

Introduction

Dr Michel Hautefeuille
Patricien hospitalier au centre médical
Marmottan, Paris

4

Voilà bientôt huit ans que Toxibase n'avait pas consacré un dossier complet au cannabis¹. Certes celui-ci avait été abordé de façon transversale, notamment par différents dossiers *thema* de la revue Toxibase^{2,3,4}. Nous avons élaboré ce dossier en partenariat avec le Crips Île-de-France dont le rôle en matière de prévention est reconnu. Il nous a paru nécessaire d'aborder à nouveau ce sujet, même si nous ne souhaitons pas nous référer à la simple actualité.

Le débat sur le cannabis est toujours houleux dans la mesure où l'esprit scientifique se trouve bien trop souvent submergé par les a priori, les considérations morales ou les intérêts particuliers. C'est en tout cas l'ambiance qui préside lorsque l'on parle de la place que le cannabis a, aurait, ou pourrait avoir dans notre société. La dramatisation atteint son comble lorsque l'on sait qu'un jeune de 17 ans sur deux a expérimenté le cannabis ou que la consommation des 18-44 ans a doublé en 10 ans.

Dans ce contexte, il devient presque incongru de dire et de réaffirmer qu'il faut raison garder et rappeler que le cannabis est une des rares substances qui n'a jamais tué qui que ce soit. Le débat fait rage – pour autant que l'on puisse parler de débat – entre les tenants du cannabis comme objet du diable porteur de toutes les déchéances et de tous les vices et ceux qui revendiquent la totale innocuité de ce produit. Il est évident que ce dossier ne participe pas à ce débat dont les termes sont largement pré-définis, voire même *pipés*.

Il existe aujourd'hui un consensus pour dire que le cannabis n'entraîne pas obligatoirement un usage irrépressible, catastrophique et incon-

trôlable. Comme le montrent les études de l'OFDT, parmi les 14-75 ans, les 6 400 000 expérimentateurs (\pm 300 000), auxquels s'ajoutent les 3 200 000 usagers occasionnels (\pm 200 000) et très probablement certains usagers réguliers ou quotidiens, sont là pour nous le rappeler. Ces personnes ont un usage du cannabis qui ne pose cliniquement aucun problème, pas plus qu'il n'en poserait un socialement si ce n'était le statut particulier du produit. La prohibition qui le frappe nous interdit de définir ce que pourrait être un usage non-problématique – un usage normal, pourrions-nous dire – de cannabis. Toute tentative d'une telle définition tomberait, en effet, sous le coup de la loi, avec son cortège d'accusation de prosélytisme, de présentation sous un jour favorable de substances illicites et autres délits.

Dans un tel contexte, il n'est pas facile de définir ce que pourrait être un *usage problématique* de cannabis et de définir des paliers d'usage permettant de déterminer au-dessus de quel niveau un comportement devient pathologique. Dans un premier temps, nous pourrions penser que l'*usage problématique* sous-entend une dimension d'**abus**. Mais, comme le fait remarquer Nahoum-Grappe, le terme d'abus ne relève pas du registre du médical ou du scientifique⁵. Cette notion porte en elle une part de condamnation morale. Elle sanctionne, pour chaque conduite d'usage, ce moment particulier où le *plus* devient *trop*, c'est-à-dire le moment de ce raccourci fulgurant où le quan-

1 - Richard D, Senon JL
Le cannabis : revue bibliographique, revue documentaire Toxibase 1 : 1-25 (1995)

2 - Barre M, Richard D, Senon JL
Délinquance et toxicomanie, revue documentaire Toxibase 2 : 1-16 (1997)

3 - Assailly JP
Sur la route, les conduites à risques, revue documentaire Toxibase 2 : 1-15 (2001)

4 - Leselbaum N
La prévention en milieu scolaire, revue documentaire Toxibase 9 : 1-15 (2003)

5 - Voir la définition de l'abus dans : Richard D, Senon JL
Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances, Paris, Larousse, 433 p (1999)

titatif se transforme en qualitatif, où le *trop* ne renvoie plus à une notion comptable mais à une notion morale de l'ordre de la faute. Le *trop*, c'est la transgression de la norme, norme définie par ces points de vue présentés comme fondateurs du consensus social et que notre société s'auto-administre en permanence, consensus dont Jean Dugarin rappelle qu'il est la forme moderne de l'autocensure.

Dans un deuxième temps, nous pourrions penser que les termes d'*usage problématique* renverraient plutôt à la notion de **nocivité**. Michel Reynaud considère l'usage nocif comme la résultante de l'interaction de trois facteurs rappelant l'équation à trois inconnues formulée par Claude Olievenstein : *un produit, une personnalité, un moment socioculturel*. Le premier facteur de risques est celui lié au produit, qui est double : risque de dépendance et risque d'apparition de complications sanitaires, psychologiques ou sociales. Le second est représenté par les facteurs individuels de vulnérabilité qu'elle soit d'ordre psychologique, psychiatrique, biologique ou génétique. Et enfin le troisième regroupe les facteurs de risques environnementaux tels les facteurs sociaux, familiaux et socioculturels.

