



6. LES CONSÉQUENCES DE LA CONSOMMATION

Usage aigu (I)



- C'est **l'ivresse cannabique** ou intoxication aiguë
- Dure 3-8 heures.
- La surdose (overdose) au cannabis n'existe pas.
- Signes physiques : tachycardie, injection conjonctivale, mydriase, sécheresse buccale.
- Signes psychiques: Euphorie, excitation, dissociation idéique, erreurs d'appréciation de l'espace et du temps. Accroissement des perceptions sensorielles.

Usage aigu (II)



○ Complications psychiatriques

- Troubles anxieux: fréquents.
 - Attaque de panique (Bad-trip): favorisée par l'anxiété au moment de la prise. Régresse en qq h.
 - Syndrome de dépersonnalisation: dure qq semaines.
 - Troubles psychotiques non-schizophréniques
 - Favorisés par de fortes doses ou des facteurs psychologiques précipitants
 - Dure qq jours à qq semaines.
 - Traitement : Hospitalisation, neuroleptiques.
 - Autres : trouble « parano » (qq h), flashes-back.
- 

Usage aigu (III)



Usage aigu (IV)

- **Sur le plan cognitif** : l'ensemble des capacités est altéré.
- Effets d'intérêt médical:
 - Orexigène
 - Myorelaxant
 - Analgésique (intensité faible à moyenne)
 - Antiémétique
 - Antiglaucomeux

=> Il n'atteint pas le niveau des molécules de référence utilisées dans ces indications.

Usage aigu (V)

- Décrit par les consommateurs : dépend du produit.
 - « High »
 - « Stoned »



Usage chronique (I)



○ Le syndrome amotivationnel:

- Perte d'intérêt, de curiosité, d'attention avec détachement et prise de distance.
- Pauvreté idéatoire, Indifférence affective.
- Difficultés attentionnelles et mnésiques.
- Désinsertion sociale, déficit scolaire ou professionnel.
- Le sujet méconnaît habituellement son trouble.

Usage chronique (II)



○ Sur le plan cognitif :

- Les déficits se détectent encore 7 jours après la dernière consommation, ils disparaissent au 28^e jour
- Il existe une incertitude sur leur réversibilité.
- L'âge précoce du début de la consommation (avant 17 ans) est vraisemblablement un facteur prédictif d'altération cognitive persistante.
- Atteinte de la mémoire antérograde, rétrograde, des capacités attentionnelles et de concentration.

