

ETUDE DES DÉTERMINANTS DU SYNDROME AMOTIVATIONNEL CHEZ LES CONSOMMATEURS DE CANNABIS

STUDY OF THE AMOTIVATIONAL SYNDROME DETERMINANTS AMONG CANNABIS USERS

Natacha Bindji*, Valérie Antoniali*, Xavier Noël*, Damien Brevers*, Joseph Valsamis**, Paul Verbanck*

THE "AMOTIVATIONAL SYNDROME" HAS BEEN A VERY CONTROVERSIAL CONCEPT, STUDIED IN CANNABIS USERS FOR MANY YEARS. IN THE LITERATURE, IT IS CHARACTERIZED BY LOSS OF ENERGY, OF MOTIVATION, PROFESSIONAL DEFICIT AND SOCIAL MARGINALIZATION. WE HAVE TRIED THROUGH THIS STUDY TO CLARIFY THIS CONCEPT USING DIFFERENT PSYCHOSOCIAL SCALES WHICH MIGHT DESCRIBE IT. DATA CONCERNING DEPRESSION, ANXIETY, PSYCHIATRIC ASSESSMENT, SOCIAL ADAPTATION AND COPING STRATEGIES IN STRESS SITUATION WAS COLLECTED FROM 45 SUBJECTS, AND DIVIDED INTO 3 SAMPLES, ACCORDING TO THEIR CANNABIS USE. THE ANALYSIS OF URINE SAMPLES WERE ALSO CARRIED OUT IN REGULAR CONSUMERS. REGULAR USERS SEEM TO HAVE HIGHER SCORES IN SCALES FOR DEPRESSION, ANXIETY, PSYCHIATRIC ASSESSMENT AND SOCIAL ADAPTATION. AN INVERSE CORRELATION WAS HIGHLIGHTED BETWEEN THE URINE CANNABINOIDS' CONCENTRATION AND THE ANXIETY-SCALES AND THE PSYCHIATRIC ASSESSMENT. THIS STUDY ALLOWS US TO OBJECTIFY THE PSYCHOSOCIAL EFFECT CAUSED BY CANNABIS AMONG THE CONSUMERS. THESE RELATE DIRECTLY TO THE STUDIED SYNDROME AND ARE PROPORTIONAL TO THE DEGREE OF CONSUMPTION.

Key words : Amotivational syndrome - Cannabis - Psychosocial impact.

INTRODUCTION

Apprécié depuis des milliers d'années pour ses vertus récréatives et thérapeutiques, le cannabis a connu une popularité sans limite depuis son extension d'Asie centrale -d'où il tient son origine- au reste du monde (Jiang, 2006). Il est actuellement estimé comme la drogue illicite la plus consommée à l'échelle mondiale, tenant à son actif entre 143 et 190 millions d'usagers adultes¹ durant l'année 2007² (ONUDD, 2009). Son utilisation touche toutes les tranches d'âge, mais plus particulièrement celle des jeunes adultes (15-34 ans) pour qui les taux de prévalence s'élèvent jusqu'à 31% en Europe et 49% aux Etats-Unis (OEDT, 2009).

Plante herbacée de la famille des cannabacées, connue sous le nom latin de cannabis sativa, elle tire à partir de ses tiges, feuilles et fleurs son principal principe actif : le delta 9 tétrahydrocannabinol (Δ^9 THC) (Gaoni et Mechoulam, 1964). C'est ce cannabinoïde qui est responsable des effets pharmacologiques immédiats et différés du cannabis (Ben Amar, 2006). Sa consommation est sujette à de nombreuses controverses, tant sur sa dangerosité que sur la législation à appliquer à son égard (Roques, 1999; Streel, 2009; Andries, 2010).

Les données concernant les répercussions de l'utilisation de cannabis sur la santé sont abondantes dans la littérature. On y rapporte, avec prudence, ses effets probables sur les fonctions cardiaque, respiratoire, endocrinienne, ou autres (rôle encore

imprécis dans l'accidentalité et la mortalité routière, pouvoir carcinogène discuté...) (Kalant, 2004; Benyamina et Blecha, 2009).

