

Modes de consommation, effets, syndromes

I. Modes de consommation et effets

1. Effets émotionnels aigus du cannabis

Ces effets et leur durée dépendent de la dose consommée, du mode de consommation, de la teneur en produit actif, de l'ancienneté de la consommation, du contexte social et émotionnel de la consommation et de la sensibilité individuelle. Les effets émotionnels vécus comme positifs peuvent être une euphorie légère, un sentiment plaisant de stimulation, un sentiment de bien-être, de détente ou à dose plus forte une torpeur que certains adolescents vivent positivement. Dans une étude qualitative par questionnaire ouvert et réponses écrites¹ (Chabrol *et al.*, 2004) les effets cités sont la « défonce », la détente et le bien-être, (« tu es tranquille, tu planes » ; « on est cool » ; « être zen » ; « effets de relaxation »), la gaieté (« on rigole pour rien »), la perception d'une réduction des affects négatifs (« sa détresse » ; « baisse du stress » ; « on oublie toutes

1. Orthographe non corrigée.

les mauvaises choses de la vie » ; « on se sent mieux, après on oublie ses problèmes », la facilitation sociale (« on est plus ouvert aux autres»). La tolérance aux effets euphorisants peut être assez rapide (« au début, c'est le fou rire, après le H devient plus régulier, on se sent bien »). Une étude longitudinale néo-zélandaise a montré que l'intensité des réactions émotionnelles positives (se sentir « défoncé », euphorique, heureux, relaxé) aux premières consommations de cannabis prédisait le développement ultérieur d'une dépendance (Fergusson *et al.*, 2003¹).

Les expériences de dépersonnalisation et déréalisation plaisantes sont indiquées moins fréquemment (« on est dans un monde à part, tout ce qui se passe autour de nous paraît différent »). Les sensations paraissent plus intenses (« on a l'impression de plus vivre le film, les cours passent mieux »). Les effets émotionnels peuvent dépendre de l'état affectif dominant dans lequel se trouve le sujet qui tend à être accentué.

Les réactions négatives provoquées par la consommation de cannabis peuvent être une excitation ou de l'inhibition, de l'irritabilité ou de l'agressivité, de l'anxiété, une attaque de panique, un état dépressif aigu, un sentiment d'emprise et de perte de contrôle, un vécu paranoïde, une dépersonnalisation et une déréalisation angoissantes, des hallucinations, des troubles du comportement, en particulier des actes impulsifs. Ces effets s'observent surtout chez le

1. D.M. Fergusson, J. Horwood, M.T. Lynskey *et al.*, "Early reaction to cannabis predicts later dependence", *Archives of General Psychiatry*, 60, 1033-1039, 2003.

consommateur inexpérimenté ou vulnérable et avec des fortes doses de produit actif. Une décompensation ou une aggravation d'un trouble psychotique peuvent se produire.

2. Les modes de consommation

Le mode de consommation le plus fréquent est l'inhalation. Le cannabis peut être fumé avec des joints, une pipe et, de plus en plus souvent, avec une sorte de pipe à eau appelée communément « bang ». Le « bang » est un mode de consommation qui apparaît lié à la recherche d'un effet brutal et puissant, d'un « flash », qui rapproche le cannabis des drogues « dures ». La plupart des consommateurs rapportent des effets plus rapides et plus forts : « mêmes effets que le joint mais en beaucoup plus puissants et plus rapides », « l'avantage du bang c'est que t'a une plus grosse défonce, ça déchire plus vite », « 1 bang = 10 joints », « défonce totale », « ça te rend KO ».

Les « bangs » s'achètent ou se fabriquent facilement. La fabrication d'un « bang » ne nécessite qu'un matériel facilement accessible : une bouteille en plastique ou un tube en PVC ou une partie de tige de bambou, un marqueur dont l'extrémité sectionnée sert de foyer (« douille ») pour brûler le mélange, une tige creuse en métal et du scotch sont suffisants pour la construction d'un « bang » (« c'est très simple, il suffit d'une bouteille, d'une tige creusée et d'un feutre véléda »). L'utilisation du « bang » apparaît comme une étape dans le processus d'escalade rendu nécessaire par les effets de tolérance. Peu ou pas évoqué voici quelques

années, le « bang » semble utilisé par environ un tiers ou plus des consommateurs adolescents en France. Son usage paraît s'étendre rapidement. Il risque de devenir le principal mode de consommation du cannabis comme c'est déjà le cas dans certains pays.