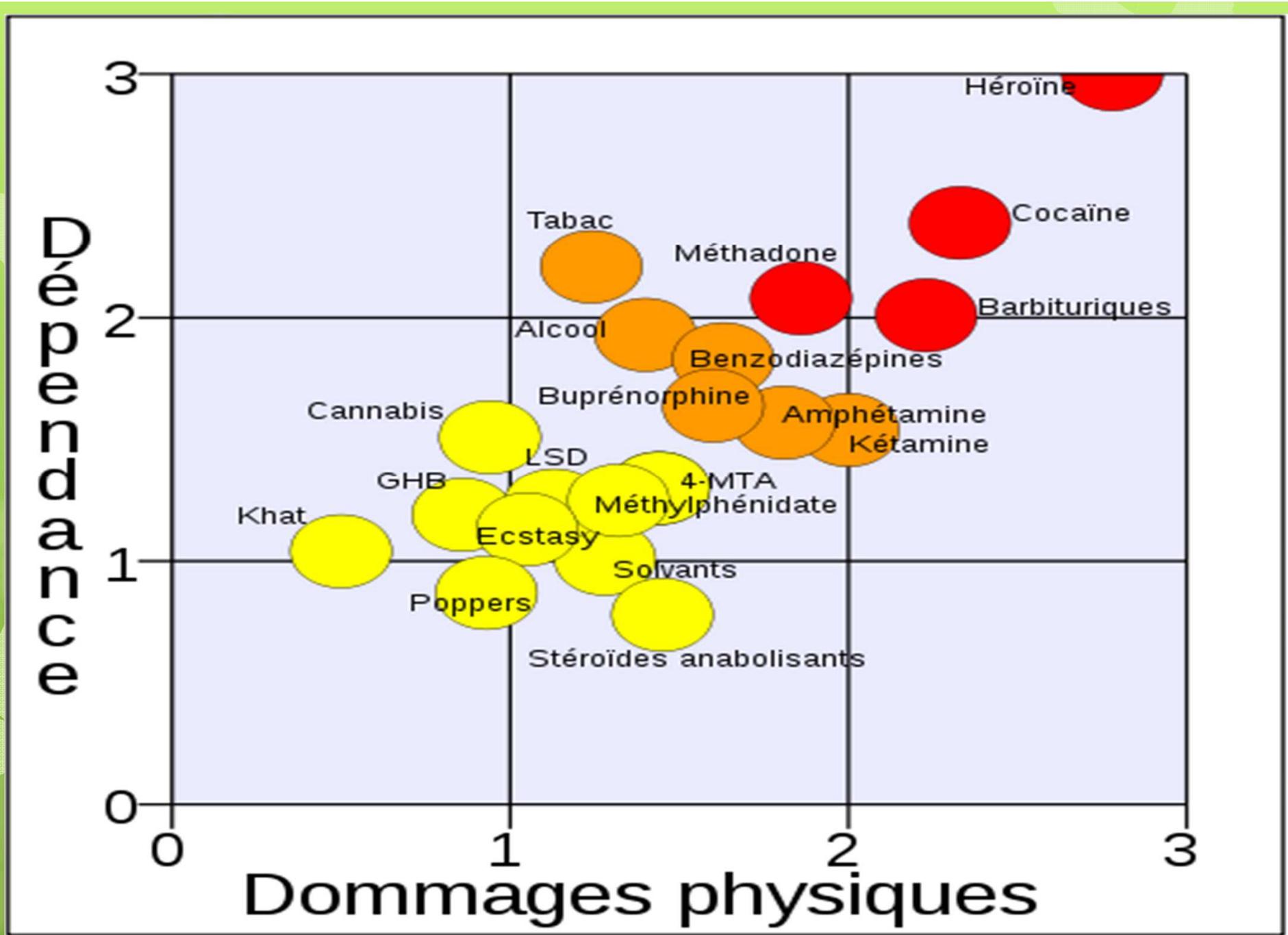
Usage chronique (III)



○ Dépendance:

- Psychologique, peu ou pas de dépendance physique (contrairement aux travaux du Pr J. Costentin*)
- Chez 5 à 20 % des usagers. Liée à l'importance de la consommation.
- Les 2/3 des dépendants le sont de manière faible à modérée. Régression vers 25-30 ans.
- Facteurs aggravants: sexe masculin, âge jeune (15 à 24 ans)
- Peu fréquente (<10%) et modérée (importance de la consommation, facteurs individuels)

*unités de neuropsychopharmacologie et de neurobiologie clinique au CHU de Rouen



Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C (March 2007). "Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse". *Lancet* 369 (9566): 1047–53.

Usage chronique (suite)



○ Autres complications psychiatriques :

○ Cannabis et schizophrénie :

- Il y a plus de fumeurs dans cette population.
 - Risque x 6 de décompensation schizophrénique. Dépend de l'âge.
 - Chez certains (1/3) il améliore les symptômes, chez la majorité c'est le contraire
- ### ○ Dépression
- Anxiété : si le cannabis favorise les attaques de panique il diminue l'anxiété des anxieux.
 - Passage à l'acte par désinhibition.
- 

Contre-vérités



- Le cannabis est un passage vers d'autres drogues :
 - > FAUX, absence d'effet tremplin (ou « gateway drug »).