Des conséquences psychotoxiques sont également soulevées. Bien que le rôle du cannabis ne soit pas clairement établi dans l'apparition de troubles psychiatriques tels que l'humeur dépressive, les troubles anxieux ou encore les troubles psychotiques, un lien certain (cause-conséquence-coexistence ?) a pu être affirmé par de nombreuses études (Buckner et al., 2008; Laqueille, 2009; Denson et Earleywine, 2006), sans oublier les répercussions sociales. Généralement décrit en termes de convivialité et de détente (Phan et al., 2005), l'usage de cannabis peut néanmoins prendre des allures toutes autres : apathie, perte d'énergie, émoussement affectif, perte de motivation, désinsertion sociale et professionnelle (scolaire). Ces manifestations sont communément regroupées sous le vocable de « syndrome amotivationnel » (Deniker et al., 1979). Il s'agirait, selon une expertise collective réalisée par l'INSERM en 2001, d'un des problèmes les plus préoccupants liés à la consommation de cannabis, face à un tableau somatique qui n'est pas des plus alarmants (INSERM, 2001; Benyamina, 2005). Ce syndrome n'a cependant jamais été clairement objectivé.

Certaines hypothèses suggèrent que cette « amotivation » consisterait en un nouveau syndrome psychiatrique. Elle pourrait aussi être liée à la coexistence d'autres conditions psychiatriques telles que la consommation d'autres substances ou la présence d'une maladie mentale (Musty et Kaback, 1995). Bien qu'il semble être avéré que l'intoxication aiguë puisse porter atteinte à la motivation, le rôle de la neurotoxicité à long terme n'a encore jamais été clarifié (Hanak et al., 2002).

¹ Le terme adulte correspond à la tranche d'âge 15-64 ans

² Dernière année disponible selon le Rapport annuel des drogues 2009

Le rôle du stress comme facteur de risque de l'utilisation de cannabis mérite également d'être abordé. Selon une étude américaine récente, le cannabis serait couramment utilisé comme stratégie d'adaptation au stress. Cette utilisation « anti-stress » serait propre à la consommation chronique et inciterait à la dépendance (Buckner et al., 2006). Alors que certains considèrent le cannabis comme une stratégie de coping en soi, d'autres le considèrent comme une conséquence de l'utilisation des stratégies de coping (Hyman et Sinha, 2009).

L'objectif de cette étude consiste à clarifier le concept de « syndrome amotivationnel » à l'aide de différentes échelles psychosociales susceptibles de le décrire et de le compléter. Les données seront recueillies auprès de 3 catégories de sujets, divergeant de par leur mode de consommation. Ensuite, il s'agira de rechercher une éventuelle corrélation entre l'imprégnation cannabique et la sévérité du tableau clinique.

MÉTHODE

CADRE ET PARTICIPANTS

L'étude a été réalisée à la "Cannabis Clinic" située au sein de l'Hôpital Brugmann. Il s'agit d'une étude observationnelle transversale à visée descriptive, effectuée de novembre 2009 à avril 2010.

Elle s'appuie sur 3 groupes de 15 participants, âgés de 18 à 30 ans, des 2 sexes, répartis selon l'usage, problématique ou non, de cannabis :

- Les consommateurs demandeurs de soins, patients à la Cannabis Clinic, pour qui l'usage est régulier, voire quotidien.
- Les consommateurs non demandeurs de soins, volontaires, mobilisés par petites annonces et bouche à oreille, dont l'usage est plutôt occasionnel et récréationnel.
- Les non-consommateurs, volontaires sains, recrutés par bouche à oreille.

Les consommateurs de cocaïne et d'héroïne ont été exclus, ainsi que les sujets présentant une dépendance à l'alcool ou à toute autre substance.

PROCÉDURE

Une anamnèse et un questionnaire standardisés nous ont permis de récolter toutes les données nécessaires à l'inclusion des patients. Les 45 participants retenus ont ensuite été évalués par 5 questionnaires :

- L'échelle de Beck (Beck Depression Inventory II), qui évalue la sévérité de la dépression (Beck et al., 1991).
- L'échelle STAI de Spielberger (State Trait Inventory Anxiety), qui comprend 2 sous-échelles distinctes estimant l'anxiété-état (à l'instant précis de l'entretien) et l'anxiété-trait (ressentie habituellement par le sujet) (Spielberger, 1983).

- L'échelle abrégée d'appréciation psychiatrique BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale), conçue initialement pour évaluer les changements de symptômes chez les patients psychotiques, qui mesure la sévérité de l'atteinte symptomatique dans les psychoses fonctionnelles et apprécie les niveaux d'anxiété et de dépression (Overall & Gorham, 1988).

Cette échelle a, par la suite, été décortiquée. Pour une prise en compte uniquement de la composante psychotique, des items associés aux symptômes communément retrouvés chez les patients souffrant de troubles sévères de l'humeur ou d'anxiété ont été supprimés (tels que l'anxiété, la tendance dépressive, l'excitation...).

