

La douleur chronique épuise, physiquement et moralement. Elle isole, fragilise le sommeil, casse l'appétit, altère l'humeur, puis finit par modeler la vie entière autour d'elle. Dans les consultations, je rencontre des personnes qui ont tout essayé, des anti-inflammatoires aux infiltrations, parfois des années d'opioïdes avec plus d'effets indésirables que d'amélioration réelle. La marijuana médicale n'est pas une baguette magique, mais c'est un outil de plus, utile quand il est choisi avec discernement, dosé prudemment et intégré dans une stratégie globale.

Ce que l'on entend par soulagement, vraiment

Avant de parler récepteurs, ratios THC/CBD et vaporisateurs, il faut clarifier l'objectif. La plupart des patients imaginent une disparition de la douleur. Dans les données publiées, comme dans ma pratique, on vise plutôt une réduction significative, de l'ordre de 20 à 40 pour cent de l'intensité perçue, et surtout une amélioration fonctionnelle: dormir quatre heures de suite plutôt que deux, marcher jusqu'au marché sans s'arrêter, reprendre une activité professionnelle à temps partiel. Ces gains, bien concrets, transforment le quotidien.

Le soulagement n'est pas seulement une question d'intensité. Les cannabinoïdes ont souvent un double effet mécanique et subjectif. Ils atténuent les signaux nociceptifs, mais ils agissent aussi sur l'humeur, l'anxiété anticipatoire, la rumination nocturne. Quand quelqu'un me dit que la douleur est encore là mais qu'elle l'obsède moins, je considère que nous avons fait un pas.

Quelques notions utiles sur le système endocannabinoïde

Le corps fabrique ses propres cannabinoïdes, les endocannabinoïdes, qui activent deux récepteurs principaux, CB1 et CB2. CB1 est très présent dans le système nerveux central, il module la libération de neurotransmetteurs et donc la transmission de la douleur. CB2 se trouve plutôt dans les cellules immunitaires et les tissus périphériques, il régule l'inflammation. Les deux coopèrent.

Dans la plante, le tétrahydrocannabinol, le fameux THC, se lie surtout à CB1. Il apporte l'effet analgésique central, la relaxation musculaire, et l'euphorie qui, à doses élevées, devient sédation ou confusion. Le cannabidiol, le CBD, n'active pas CB1 de la même façon. Il module l'anxiété, semble infléchir la composante inflammatoire et spastique, et tempère certains effets indésirables du THC. D'autres molécules de la plante, les terpènes et flavonoïdes, contribuent probablement à l'effet d'ensemble. Mais au cabinet, ce sont surtout THC, CBD et la voie d'administration qui font la différence.

Ce que disent les données, ce que je vois dans les dossiers

Les méta-analyses sur la douleur chronique sont prudentes. Elles montrent un bénéfice modeste à moyen, surtout pour les douleurs neuropathiques, la spasticité liée à la sclérose en plaques, et certains cas de douleurs liées au cancer. Les tailles d'effet varient, mais on retrouve régulièrement un rapport entre le nombre de patients à traiter pour obtenir un bénéfice cliniquement pertinent et le nombre de patients à traiter pour observer un effet indésirable menant à l'arrêt. Autrement dit, ça marche mieux chez certains que chez d'autres, et le prix à payer en termes d'effets secondaires n'est pas négligeable si l'on dose trop vite.

Dans la vraie vie, je vois trois profils. D'abord, les répondeurs nets: neuropathies post-chimiothérapie, douleurs radiculaires avec hyperalgésie, douleurs myofasciales rebelles à la kinésithérapie. Ces patients rapportent une baisse franche des décharges électriques, moins de brûlure continue, une meilleure tolérance au toucher. Ensuite, les répondeurs partiels: ils gagnent surtout sur le sommeil et la tolérance à l'activité, ce qui suffit pour améliorer la journée. Enfin, les non-répondeurs, souvent des douleurs purement mécaniques d'arthrose sévère ou des tableaux marqués par des facteurs psychosociaux majeurs, pour qui les cannabinoïdes ne déplacent pas l'aiguille.

Je me souviens d'un ingénieur de 58 ans, lombosciatique depuis trois ans, hypersensibilisation centrale probable. Après trois mois d'un protocole avec CBD en journée et microdoses de THC le soir, sa douleur moyenne est passée de 7 à 4 sur 10, mais surtout, il a recommencé à nager deux fois par semaine. A l'inverse, une patiente avec gonarthrose bilatérale très évoluée a ressenti un léger mieux sur l'endormissement, sans changement notable sur la douleur à la marche. Les deux cas sont cohérents avec ce que l'on peut attendre.