- Le cannabis favorise les passages à l'acte violent :
 - > FAUX, mythe des *hashishiyyin*, ou consommateurs de haschisch, les ennemis des Ismaéliens de Syrie (XII^e siècle)
- Le cannabis est un bien de consommation :
 - > FAUX, au même titre que le tabac ou l'alcool, il doit être contrôlé

Étude de Dunedin* (30/07/2012)



- Étude conduite chez 1037 nés en 1972-1973 à Dunedin
- Cinq vagues d'interviews à 18,21,26,32,38 ans
 - Évaluation de dépendance : Diagnostic Interview Schedule, 5 groupes : jamais, usage sans dg de dépendance, usage avec dg de dépendance à 1 vague, usage avec dg de dépendance à 2 vagues, usage avec dg de dépendance à 3 vagues ou plus
 - Évaluation de consommation : nombre de vagues où une consommation \geq 4 jours/semaine était observée, 5 groupes : jamais, usage jamais régulier, usage régulier à 1 vague, usage régulier à 2 vagues, usage régulier à 3 vagues ou plus
- Tests de QI et de fonctions supérieures à 13 et 38 ans
- Résultats (comparaisons groupe par groupe, t-test de Student) :
 - QI affecté dans les deux groupes 3+ (99 vs 93 et 96 vs 91), pas dans les autres groupes
 - Tests mentaux affectés dans les deux groupes 3+
 - De plus, si début à l'adolescence (<18 ans), irréversibilité (persistance des anomalies plus d'un an après l'arrêt) et chute du QI de plus de 8 points.