- Le SAS-SR (Social Adjustment Scale Self Report), questionnaire d'adaptation sociale qui dérive de l'échelle de M. Weissman, et porte sur différents secteurs du fonctionnement social : travail (activité professionnelle, études au foyer), vie sociale et loisirs, famille (relations conjugales, enfants, unité familiale). On évalue le comportement objectif du sujet, ses sentiments et son degré de satisfaction (Weissman, 1975). La version française est en cours de validation.
- L'échelle WCC-R (Way of Coping Checklist-Revised) de Lazarus et Folkman, qui mesure les différentes stratégies d'adaptation au stress, couvrant 3 dimensions de coping : la régulation de la détresse émotionnelle, la recherche de soutien social et la gestion du problème (Cousson et al., 1996).

Le groupe des consommateurs demandeurs de soins a également été soumis à un test urinaire. Une analyse semi-quantitative de la concentration de cannabinoïdes a été effectuée dans le but de déterminer une éventuelle corrélation entre le seuil de toxicité lié au produit et la gravité du syndrome amotivationnel.

SAISIE ET ANALYSE STATISTIQUE DES DONNÉES

La saisie des données s'est opérée à l'aide du logiciel Microsoft Office Excel. Les analyses statistiques ont, quant à elles, pu être effectuées grâce au logiciel statistique SPSS 17.0.

Dans un premier temps, après vérification de la normalité des distributions et de l'homogénéité des variances des échantillons, une analyse de variance ANOVA a été réalisée. Elle a permis de comparer en un seul test les 3 échantillons tout en gardant un contrôle sur le taux de l'erreur expérimentale au seuil 5% (correction de Bonferroni). Les variables ne présentant pas les conditions de normalité ou d'homoscédasticité requises, ont été analysées par les tests non paramétriques de Kruskal-Wallis (pour les comparaisons multiples) et Mann Whitney (pour les comparaisons par paires).

Des analyses de corrélation de Pearson nous ont permis par la suite, chez les patients de la Cannabis Clinic, d'étudier la relation existant entre les différentes variables et la concentration urinaire de cannabinoïdes.

RÉSULTATS

COMPARAISON DES DIFFÉRENTES ÉCHELLES ENTRE LES 3 GROUPES

1. Echelle de dépression BDI II

Comme le montre le tableau I, il existe bien une différence significative entre les 3 groupes ($X^2(2)=27.96$, $P<0.001$). Les comparaisons par paires (tableau II) permettent de situer cette différence : le groupe 1 diffère significativement des groupes 2 ($P<0.001$) et 3 ($P<0.001$), alors que la différence entre les groupes 2 et 3 est non significative ($P=0.15$). Les patients de la Cannabis Clinic présentent donc des scores plus élevés à l'échelle de Beck que les sujets non consommateurs et consommateurs occasionnels alors que ces derniers ne présentent pas de résultats significativement différents entre eux.

2. Echelle d'anxiété état (STAI A)

Une différence significative entre les 3 groupes est également bien présente ($F(2 ;42)=6.201$, $P=0.004$). Elle est particulièrement si-

gnificative entre le groupe 1 et le groupe 3. Il n'y a pas de différence significative entre le groupe 2 et les 2 autres groupes ($P=0.607$) avec le groupe 3 et ($P=0.103$) avec le groupe 1). Les consommateurs demandeurs de soins seraient donc plus anxieux lors de la passation des tests que les non-consommateurs. Les consommateurs non demandeurs ne se démarquent quant à eux, ni des non-consommateurs, ni des consommateurs réguliers.

3. Echelle d'anxiété trait (STAI B)

Une différence significative entre les 3 groupes est démontrée par l'analyse de variance ($F(2 ;42)=14.134$, $P<0.001$). Elle se situe entre les groupes 1-3 ($P<0.001$) et 1-2 ($P=0.01$) mais pas entre les groupes 2-3 ($P=0.102$). Les patients de la Cannabis Clinic auraient donc une plus grande tendance à l'anxiété trait que les 2 autres groupes de sujets (entre lesquels aucune différence n'a pu être déterminée).