Le cannabis peut aussi être ingéré mélangé à des gâteaux, à des yaourts (*space yaourt*) ou bu en infusion. L'ingestion est utilisée pour prolonger les effets : « quand on mange du haschich, l'effet est plus long et plus dissipé ». L'étude de Chabrol *et al.* (2002) a trouvé que la moitié des adolescents consommateurs préféraient un autre mode de consommation que le joint. Le joint était le mode de consommation préféré de 50 % des sujets, le bang de 32 %, la pipe ou shilom de 6 % et l'ingestion de 12 %. Dans celle de Chabrol *et al.* (2004), les modes de consommation utilisés étaient le joint pour 76 %, le bang pour 40 %, la pipe pour 23 % et l'ingestion pour 18 %.

Certaines études françaises ont révélé, chez les grands adolescents, la fréquence des consommations quotidiennes et pluriquotidiennes qui n'ont pas été évaluées par les grandes études épidémiologiques réalisées en France, ces études s'étant limitées à l'évaluation des consommations régulières (plus de 10 fois par mois¹).

1. Parmi 256 lycéens de Poitiers (146 garçons, 110 filles), d'âge moyen 17 ans, une étude a retrouvé que 45 % des garçons contre 36 % des filles étaient consommateurs, 23 % d'entre eux consommant plusieurs fois par semaine et 14 % d'entre eux plusieurs fois par jour (Chabrol *et al.*, 2000). Parmi 285 lycéens de Toulouse (163 garçons, 122 filles) d'âge moyen 17,5 ans, une étude a montré que 65 % des garçons et 43 % des filles étaient consommateurs et que, parmi les consommateurs, 28 %

II. Syndromes

1. Les troubles liés au cannabis dans les classifications internationales

La CIM-10 (Classification internationale des maladies, OMS, 1993) et le DSM-IV (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, Association américaine de psychiatrie, 1994) reconnaissent comme catégories diagnostiques principales, la dépendance et l'abus de cannabis, définis comme des modes d'utilisation inadéquats du cannabis conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significatives. Pour le DSM-IV, le diagnostic de dépendance à une substance psychoactive réclame la présence de trois critères parmi sept critères (tolérance ; signes de sevrage ; consommation plus importante que prévue ; échecs des tentatives de réduire la consommation ; plus de deux heures passées à se procurer, consommer, se remettre des effets du cannabis ou à y penser, les jours de consommation ; réduction des activités ; poursuite de la consommation bien qu'elle entraîne des problèmes somatiques ou psychologiques). Pour le diagnostic d'abus, un des quatre critères (usage perturbant l'adaptation sociale

des garçons contre 12 % des filles consommaient plusieurs fois par semaine et 11 % des garçons et 8 % des filles consommaient plusieurs fois par jour (Chabrol *et al.*, 2002). Parmi les 210 lycéens toulousains d'âge moyen 16 ans, 56 % se sont déclarés consommateurs réguliers ou occasionnels de cannabis ; 27 % des consommateurs ont répondu fumer du cannabis une fois par mois ou moins d'une fois par mois, 21 %, plusieurs fois par mois ; 24 %, plusieurs fois par semaine ; 6 %, tous les jours ; 20 % plusieurs fois par jour (2 % des consommateurs n'ont pas répondu) (Chabrol *et al.*, 2004).

ou scolaire ; usage dans des situations dangereuses comme conduire un scooter ; problèmes légaux ; poursuite de la consommation bien qu'elle entraîne des problèmes avec la famille ou l'entourage) doit être présent. L'usage de cannabis ne figure pas dans les classifications internationales car il n'est considéré comme pathologique. Entre l'usage occasionnel et l'abus et la dépendance existent probablement des troubles subcliniques significatifs. Par exemple, les sujets répondant à un ou deux critères de la dépendance à une substance psycho-active pourraient en relever. Ces troubles subcliniques peuvent avoir un pronostic proche des troubles cliniques : ainsi, Rhode *et al.* (2001¹) ont montré que l'usage d'alcool problématique à l'adolescence, défini par la présence d'un ou deux critères de dépendance du DSM-IV, a une évolution proche de celle de l'abus ou de la dépendance à l'alcool.