Étude de Dunedin : les limites



- Liaison plausible car autres causes éliminées (tabac, alcool, drogues dures, schizophrénies, cannabis depuis moins de 24 h ou moins d'une sem), mais non affirmée : manque d'imagerie (IRM fonctionnelle), seulement tests psychométriques. De plus l'étude ne concerne que 38 et 41 patients dans les deux groupes 3+
- Hypothèses : dommages cérébraux du cannabis en rapport avec le développement cérébral à l'adolescence, études de toxicité chez l'animal, tests d'imagerie réalisés (PET-scan, IRM fonctionnelle) ailleurs
- La baisse de scolarité/usagers surenchérit la dysfonction cérébrale
- Autre limite: auto-rapport, pas de validation externe (biologique) sur l'usage, ce qui peut limiter les différences observées.
- L'irréversibilité n'est démontrée qu'à un an
- L'étude porte sur une cohorte néo-zélandaise : est-elle universalisable?
- En conclusion : efforts de communication et d'information à porter chez les adolescents (peu croient en un risque pour leur santé)

Complications somatiques



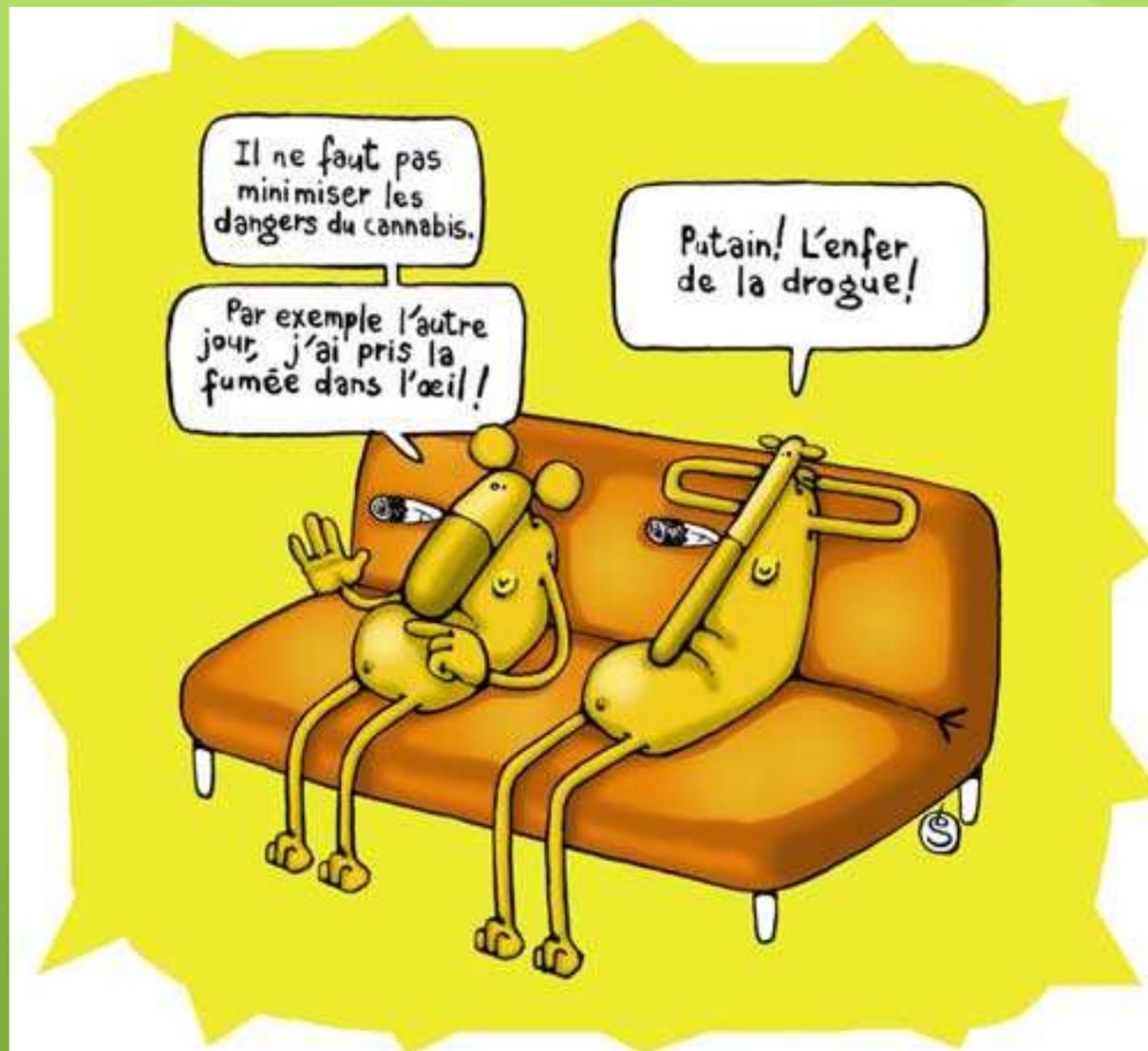
- Similitude des carcinogènes présents dans le tabac et le cannabis.
 - Cannabis fumé : effets cancérigènes, le cannabis génère 5 fois plus de goudrons que le tabac.
 - Bronchite chronique obstructive
 - Cardio-vasculaires
 - => Etudes statistiques nécessaires.
- 