4. Echelle abrégée d'appréciation psychiatrique BPRS

On observe une différence significative entre les 3 groupes ($X^2(2)=9.959$, $P=0.007$). Cette différence est significative uni-

Tableau I

Comparaison des différentes échelles entre les 3 groupes de consommateurs (Kruskal-Wallis)

Échelles	Khi-deux	ddl*	P-value
BDI II	27,960	2	<0,001
SAS-SR	23,429	2	<0,001
BPRS	9,959	2	0,007
BPRSbis	2,809	2	0,245

Le test indique une différence significative entre les 3 groupes, pour les échelles BDI II, SAS-SR et BPRS. Pour savoir entre quels groupes se situe cette différence significative, une comparaison des groupes 2 à 2 est nécessaire (tableau ci-dessous)

*ddl = degré de liberté

Tableau II

Comparaison des échelles par paire de groupes (Mann-Whitney)

Échelles	Cat	Cat	P-value
BDI II	1	2	<0,001
	2	3	0,15
	3	1	<0,001
SAS-SR	1	2	<0,001
	2	3	0,915
	3	1	<0,001
BPRS	1	2	0,15
	2	3	0,561
	3	1	0,007

Le groupe 1 présente des scores plus élevés aux échelles de Beck et d'adaptation sociale pour les groupes 2 et 3, qui ne se différencient pas entre eux. Alors qu'à l'échelle BPRS, une différence significative n'est obtenue qu'entre les groupes 1 et 3. Pour rappel :

Catégorie 1 : consommateurs réguliers, demandeurs de soins

Catégorie 2 : consommateurs occasionnels

Catégorie 3 : non-consommateurs

Tableau III

Comparaison des différentes échelles entre les 3 groupes (ANOVA)

Échelles	Somme des carrés	ddl*	Moyenne des carrés	F	P-value
STAI-A	1348,933	2 ;42	674,467	6,201	0,004
STAI-B	2328,133	2 ;42	1164,067	14,134	< 0,001
Coping p	121,111	2 ;42	60,556	1,699	0,195
Coping s	167,511	2 ;42	83,756	2,747	0,076
Coping e	54,933	2 ;42	27,467	1,276	0,290

Les analyses de variances indiquent une différence significative entre les 3 groupes, pour les échelles STAI-A et B.
*ddl = degré de liberté

Tableau IV

Détail de la comparaison des groupes pour les échelles d'anxiété (Tests post hoc de l'ANOVA)

Échelles	Cat	Cat	Différence de moyennes	Erreur standard	P-value
STAI-A	1	2	-4,93333	3,80804	0,607
	2	3	-8,33333	3,80804	0,103
	3	1	13,26667	3,80804	0,004
STAI-B	1	2	-10,26667	3,31378	0,010
	2	3	-7,26667	3,31378	0,102
	3	1	17,53333	3,31378	< 0,001

Les tests post hoc permettent de déterminer entre quels groupes se situe la différence significative.
A l'échelle STAI-B, le groupe 1 se différencie non seulement du groupe 2 et du groupe 3, alors que ceux-ci ne présentent pas de différence significative. Tandis qu'à l'échelle STAI-A, seuls les groupes 1 et 3 se différencient significativement.
Pour rappel :
Catégorie 1 : consommateurs réguliers, demandeurs de soins
Catégorie 2 : consommateurs occasionnels
Catégorie 3 : non-consommateurs

quement entre les groupes 1 et 3 (groupes 2 et 3 ($p=0.15$), groupes 1 et 2 ($p=0.56$)).

Les analyses réalisées sur base des items évaluant les symptômes psychotiques (échelle BPRSbis) ne montrent aucune différence significative entre les groupes ($X^2(2)=2.8$, $P=0.245$). Par conséquent, le groupe de consommateurs demandeurs de soins ne présenterait pas plus de symptômes psychotiques que les autres.

5. Echelle d'adaptation sociale (SAS-SR)

Tout comme pour le BDI II et le STAI B, la différence significative entre les 3 groupes ($X^2(2)=23.429$, $P<0.001$) se situe entre les groupes 1-3 ($P<0.001$) et 1-2 ($P<0.001$), mais pas entre les groupes 2-3 ($P=0.91$).

6. Echelle du coping et des stratégies d'adaptation au stress

L'analyse de la variance des ces échantillons pour cette échelle ne nous permet pas de rejeter l'hypothèse nulle. Qu'il s'agisse du coping problème ($F(2 ;42)=1.699$, $P=0.195$), du coping émotion ($F(2 ;42)=2.747$, $P=0.076$) ou du coping soutien ($F(2 ;42)=1.27$, $P=0.290$), il n'y a pas de différence significative entre les 3 groupes.

ÉTUDE PLUS DÉTAILLÉE DES CONSOMMATEURS DEMANDEURS DE SOINS

Comme le montre le tableau V, les analyses de corrélations réalisées entre chacun des tests et les concentrations urinaires de cannabinoïdes nous ont démontré que seules les échelles STAI A, BPRS et BPRSbis montraient une corrélation statistiquement significative. Avec toutes trois, on a un coefficient de Bravais-Pearson négatif ($r(-0.617)$, $P=0.014$) pour le STAI A, ($r(-0.611)$, $P=0.016$) pour le BPRS et ($r(-0.57)$, $P=0.027$) pour le BPRSbis.