Indications, quand viser la marijuana médicale

Les indications ne sont pas universelles et varient selon les pays. Elles reflètent un équilibre entre données scientifiques, expérience clinique et politique de santé. Dans la pratique, on la considère après des approches de première ligne bien

conduites et tolérées, et de préférence dans un cadre supervisé.

- Douleurs neuropathiques périphériques ou centrales, spasticité et douleurs liées à la sclérose en plaques, douleurs cancéreuses rebelles ou liées aux traitements, fibromyalgie chez un sous-groupe sélectionné, douleurs musculo-squelettiques chroniques avec insomnie réfractaire

Cette liste n'épuise pas les cas d'usage, mais elle couvre l'essentiel de ce que l'on voit en consultation spécialisée. Elle rappelle aussi un point clé: l'objectif dépend de la physiopathologie. Sur un nerf hypersensible, on attend un effet direct sur les décharges ectopiques. Sur une arthrose pure, l'effet principal passe souvent par le sommeil et le relâchement musculaire.

THC, CBD, ratios et choix des produits

Dans les pays qui disposent d'un cadre de marijuana médical, on a accès à différentes formes: fleurs standardisées à vaporiser, huiles sublinguales, capsules, sprays oromuqueux, parfois préparations topiques. On peut choisir le ratio THC/CBD et la concentration.

Le THC est plus puissant pour l'analgésie aiguë et l'effet antispasmodique, mais c'est lui qui porte la plupart des effets indésirables cognitifs et psychoactifs. Le CBD est mieux toléré, anxiolytique pour beaucoup, et utile sur la spasticité, l'inflammation et le sommeil. Ils se potentialisent, et un peu de CBD peut adoucir l'expérience du THC.

Pour débiter, je privilégie souvent des huiles sublinguales à dominante CBD dans la journée, par exemple 10 à 20 mg deux à trois fois par jour, puis une prise du soir avec un peu de THC, parfois 1 à 2,5 mg, pour cibler l'endormissement et la douleur nocturne. Avec des fleurs à <https://www.ministryofcannabis.com/fr/graines-cannabis-feminisees/> vaporiser, on parle en inhalations plutôt qu'en milligrammes: une inhalation lente, attendre 10 minutes, puis ajuster. La vaporisation, à la différence de la combustion, limite les toxiques respiratoires, chauffe la plante à une température qui libère les cannabinoïdes sans brûler. Elle permet un effet rapide, utile pour des pics douloureux.

Quelques patients ne tolèrent pas les effets subjectifs du THC, même à faible dose. On explore alors des préparations riches en CBD, avec parfois des terpènes ciblés, et on ajuste la kinésithérapie, l'ergothérapie et la prise en charge du sommeil en parallèle.

Viser l'effet sans se piéger: titration et tolérance

L'adage reste le même: commencer bas, augmenter lentement. Les effets indésirables du THC, vertiges, bouche sèche, somnolence, anxiété paradoxale, surgissent surtout quand on grimpe trop vite. Je planifie des paliers de trois à sept jours, avec un journal des prises et des effets. On recherche le point d'inflexion, là où une petite augmentation apporte encore un bénéfice net. Au-delà, on ne gagne plus sur la douleur, on accumule la somnolence.

La tolérance peut apparaître après quelques semaines si les doses montent régulièrement. On peut alors stabiliser, réduire légèrement le THC ou introduire des jours de pause partielle, en gardant le CBD. Certains patients réservent le THC aux jours les plus pénibles, ce qui limite l'installation d'une tolérance marquée et maintient l'efficacité subjective.

Ce qu'un essai raisonnable implique

Un essai bien conduit ne se résume pas à une ordonnance. Il s'agit d'un protocole cohérent, avec des objectifs mesurables et une fenêtre d'évaluation claire.

- Définir une cible et une métrique simples, par exemple baisser la douleur moyenne de deux points, gagner une heure de sommeil continu, marcher 20 minutes sans arrêt, puis planifier quatre à huit semaines d'essai, choisir une forme et un ratio adaptés, titrer par petits paliers, surveiller somnolence, anxiété, appétit, interactions médicamenteuses, et réévaluer formellement à la fin de la période

Ce cadre évite les dérives et les demi-mesures. Il permet aussi de décider d'arrêter si l'on n'obtient pas au moins une amélioration fonctionnelle tangible, ce qui arrive et doit être assumé.