2. Dépendance

La tolérance au cannabis s'installe rapidement. Les doses doivent être augmentées pour obtenir les mêmes effets, puis il faut passer à des modes de consommation permettant d'obtenir des effets plus intenses comme le « bang ». Une étude qualitative par questionnaires ouverts et réponses

1. P. Rhode, P.M. Lewinshon, C.W., Kahler *et al.*, "Natural course of alcohol use disorders from adolescence to young adulthood", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 40, 83-90, 2001.

écrites (Roura et Chabrol, 2004¹) a montré que les adolescents ont conscience de cette tolérance qui peut être importante : « plus tu fumes, moins ça fait d'effet parce que t'en a l'habitude » ; « on commence avec le pet : au début on trouve ça bien, après on réessaie mais, comme la défonce diminue, on est obligé de passer au bang et après on commence à fumer de plus en plus, ce qui fait un engrenage » ; « ça force ça te fait plus rien ». Dans cette étude, la dépendance est fréquemment reconnue par les adolescents : « on en prend un peu au début et après commence un long engrenage » ; « ça devient comme de la drogue, on en a besoin, après ça devient vital » ; « l'organisme en ressent le besoin » ; « si on en consomme régulièrement, on devient accro et on ne peut plus s'en passer » ; « on peut plus s'arrêter ». La dépendance est fonction de la fréquence d'usage : dans une étude de 152 adolescents consommateurs de cannabis, elle était retrouvée chez 50 % de ceux consommant plusieurs fois par semaine et chez 73 % des sujets consommant plusieurs fois par jour (Chabrol *et al.*, 2002). En France, la fréquence de dépendance probable a été estimée à un tiers à la moitié des sujets consommateurs (Chabrol *et al.*, 2000, 2002 ; Roura et Chabrol, 2004). Selon l'auto-évaluation des sujets dépendants, la fréquence des critères de dépendance du DSM-IV était de 88 % pour la poursuite de la consommation bien qu'elle entraîne des problèmes somatiques ou psychologiques, de 69 % pour la consommation plus fréquente que

1. C. Roura, H. Chabrol, "Symptômes de tolérance, de sevrage et de dépendance au cannabis chez l'adolescent consommateur", *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 52, 11-16, 2004.

prévue, de 63 % pour la tolérance, de 50 % pour les signes de sevrage, de 46 % pour le critère « plus de deux heures passées à se procurer, consommer, se remettre des effets du cannabis ou à y penser, les jours de consommation », de 44 % pour l'échec des tentatives de réduire la consommation, de 19 % pour la réduction des activités (Chabrol *et al.*, 2002). Les adolescents dépendants semblent en avoir souvent conscience : 87 % des adolescents dépendants de l'étude de Roura et Chabrol se reconnaissaient comme dépendants du cannabis. Dans les situations cliniques, le déni paraît fréquent.

La dépendance est plus fréquente si l'adolescent use d'autres modes de consommation que le « joint ». Deux facteurs peuvent y contribuer : les sujets dépendants sont incités, en raison de la tolérance à chercher des modes de consommation induisant des effets plus forts, comme le « bang », ou plus prolongés comme l'ingestion, utilisée pour prévenir les symptômes de sevrage ; par ailleurs, l'usage de ces modes de consommation peut favoriser la dépendance. L'usage du bang était associé à la dépendance chez 54 % des utilisateurs contre 25 % chez les fumeurs de joints dans l'étude de Chabrol *et al.* (2003¹).

1. H. Chabrol, C. Roura, J. Armitage, "Bongs, a method of using cannabis linked to dependence", *Canadian Journal of Psychiatry*, 48, 363, 2003.