'est un produit d'adulte en fait, nous en tant que consommateurs éclairés, on sait tous que en dessous 25 ans c'est une connerie, même si on en a tous profité avant. Mais expliquer à des parents, je sais pas, c'est vrai qu'on explique aux parents à mettre des couches..Et quand on voit le nombre de gens qui fument la cigarette devant leur bébé déjà, on se dit que rien que là-dessus y a un boulot monumental, alors le cannabis n'étant pas autorisé de toutes façons, c'est un truc qui se fait sous le manteau, on en parle pas.

L : Mais pour autant on sait que ça se fait !

A : C'est sûr, et y en a il faut leur apprendre comment le faire ! Mais c'est vrai que le boîte fermée c'est déjà un bon truc.

L : Et par quel moyen on peut toucher les parents qui consomment du cannabis, d'après votre expérience ?

A : Les réseaux sociaux ont une part atroce dans la vie des gens, ça paraît être le meilleur moyen. Et la maternité en fait je pense, parce que ça paraît être le plus déplacé pour en parler, moralement parlant j'entends, parce qu'on va pas ramener de la weed à la maman à la maternité, par contre papa il a fait la fête et y a des chances que derrière il en profite. Mais ouais, probablement à la maternité, distribuer des cartes postales de gamin avec un bédo.

L : Ouais peut-être une com' sur le ton de l'humour ?

A : Ouais ouais, comme ils font les suédois, les spots bien décalés avec de l'humour bien noir. Mais ouais c'est sûr que quand on y pense y a du boulot là aussi !

L : Oui, vous êtes plusieurs à avoir mis en avant le moment de la maternité pour faire passer les messages et la boîte comme outil.

A : Ca dépend aussi du mode de consommation. Moi je faisais beaucoup moins attention à mes produits quand je fumais. Quand on vaporise, le fait de se rendre compte du goût, de pas avoir la combustion qui arrache la tronche, c'est juste du plaisir, comme goûter un bon vin, on peut faire la différence entre telle et telle weed, ce qui est impossible quand on la fume, au niveau du goût, et du coup on apprend à bien conserver et à prendre soin de son produit. Et là-dessus, je pense que la légalisation peut aussi aider, comme pour les amateurs de bières qui vont s'abonner à des packs envoyez-moi mes 20 bières par mois avant le petit fascicule comment bien la conserver machin, la légalisation pourrait permettre ce genre de trucs ! D'avoir des magasins comme aux Etats-Unis où en Espagne où on vous vend du matériel bah qui est vraiment bien fait pour ça, on vous explique telle weed va vous faire tel effet, attention le space cake faut pas le manger en entier, tout ça quoi. Je pense que la prévention elle doit se faire main dans la main, ça doit être un boulot à 3 : producteurs, consommateurs et état, enfin médecins. Parce que les consommateurs en général plus on les restreint, nous on s'en rend compte à Norml avec la nouvelle AFD (la nouvelle amende forfaitaire), y a de plus en plus de gens qui viennent se renseigner vraiment sur le cannabis, son histoire et le produit en lui-même, parce qu'ils se rendent compte qu'il y a une disparité énorme entre le flic qui renverse un mec qui va prendre 6 mois avec sursis et le type qui fait pousser 2 plants chez lui parce qu'il a une sclérose en plaque et il va se prendre un an de taule ferme. plus y a de répression en fait et plus on a de gens de notre côté, et pour la prévention en fait c'est un peu pareil, plus on va demander aux principaux intéressés et plus le discours sera efficace, et en même temps il sera avisé par des médecins et des autorités de santé publique, mais ouais, je pense que les mieux placés pour en parler et pour être entendu c'est les consommateurs, et en l'occurrence les consommateurs papa ou maman il y en a de plus en plus. Là à la norml on en a une qui est très active, qui a 54 ans, 3 gamins, qui est passé par 2 cancers, et c'est une des premières à dire « je suis une maman qui fume, arrêtez de me stigmatiser ! Je suis pas une mauvaise mère, mes gamins sont heureux, ils ont aucun problème à l'école », et c'est vrai, stigmatiser c'est pas la bonne solution. Je dis pas non plus l'excès inverse : « maman, t'as le blues ?! Fume un bédo et ça ira mieux ! ». Mais par contre pour le post partum par exemple ça peut être efficace, sans souffler la weed directement dans la gueule du bébé, mais en utilisation adulte et responsable ça peut aider beaucoup.

L : C'est la première étape, pour faire de la prévention auprès de parents qui fument du cannabis il faut qu'ils acceptent de dire qu'ils fument du cannabis, et pour ça il faut qu'ils arrêtent de se sentir stigmatisés, et ça c'est clairement de la faute de cette tendance à la répression permanente qui dit « si vous voulez être un BON parent il est hors de question que vous fumiez du cannabis », ce qui en soit bloque toute la prévention derrière.

A : Et encore une fois, si on prend pas les consommateurs pour des cons ils seront plus à même d'accepter le discours de prévention !

L : C'est sûr. [Conclusion de l'entretien, remerciements, relai du message pour recrutement d'autres participants].

COQUARD	Léo	27/11/2020
Master 2 Promotion de la santé et prévention		
Consommation de cannabis en contexte de parentalité : comprendre et prévenir les ingestions accidentelles des enfants <i>Déploiement du projet PREVIAC au CHU de Bordeaux</i>		
Promotion 2019-2020		
<p>Résumé :</p> <p>L'usage de cannabis en contexte de parentalité interroge sur les dangers d'une telle pratique pour les enfants. Illégale, parfois jugée immorale, cette pratique ne correspond pas au cadre normatif du « bon parent » dans les représentations dominantes et implique une forte tension normative entre la carrière parentale et la carrière de consommation. Ces dernières années, la prévalence des intoxications par ingestion accidentelle de cannabis a connu une forte augmentation et représente aujourd'hui entre 150 et 300 hospitalisations par an.</p> <p>A travers une approche qualitative centrée sur les parents qui consomment du cannabis, ce mémoire étudie les pratiques de consommation en contexte familial et tente d'apporter de nouvelles connaissances sur les ingestions accidentelles de cannabis. Il vise notamment à mieux comprendre les facteurs explicatifs de ces accidents et mieux connaître la population concernée pour améliorer l'accompagnement des familles et développer de nouvelles actions de prévention et de réduction des risques.</p>		
<p>Mots-clés : Cannabis, enfants, parentalité, intoxication, ingestion accidentelle</p>		
<p>L'École des Hautes Études en Santé Publique et l'Université Rennes 1 n'entendent donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.</p>		