Interactions, précautions, contre-indications

Les cannabinoïdes ne vivent pas dans le vide thérapeutique. Le THC et le CBD sont métabolisés par les enzymes hépatiques, notamment CYP3A4 et CYP2C9 pour le THC, CYP2C19 et CYP3A4 pour le CBD. Le CBD, à doses

élevées, peut inhiber des enzymes, peut augmenter de médicaments de certains anticonvulsivants, anticoagulants ou antidépresseurs. Une surveillance clinique et biologique s'impose quand le contexte l'exige.

Côté sécurité, il y a des lignes rouges. Grossesse et allaitement, non. Antécédent personnel de psychose ou de trouble bipolaire non stabilisé, grande prudence voire abstention. Maladie cardio-vasculaire instable, infarctus récent ou arythmie mal contrôlée, abstention. Antécédents de dépendance sévère avec perte de contrôle, on réfléchit au cas par cas, parfois avec l'aide d'une équipe d'addictologie. Chez les personnes âgées, on ajuste plus lentement, on guette l'hypotension orthostatique et le risque de chute.

La conduite automobile mérite une attention particulière. Après une inhalation de THC, l'altération des capacités peut durer plusieurs heures, souvent 4 à 6, parfois plus. Après une prise orale, le pic est plus tardif et la durée d'altération s'étire. Je conseille un délai minimal de 8 heures sans aucun symptôme résiduel avant de conduire, et plus longtemps au début du traitement ou après une augmentation de dose.

Effets indésirables, ce que les patients décrivent vraiment

Les effets indésirables les plus fréquents sont prévisibles: somnolence, sensations de tête légère, bouche sèche, rougeur des yeux, appétit accru. Avec le THC, certains évoquent une anxiété paradoxale, le cœur qui bat plus vite, des pensées vagabondes qui dérangent le sommeil au lieu de l'aider. Le CBD est en général mieux toléré, mais à doses élevées il peut donner des troubles gastro-intestinaux et une fatigue sourde.

Deux phénomènes plus rares méritent d'être connus. Le syndrome d'hyperémèse cannabinoïde, vomissements incoercibles chez des consommateurs chroniques à forte dose, se résout avec l'arrêt de l'exposition. Et la dépendance, qui reste moins fréquente dans un cadre médical et à doses modérées, existe tout de même. Les estimations de risque de trouble de l'usage du cannabis varient, souvent autour de 9 pour cent dans la population générale, plus faible dans des protocoles médicaux encadrés, mais non nul. Là encore, définition claire des objectifs et dosages mesurés limitent ce risque.

Voies d'administration et stratégies selon les profils

Pour une douleur neuropathique en pics, la vaporisation a un avantage: montée rapide, ajustement fin, redescente prévisible. Pour une douleur diffuse avec troubles du sommeil, les huiles sublinguales du soir apportent une pente douce vers l'endormissement, avec un plateau nocturne utile. Pour une spasticité invalidante, le spray oromucosé standardisé, largement étudié dans la sclérose en plaques, offre des repères de dose reproductibles. Les crèmes et baumes peuvent aider des douleurs localisées, mais l'évidence reste plus faible. Ils servent surtout d'adjuvant, rarement de traitement principal.

J'insiste souvent sur les microdoses, en particulier chez des personnes sensibles aux psychotropes. Une fraction de milligramme de THC, répétée à intervalles réguliers, peut faire davantage qu'une dose unique plus élevée. La combinaison CBD en toile de fond et THC en appoint du soir fonctionne bien. Elle respecte le rythme de vie, minimise les effets diurnes indésirables, et cible les fenêtres où la douleur pèse le plus.

Place par rapport aux opioïdes et aux autres traitements

On ne troque pas systématiquement un traitement par opioïde contre des cannabinoïdes. Les approches se complètent. Chez certains, l'ajout de THC/CBD permet de réduire la dose d'opioïde, parfois de 10 à 30 pour cent, avec un bénéfice sur la vigilance et la constipation. Mais le résultat n'est pas garanti. On avance par incréments, on se laisse le temps d'observer. Dans les cas d'hyperalgésie induite par les opioïdes, fréquente chez des patients à fortes doses chroniques, les cannabinoïdes apportent parfois un effet rééquilibrant intéressant.

On ne néglige pas non plus les bases: kinésithérapie, activité aérobie adaptée, renforcement progressif, hygiène du sommeil, thérapies cognitives et comportementales centrées sur la douleur, nutrition anti-inflammatoire. La marijuana médicale, ou marijuana médical si l'on reprend le terme figé des moteurs de recherche, se greffe sur ce socle. Elle ne le remplace pas.