DISCUSSION

COMPARAISON DES ÉCHELLES ENTRE LES 3 GROUPES

Il apparaît une nette démarcation du groupe des consommateurs réguliers de cannabis quant à la sévérité de la dépression et de l'anxiété-trait. Ces résultats concordent avec ceux trouvés lors de récentes études, associant les troubles de l'humeur et les troubles anxieux, à l'utilisation abusive de substances psychoactives (Buckner et Schmidt, 2008; Laqueille, 2009; Buckner

Relation entre les scores obtenus à ces différentes échelles et l'imprégnation cannabique mesurée au moment du test

Tests de corrélation de Pearson

Échelles	Concentration urinaire de cannabinoïdes	
	Corrélation de Pearson	signification
STAI A	-0,617	0,014
STAI B	-0,294	0,288
BDI II	-0,426	0,114
SAS-SR	-0,206	0,461
Coping p	0,199	0,477
Coping s	-0,127	0,652
Coping e	-0,393	0,147
BPRS	-0,611	0,016
BPRSbis	-0,570	0,027
Il existe une corrélation significative entre la concentration urinaire de cannabinoïdes, et les scores des échelles STAI A, BPRS et BPRSbis. Le coefficient de Pearson de ces 3 variables est négatif. Ce qui signifie que plus le patient est imprégné, moins il présentera des scores élevés.		

et al., 2008). Les consommateurs réguliers se distinguent non seulement du groupe des non-consommateurs mais également du groupe de consommateurs occasionnels, alors que ces deux derniers ne diffèrent pas entre eux. Ceci impliquerait que seul l'abus de substance altérerait les scores, et non la consommation en tant que telle.

Il en est de même pour les résultats obtenus par l'échelle d'adaptation sociale. Une utilisation modérée, non problématique de cannabis selon le sujet, n'induirait aucune inadaptation sociale. Les consommateurs demandeurs de soins, par contre, présentent clairement un déficit au niveau des activités professionnelles ou scolaires (désintérêt, démotivation, voire un abandon), une désinsertion sociale (diminution des fréquentations, des contacts) et des conflits familiaux.

Les notions d'inadaptation sociale et de dépression sont étroitement liées. Outre l'effet direct des cannabinoïdes sur l'humeur, la perception tardive par l'individu des conséquences de l'usage de cannabis sur tout ce qu'il aurait pu construire ou acquérir en matière de culture, de projets professionnels, d'activité, d'affectivité, ou de structure familiale, lui donne un sentiment d'échec et de culpabilité qui peut être la source de certaines dépressions (Constentin, 2006).

L'échelle d'anxiété-état dévoile des résultats plus discrets, avec certes des différences perceptibles entre les consommateurs quotidiens et les non-consommateurs, mais aucune différence significative ni entre les consommateurs occasionnels et non-consommateurs, ni entre les consommateurs occasionnels et réguliers. Ceci pourrait signifier que la quantité de cannabis

consommée a un impact sur l'anxiété situationnelle (c'est-à-dire l'état émotionnel en termes d'appréhension, de tension, de nervosité, dans lequel se trouve le sujet lors de son entretien) moins prononcé que sur l'anxiété-trait (état émotionnel habituel). On pourrait également désigner les consommateurs occasionnels comme un groupe de transition entre les sujets sains et les consommateurs demandeurs de soins.

La même situation est rencontrée pour l'échelle d'appréciation psychiatrique. Celle-ci regroupe, en 18 items, des symptômes associés à des troubles psychotiques, anxieux et dépressifs. Bien que les résultats montrent uniquement une différence significative entre les consommateurs demandeurs de soins et les non-consommateurs, ils sont difficilement interprétables. Cette différence pourrait être faussée par les items correspondant aux symptômes d'anxiété et de dépression. C'est pourquoi une scission de l'échelle a été réalisée, de manière à ne prendre en compte que les items associés à des troubles psychotiques. Et d'éliminer ceux rencontrés communément chez les patients souffrant de troubles sévères de l'humeur ou d'anxiété. Avec cette nouvelle échelle, aucune différence entre les groupes n'a pu être mise en évidence. Ceci ne permet donc pas d'affirmer que les consommateurs de cannabis, réguliers ou occasionnels, sont plus à même de développer des troubles psychotiques. Le trouble psychotique induit par le cannabis, dont il est expressément fait mention dans le DSM-IV, est une des conséquences les plus graves de son utilisation. Selon des études récentes, la consommation de cannabis exacerbe les symptômes psychotiques et aggrave l'évolution de la schizophrénie. L'augmentation du risque de schizophrénie par son utilisation est incontestable.