Cannabis, grossesse et allaitement



- Chez le fœtus, les concentrations sont égales ou supérieures à celles de la mère.
- Prématurité, hypotrophie.
- Effets à l'âge scolaire ?

Autres dangers du cannabis...





7. ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA CONSOMMATION

Epidémiologie (I)



- **La France est le premier pays consommateur en Europe (tous âges confondus).**
- L'usage est en augmentation, souvent associé à d'autres SPA: alcool, tabac.
- La majorité des usagers a moins de 25 ans.
- Prédominance masculine mais réduction progressive de la différence entre les sexes.
- La majorité des jeunes expérimentent le cannabis avant l'âge adulte.
- En 2000 : 55 % filles, 60 % garçons de 18/19 ans ont déjà expérimenté (étude ESCAPAD de l'OFDT)

Epidémiologie (II)



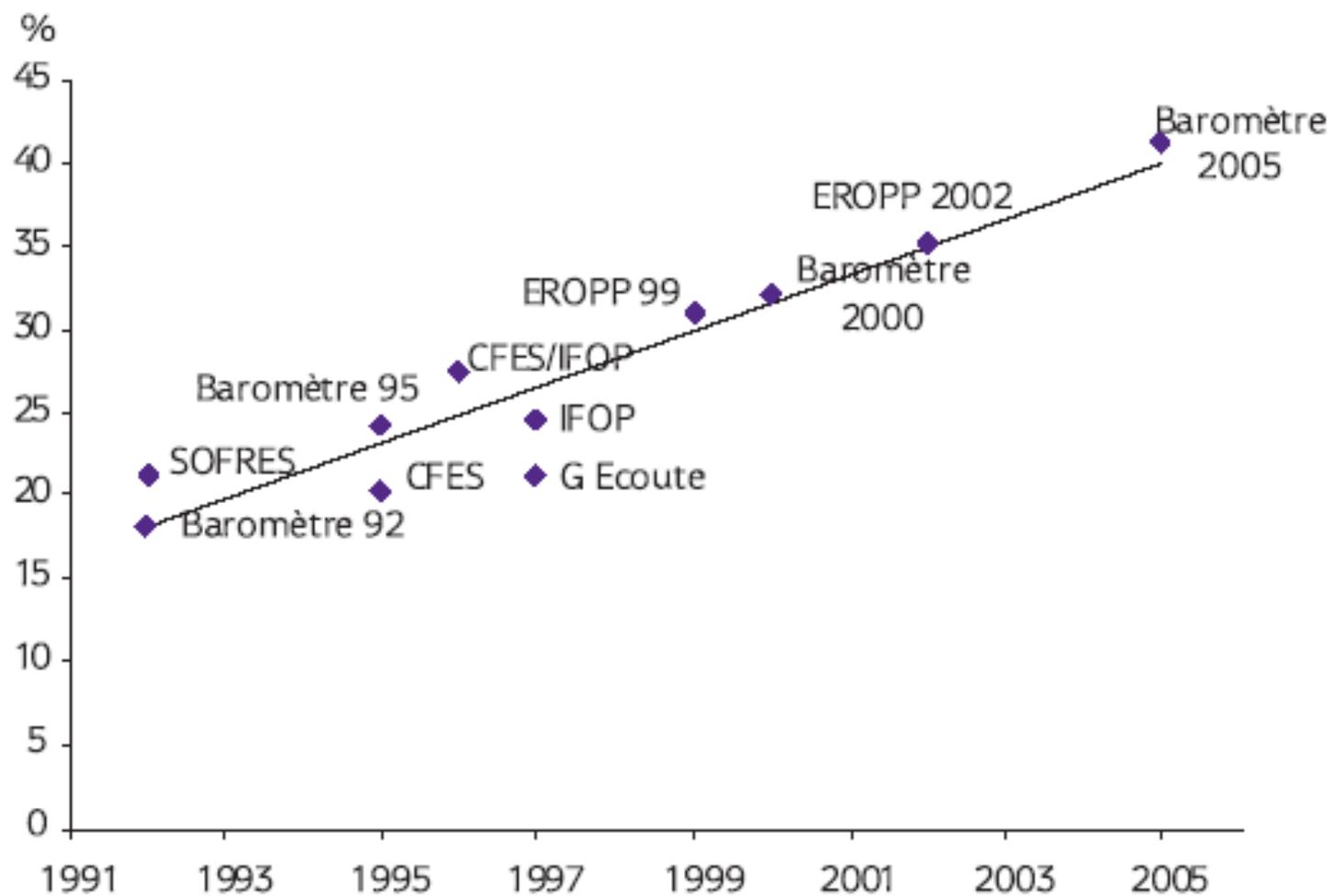
- 5 % de consommateurs au-delà de 35 ans. Quasi-nulle après 55 ans (mais en augmentation).
 - Touche toutes les couches sociales.
 - L'expérimentation a lieu vers 16 ans.
 - 86% des usagers sont fumeurs de tabac à 18 ans.
 - Aucun décès par intoxication aiguë enregistré. Pas de données sur la sécurité routière et les pathologies somatiques.
- 

Plusieurs enquêtes de référence



- **ESCAPAD** (Enquête Santé et Consommation au Cours de l'Appel de Préparation à la Défense) : depuis 2000, environ 14.000 jeunes de 17 à 19 ans.
 - **ESPAD** (European School survey Project on Alcohol and other Drugs) : jeunes scolarisés de 15 et 16 ans.
 - Ces enquêtes sous-estiment la réalité.
- 

Figure 10 : Expérimentation de cannabis parmi les 18-44 ans, 1992-2005 (en %)