Anecdotes de terrain, points d'inflexion

Une cheffe de cuisine de 44 ans, douleurs neuropathiques post-chirurgie du canal carpien, réveils nocturnes multiples. Antidépresseur en bas de dose pour l'anxiété, gabapentine avec somnolence diurne. Un mois après l'introduction d'une huile 20/1 CBD/THC, 20 mg de CBD le matin et à midi, 20 mg CBD + 1 mg THC 90 minutes avant le coucher, elle dort

5 à 6 heures d'affilée. La douleur au petit matin reste présente, mais la journée commence différemment. On a pu réduire la gabapentine, elle a repris le service du midi.

Un ancien maçon, 62 ans, polyarthrose, douleurs mécaniques diffuses. Les fleurs vaporisées le soir lui donnent l'appétit et le sourire, mais aucun changement sur la capacité de marche. Nous avons recentré sur la balnéothérapie et une orthèse de genou, en gardant une goutte de CBD le soir pour éviter le flottement cognitif qu'il n'aimait pas. Savoir dire non au THC quand l'objectif n'est pas atteint, c'est respecter la promesse initiale.

Légalité et qualité des produits, un passage obligé

Tout dépend du pays. Au Canada, l'accès médical est encadré, les produits sont testés et étiquetés. Dans plusieurs pays européens, des spécialités à base de THC/CBD existent, parfois uniquement pour certaines indications. En France, un programme d'expérimentation a encadré la prescription dans des centres dédiés, avec une sélection d'indications et un suivi strict. Dans ce contexte, la qualité des produits et la traçabilité sont meilleures que dans les circuits non médicaux.

La qualité compte, parce que la variabilité des concentrations et la présence potentielle de résidus de pesticides ou de solvants changent l'efficacité et la tolérance. Un même flacon doit délivrer la même dose d'une prise à l'autre. L'étiquetage précis, les certificats d'analyse, la clarté sur le ratio THC/CBD ne sont pas des détails administratifs, ce sont des garanties cliniques.

Mesurer autrement que par la seule échelle de 0 à 10

Les échelles numériques de douleur ont leur utilité, mais elles errent au fil de l'humeur, du sommeil de la nuit passée et du contexte. Je propose presque toujours des marqueurs fonctionnels: nombre de réveils nocturnes, durée de marche continue, temps assis au bureau sans changer de position, capacité à préparer un repas complet. On ajoute parfois des outils standardisés, comme l'Indice de handicap lié à la douleur, pour suivre la trajectoire sur quelques mois. La marijuana médicale réussit quand ces marqueurs s'améliorent, même si la note sur 10 recule moins.

Ce qui reste incertain, et ce que l'on peut déjà décider

Plusieurs zones grises persistent. Quelle est la meilleure combinaison de cannabinoïdes pour une douleur neuropathique précise, ou pour une douleur centrale post-AVC, par exemple. Quel est l'impact à long terme sur la cognition chez des usagers médicaux stables, à faibles doses de THC. Quels sous-groupes de fibromyalgie répondent vraiment mieux. La recherche avance, mais pas aussi vite que les attentes des patients.

On n'est pas contraint d'attendre que tout soit résolu. Avec des objectifs réalistes, des doses modestes, une surveillance attentive et un arrêt prévu en cas d'inefficacité, on peut proposer un essai sans mettre la charrue avant les bœufs. Le fil conducteur reste la proportionnalité: proportionner la réponse thérapeutique à la gêne et aux risques.

Conseils pratiques que je donne souvent au premier rendez-vous

- N'anticipez pas l'euphorie ni la sédation comme un but. Cherchez la fenêtre où vous vous sentez normal, juste avec moins de douleur, planifiez vos prises pour que les pics d'effet correspondent aux moments difficiles, évitez la combustion, préférez la vaporisation ou les huiles, tenez un journal simple des doses et des effets, et prévoyez une réévaluation, même si vous avez l'impression que ça va mieux

Cet encadrement très basique évite beaucoup de déceptions. Il donne au patient un rôle actif et à l'équipe soignante des repères concrets.

Quand il vaut mieux s'abstenir ou remettre à plus tard

Il y a des moments où la marijuana médicale n'est pas le bon choix, ou pas tout de suite. Chez un patient avec une dépression sévère non traitée, une anxiété panique active, ou une consommation problématique d'alcool, on stabilise d'abord ce terrain. Chez un patient avec un travail nécessitant une vigilance fine en continu, conducteur de bus ou opérateur de machines, on réfléchit plus longuement aux horaires et au risque résiduel. Dans une famille où l'usage inquiète profondément le conjoint ou les enfants, on prend le temps de discuter, d'expliquer, parfois de montrer le flacon et les posologies pour éviter les fantasmes.