Ce risque est dose-dépendant, et indépendant de la consommation d'autres drogues (Kalant, 2004; Laqueille, 2009). La probabilité de développer un tel trouble n'est cependant estimée qu'à 3% chez les consommateurs réguliers (Moore et al., 2007). La taille de notre échantillon ne nous permet donc pas de nous accorder à ces résultats.

Concernant le mode de coping, qu'il soit centré sur le problème, l'émotion ou le soutien, aucune différence significative entre les 3 groupes n'est observée. Ces résultats ne confirment pas ceux de certaines études, qui suggèrent que le recours à des stratégies d'adaptation focalisées sur l'émotion serait un facteur de risque de développer des problèmes de toxicomanie. Inversement, le coping problème serait un facteur protecteur (Wagner et al., 1999).

ÉTUDE DES CONSOMMATEURS RÉGULIERS

Les résultats obtenus laissent supposer l'existence d'une relation entre l'anxiété-état et la quantité de cannabinoïdes détectée dans leurs urines. Celle-ci est inversement proportionnelle : plus le consommateur est imprégné au moment de l'interview, moins il est anxieux. Les mécanismes des effets anxiolytiques du cannabis ne sont pas connus. Ils ont été observés à plusieurs reprises lors d'études effectuées sur base de modèles animaux, et seraient dus au cannabidiol, autre composant, non psychoactif du cannabis (Moreira et al., 2006; Guimaraes et al., 1994). Les cannabinoïdes pourraient y contribuer également par leur effet délétère sur la mémoire. Ils faciliteraient « l'oubli » des souvenirs pénibles et douloureux, sources d'anxiété (Kalant, 2004). Ce même effet « anesthésiant » pourrait expliquer la corrélation qui s'observe entre les tests BPRS et BPRSbis, et les concentrations urinaires de cannabinoïdes.

LIMITATIONS

Il ne s'agit pas d'une étude randomisée. Le recrutement des non-demandeurs de soins s'est fait par petites annonces et bouche

à oreille, ce qui constitue un biais de sélection. De même, les consommateurs réguliers de cannabis étudiés étaient tous demandeurs de soins, puisque patients à la Cannabis Clinic, ce qui ne représente qu'un aspect de la réalité. Cela nous limite dans l'extrapolation des résultats à l'ensemble de la population, mais permet néanmoins d'observer des divergences en fonction de nos critères de sélection, et d'avancer des hypothèses qui, par la suite, pourront être développées avec précision.

Les 3 échantillons ne présentent pas une homogénéité parfaite, mais ont été conçus de manière à éviter les grosses asymétries. Les critères d'âge ont été restreints (18-30 ans), de sorte que les moyennes d'âge des 3 groupes soient uniformes (moyennes : 23.5 (rég), 26 (occa) et 23.5 (abst) ans). La répartition des sexes dans nos groupes est déjà plus fluctuante (proportion hommes/femmes : 10/5 (rég), 7/8 (occa), 6/9 (abst)). Elle souligne l'inégalité des genres, dans une population de gros consommateurs où la prépondérance est clairement masculine (OEDT, 2009), mais ne perturbe en rien l'étude puisque aucune irrégularité franche n'est relevée.

Le syndrome amotivationnel est un concept « fantôme ». Cité de manière hypothétique dans la littérature, il est impossible de le définir ou de le caractériser précisément. Nous avons lors de cette étude, tenté de concrétiser ce concept, et de l'analyser par différentes échelles psychosociales utilisées couramment dans la pratique psychiatrique, gardant à l'esprit que celles-ci ne couvrent pas l'entièreté de la symptomatologie imputée au syndrome. Une évaluation plus approfondie des consommateurs réguliers a également été réalisée. Au près de 3 des plus motivés d'entre eux, une interview d'environ 1 heure, filmée, a été organisée. L'objectif était de tenter de mieux comprendre ce syndrome, de confronter leurs dires à leurs résultats cliniques, mais également de s'informer sur ce que eux-mêmes en pensaient.

CONCLUSION

Cette étude nous aura permis d'objectiver les répercussions psychosociales liées au cannabis chez les consommateurs réguliers. L'inadaptation sociale se trouve très marquée et s'accompagne d'autres troubles tels que l'anxiété-trait et la dépression. Ce tableau clinique apparaît comme caractéristique du consommateur quotidien et pourrait bien correspondre au syndrome amotivationnel. D'après l'analyse de nos résultats, un lien existe entre l'importance de la consommation et le déficit psychosocial associé. Un état pré-psychopathologique semble en effet exister, associé à une utilisation occasionnelle de cannabis. Aucune relation entre modes de coping et consommation n'a par contre été établie. Il en a été de même vis-à-vis des troubles psychotiques.