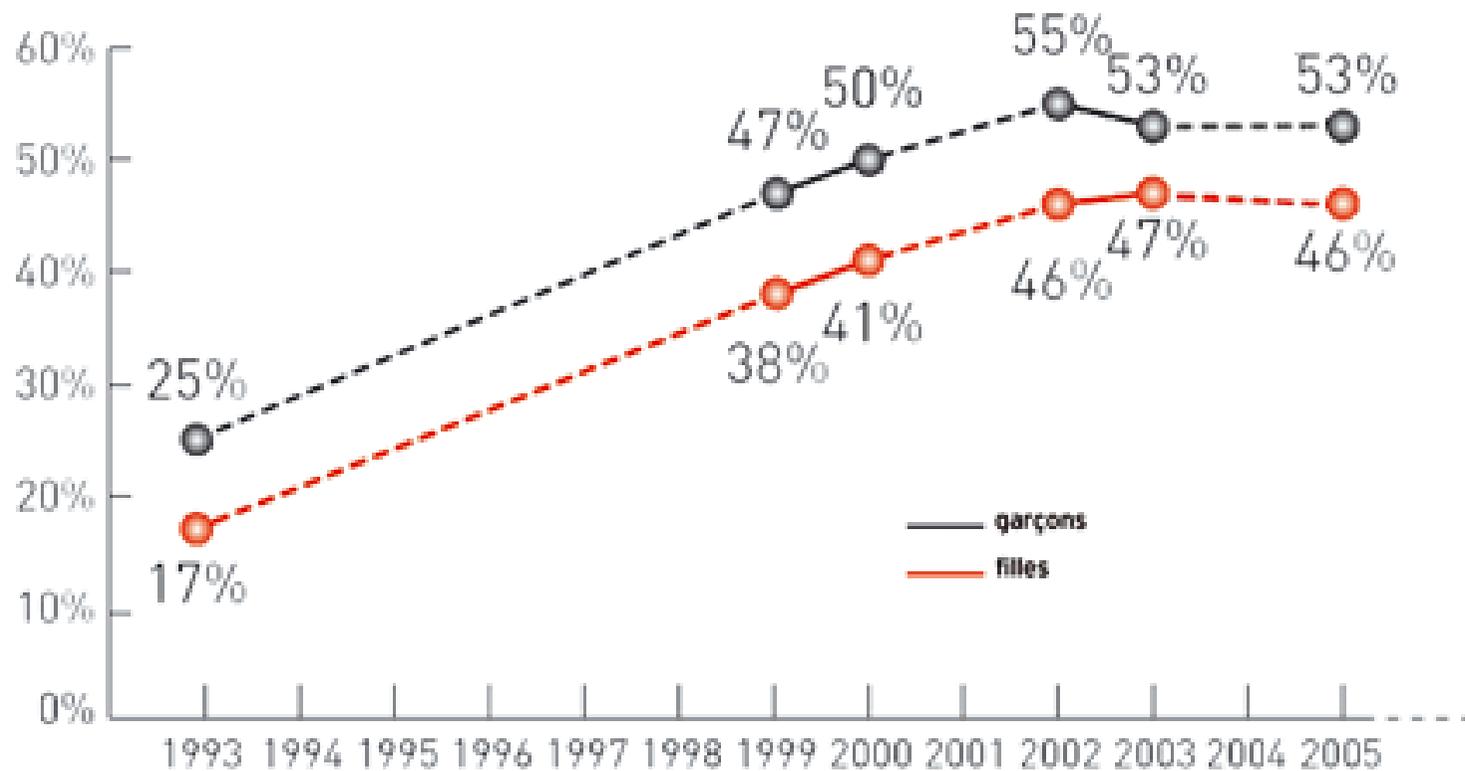
La consommation* de drogue chez les jeunes européens (2004-2010)



Pays	15/24 ans ayant fumé au moins une fois (%)	Emprisonnement pour détention de cannabis
Tchéquie	29,5	Non
Espagne	23,9	Non
Italie	22,3	Non
France	21,7	Oui
Royaume-Uni	21,2	Oui
Slovaquie	20,4	Oui
Estonie	19,4	Non
Danemark	18,9	Oui
Allemagne	15,1	Oui
Irlande	13,1	Non

* Test de Mann-Whitney non significatif ; données = Courrier International, n°1128, 14/06/2012

Évolution de l'expérimentation à 17 ans (1992-2005) en France



Quelques autres chiffres



- En 2010, 1 collégien/10 a expérimenté le cannabis
 - En sixième : 1,5%
 - En cinquième : 4%
 - En quatrième : 11%
 - En troisième : 24%
- En 2011, 24% des 16 ans ont expérimenté du cannabis au moins une fois par mois (ESPAD), soit +60% par rapport à 2007
- France : premier consommateur européen de cannabis chez les jeunes
- OFDT :
 - 1 g de résine = 5-7 euros
 - 1 g d'herbe = ~10 euros

Adolescence et cannabis à la Réunion



Sexe	Expérience	Usage au cours de l'année	Usage au cours des 30 derniers j	Usage régulier	Age moyen d'expérimentation
	26 % (M: 46 %)	16,9 %	11 % (M: 22 %)	1 % (M: 6 %)	15,7 ans
	50 % (M: 53 %)	41 %	24 % (M: 33 %)	7 % (M: 15 %)	15,4 ans (M: 15.1 ans)

- ▶ L'expérimentation est plus précoce qu'en métropole.
- ▶ L'usage est moins fréquent : sous-déclaration ?
- ▶ L'écart des sexes est plus net.
- ▶ Source : ESCAPAD, 2005. NB : M = Métropole