Ce n'est pas une fuite en avant. C'est une manière d'aligner le traitement avec la vie réelle et les valeurs de la personne.

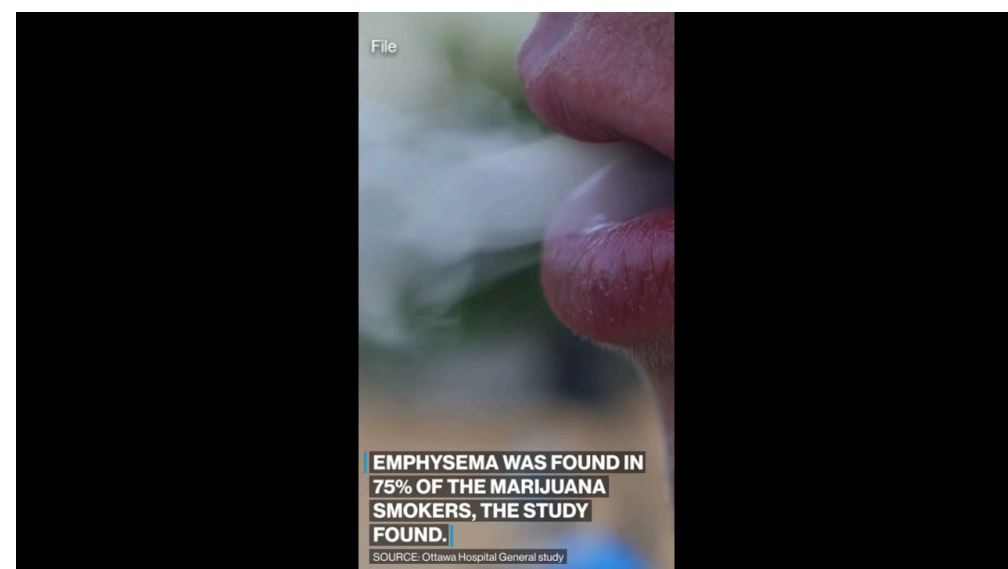
Regard d'équipe, pas d'ordonnance isolée

Les meilleurs résultats apparaissent quand la prescription s'inscrit dans une équipe. Le médecin généraliste suit l'ensemble, le kinésithérapeute adapte le plan d'activité à la fenêtre d'analgésie, le psychologue travaille les peurs du mouvement, le pharmacien vérifie les interactions et éduque sur l'observance. Le patient, surtout, devient l'expert de son propre ressenti. Quand il arrive en contrôle avec un carnet notant doses, heures, effets utiles et gênants, nous gagnons un mois de tâtonnements.

La marijuana médicale n'est pas tant un produit qu'une approche, une manière d'ajuster finement les curseurs douleur, sommeil, anxiété et activité. Elle se prête à cette médecine des petits réglages qui change un quotidien.

Un mot sur les attentes et le temps

Les premiers effets peuvent être rapides avec la vaporisation, plus lents avec les huiles. Les ajustements réclament trois à six semaines en moyenne pour trouver un plateau. Les patients qui réussissent le [marijuana](#) mieux acceptent ce tempo. Ils posent de petites briques régulières. Ils supportent quelques jours où l'effet est trop léger ou un soir où la somnolence gagne, parce qu'ils savent que l'on va corriger.



Ce réalisme s'apprend. Il remplace la quête du remède absolu par une recherche d'outils combinés qui, ensemble, rendent la vie plus habitable.

En résumé vivant

La marijuana médicale offre, pour une part non négligeable de personnes avec douleur chronique, une amélioration modérée mais significative, surtout quand la douleur a une composante neuropathique ou spastique, et quand le sommeil est entamé. Le THC et le CBD jouent des partitions complémentaires. L'accès encadré, la qualité des produits, la titration patiente et la clarté des objectifs font la différence entre une expérience utile et une suite de tâtonnements frustrants.

On accepte d'emblée qu'il y aura des non-répondeurs. On protège ceux qui risquent des effets indésirables sérieux. On reste attentif aux interactions. Et, chaque fois que c'est possible, on intègre la prescription à un plan de rétablissement plus large. Quand ces conditions sont réunies, j'ai vu des personnes reprendre le fil de leur vie, non pas dans une absence de douleur, mais dans une présence retrouvée à ce qui compte. C'est modeste sur le papier, considérable dans une existence.