Néanmoins, cette étude ne nous permet pas de déterminer un lien de cause à effet. Laissant toujours en suspens la question de savoir si cette consommation est plutôt induite ou conséquente au mal-être du sujet. Des études ultérieures auprès des consommateurs de cannabis devront être réalisées. Toutes les données recueillies devront être analysées et les échelles décortiquées de manière à pointer les items dont les scores élevés sont récurrents. Des interviews, telles que celles organisées dans le cadre de l'étude, pourront compléter les bases de données existantes. Elles seules, si réalisées de manière itérée chez un même patient, pourraient démontrer ce lien de causalité. Elles permettraient également de cibler et de dégager les caractéristiques propres à la problématique liée à l'abus de cette substance. En vue peut-être de créer une nouvelle échelle spécifique au consommateur de cannabis.

RÉSUMÉ

Le « syndrome amotivationnel » est un concept très controversé, étudié chez les consommateurs de cannabis depuis des années. Il est caractérisé dans la littérature par une perte d'énergie, de motivation, des déficits professionnels et une désinsertion sociale. Des données concernant le niveau de dépression, d'anxiété, l'appréciation psychiatrique, l'adaptation sociale et les stratégies d'ajustement face au stress ont été collectées auprès de 45 sujets, répartis en 3 échantillons, selon leur consommation de cannabis. Des analyses d'urine ont également été effectuées. Les consommateurs réguliers semblent présenter des scores plus élevés pour les échelles de dépression, d'anxiété, d'appréciation psychiatrique et d'adaptation sociale. Une corrélation inversement proportionnelle a été mise en évidence entre la concentration urinaire de cannabinoïdes et les échelles d'anxiété-état et d'appréciation psychiatrique. Cette étude nous permet d'objectiver les répercussions psychosociales causées par le cannabis chez le consommateur. Celles-ci correspondent bien au syndrome étudié. Et s'avèreraient proportionnelles à la consommation.

Mots clés : Syndrome amotivationnel, Cannabis, Impact psychosocial

SAMENVATTING

Het "amotivational syndroom" is een omstreden begrip, reeds jaren bestudeerd bij cannabisgebruikers. In de literatuur wordt het gekenmerkt door een verlies aan energie en motivatie, door professionele tekorten en sociale desintegratie. Gegevens over de mate van depressie, angst, psychiatrisch oordeel, sociale aanpassing en strategieën voor het omgaan met stress, werden verzameld bij 45 proefpersonen, onderverdeeld over drie groepen op basis van hun cannabisgebruik. Urinetests werden ook uitgevoerd. Regelmatige gebruikers blijken hogere scores te behalen op de schalen van depressie, angst, psychiatrisch oordeel en sociale aanpassing. Een omgekeerd evenredig verband werd aangetoond tussen de concentratie aan cannabinoïden in urine en de schalen van angsttoestand en psychiatrisch oordeel. Deze studie staat ons toe om de psychosociale effecten, veroorzaakt door cannabis bij de consumenten, objectief vast te leggen. Deze effecten gaan inderdaad gepaard met het onderzochte syndroom. En blijken in verhouding te zijn met de mate van gebruik.

Trefwoorden : Amotivational syndroom, Cannabis, Psychosociaal impact

RÉFÉRENCES

- Andries J.-B.** La justice pénale et le cannabis. In: Regards croisés sur le cannabis. Mardaga. Cellule Drogue de l'Université de Liège (2010).
- Beck A.T., Ward C.H., Mendelson M., Mock J., Erbaugh J.** An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571 (1991).
- Ben Amar M.** Cannabinoids in medicine: A review of their therapeutic potential. *Journal of Ethnopharmacology*, 105, 1-25 (2006).
- Benyamina A.** Que risque un adolescent qui consomme du cannabis? Le cannabis et les autres drogues. Paris : Solar (2005).
- Benyamina A., Blecha L.** Les effets du cannabis sur la santé. *Annales Médico-Psychologiques*, 167, 514-517 (2009).
- Buckner J.D., Schmidt N.B.** Marijuana effect expectancies: Relations to social anxiety and marijuana use problems. *Addictive Behaviors*, 33, 1477-1483 (2008).
- Buckner J.D., Schmidt N.B., Bobadilla L., Taylor J.** Social anxiety and problematic cannabis use: Evaluating the moderating role of stress reactivity and perceived coping. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1007-1015 (2006).
- Buckner J.D., Schmidt N.B.** Specificity of social anxiety disorder as a risk factor for alcohol and cannabis dependence. *Journal of Psychiatric Research*, 42, 230-239 (2008).
- Constantin J.** Halte au cannabis. Paris: Odile Jacob (2006).
- Cousson F., Bruchon-Schweitzer M., Quintard B., Nuissier J., Rascle N.** Analyse multidimensionnelle d'une échelle de coping: validation française de la WCC (Ways of Coping Checklist). *Psychologie Française*, 41, 155-164 (1996).
- Denson T.F., Earleywine M.** Decreased depression in marijuana users. *Addictive Behavior*, 31, 738-742 (2006).
- Deniker P., Colonna L., Léo H., Petit M.** Pharmacopsychose et syndrome déficitaire. *Evolution psychiatrique*, 44, 283-301 (1979).
- Gaoni Y., Mechoulam R.** Isolation, structure, and partial synthesis of an active constituent of hashish. *Journal of the American Chemical Society*, 86, 1646-1647 (1964).
- Guimaraes F.S., De Aguiar J.C., Mechoulam R., Breuer A.** Anxiolytic effect of cannabidiol derivatives in the elevated plus-maze. *General Pharmacology*, 25, 161-164 (1994).
- Hanak C., Tecco J., Verbanck P., Pelc I.** Cannabis, mental health and dependence. In: Cannabis 2002 Report, Ministry of Public Health of Belgium, Technical Report of the International Scientific Conference. Brussels: Belgium (2002).
- Hyman S.M., Sinha R.** Stress-related factors in cannabis use and misuse: Implications for prevention and treatment. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 36, 400-413 (2002).
- INSERM.** Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé, une expertise collective de l'Institut de la Recherche Médicale (2001).
- Jiang H.E., Li X., Zhao Y.X., Ferguson D.K., Hueber F., Bera S., Wang Y.F., Zhao L.C., Liu C.J., Li C.S.** A new insight into Cannabis sativa (Cannabaceae) utilization from 2500-year-old Yanghai Tombs, Xinjiang, China. *Journal of Ethnopharmacology*, 108, 414-422 (2006).
- Kalant H.** Adverse effects of cannabis on health: an update of the literature since 1996. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 28, 849-863 (2004).
- Laqueille X.** Le cannabis est-il un facteur de vulnérabilité des troubles schizophrènes. *Archives de pédiatrie*, 16, 1302-1305 (2009).
- Moore T.H.M., Zammit S., Lingford-Hughes A., Barnes T.R.E., Jones P.B., Burke M., Lewis G.** Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370, 319-328 (2007).
- Moreira F.A., De Aguiar J.C., Guimaraes F.S.** Anxiolytic-like effect of cannabidiol in the rat Vogel conflict test. *Progress in Neuro-Psychopharmacology & Biological Psychiatry*, 30, 1466-1477 (2006).

Musty R.E., Kaback L. Relationships between motivation and depression in chronic marijuana users. *Life Sciences*, 56, 2151-2158 (1995).

OEDT, observatoire européen des drogues et toxicomanies. Rapport annuel 2009 - Etat du phénomène de la drogue en Europe (2009).

ONUDD, office des nations unies contre la drogue et le crime. Rapport mondial sur les drogues 2009- Résumé analytique (2009).

Overall J.E., Gorham D.R. The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 97-99 (1988).

Phan O, Corcos M, Girardon N, Nezelof S, Jeammet P. Abus et dépendance au cannabis à l'adolescence. *EMC-Psychiatrie*, 2, 207-224 (2005).

Roques B. Cannabis. La dangerosité des drogues. Rapport au secrétariat d'Etat à la santé. Paris: Odile Jacob (1999).

Spielberger C.D. State-trait Inventory: A Comprehensive Bibliography. Palo Alto: Consulting Psychologists Press (1983).

Streel E. Le cannabis en questions. Santé mentale, dépendance, fertilité et autres thèmes reconsidérés. Bruxelles: De Boeck (2009).

Wagner E.F., Myers M.G., McIninch J.L. Stress-coping and temptation-coping as predictors of adolescent substance use. *Addictive Behaviors*, 24, 769-779 (1999).

Weissman M.M. The assessment of social adjustment: a review of techniques. *Archives of General Psychiatry*, 32, 357-365 (1975).

Auteur correspondant :

N. BINDJI

CHU Brugmann
4 Place Arthur Van Gehuchten 1020 Bruxelles

E-mail : natacha.bindji@chu-brugmann.be