Le terme d'**abus** est celui retenu par le DSM-IV et celui d'**usage nocif** par la CIM-10⁶. Mais dans l'une et l'autre de ces conventions, deux éléments sont considérés comme importants : le premier est la survenue de dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux pour le sujet lui-même ou son entourage, et le deuxième est la notion de répétition. Ainsi, dans le cas de la survenue d'un épisode psychiatrique lors d'une première utilisation de produit, nous ne pourrions parler d'usage nocif. Or ce dossier traite de ce type de situations.

Définir l'usage problématique n'est donc pas si simple. L'OEDT (Observatoire européen des drogues et des toxicomanies) propose une définition de l'usage problématique de drogues : *usage par injection ou usage de longue durée ou régulier d'opiacés, de cocaïne et/ou d'amphétamines*⁷, mais pour l'instant cette définition n'est pas étendue à l'usage de cannabis. En attendant que soit élaborée une définition européenne, nous retiendrons celle proposée

par l'OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicomanies) : **usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui**.

Nous traiterons donc de l'usage problématique, à la fois en tant qu'**usage nocif**, mais également en référence aux **complications** qu'entraîne l'usage de ce type de produit dans certaines circonstances.

Notre expérience de clinicien nous montre que, comme pour tout produit psychotrope, le cannabis peut être l'objet d'un usage qualifié de problématique en fonction des répercussions que celui-ci peut avoir sur l'état de santé, la vie sociale, familiale, professionnelle ou scolaire de cet usager.

Ce dossier se propose donc d'explorer les problèmes que peut poser l'usage de cannabis et de préciser un certain nombre de données qui n'occupent pas, dans ce débat de société, la place qu'elles méritent.

Le rapport Roques a été remarquable dans la mesure où il a, entre autres, remis le cannabis et sa dangerosité à sa place : *Le cannabis ne possède aucune neurotoxicité telle qu'elle a été définie au chapitre 2. De ce point de vue, le cannabis se différencie complètement de l'alcool, de la cocaïne, de l'ecstasy et des psychostimulants, ainsi que de certains médicaments utilisés à des fins toxicomaniaques*⁸. Dans ce rapport, le Pr Roques propose une nouvelle classification des drogues en fonction de leur dangerosité et les classe en trois groupes par ordre décroissant : *Le premier comprend l'héroïne (et les opioïdes) la cocaïne et l'alcool, le deuxième les psychostimulants, les hallucinogènes et le tabac et plus en retrait, le cannabis*⁹ (voir le tableau en page 6).

Encore une fois, il convient de préciser qu'aucune substance n'est dépourvue de dangers et qu'aucun usage n'est anodin. Une telle précision est-elle nécessaire ? Il semble que oui. Cependant, même si elle est applicable à absolument toute substance, nous constatons que certains produits déclenchent plus systématiquement un tel type de recommandations. Le cannabis en fait indiscutablement partie.

Ce principe de précaution – à moins qu'il ne s'agisse d'un principe d'un autre ordre, moral par exemple – fait au bout du compte que l'on

6 - Voir les définitions données par ces deux conventions internationales dans l'article de X Laqueille, *Les troubles psychiatriques liés à l'usage de cannabis*, page 19 de ce dossier

7 - Beck F, Legleye S *Drogues et adolescence, Escapad 2002*, Paris, OFDT, page 105 (2003)

8 - B Roques *La dangerosité des drogues, Rapport au secrétaire d'état à la santé*, Paris, Odile Jacob, page 204 (1999)

9 - *ibid*, page 296

6

Facteurs de dangerosité des « drogues »

	héroïne (opioïdes)	cocaïne	MDMA « ecstasy »	psycho -stimulants	alcool	benzo -diazépines	cannabi -noïdes	tabac
« suractivation dopaminergique »	+++	++++	+++	++++	+	±	+	+
établissement d'une hypersensibilité à la dopamine	++	+++	?	+++	±	?	±	?
activation du système opioïde	++++	++	?	+	++	+	±	±
dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
dépendance psychique	très forte	forte mais intermittente	?	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
neurotoxicité	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
toxicité générale	forte*	forte	éventuellement très forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte (cancer)
dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible (exceptions possibles)	forte	faible**	faible	0
traitements substitutifs ou autres existant	oui	oui	non	non	oui	non recherché	non recherché	oui

* pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique

** sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de « soumission » ou d'« autosoumission », où la dangerosité devient alors très forte

Source : Rapport Roques

en demande, semble-t-il, beaucoup au cannabis, en comparaison de certains produits vis-à-vis desquels notre société semble moins inquiète, si ce n'est moins regardante.

Dans ce climat, la recherche elle-même y perd son latin. Ceci apparaît très clairement dans le rapport Roques, par exemple au sujet de l'impact du cannabis sur la grossesse : certaines études mettent en évidence une diminution de la durée de la gestation, alors que d'autres n'y trouvent aucune modification, et que d'autres encore démontrent une augmentation de cette durée¹⁰. Il est rare de constater, lorsqu'un produit est véritablement toxique, une telle divergence de résultats.

Cependant tous les auteurs s'accordent pour dire que lorsque des complications significatives sont mises en évidence, elles semblent, au bout du compte, plus dues au tabac ou à l'alcool associés, produits notoirement et incontestablement toxiques.

Par ailleurs, l'une des difficultés de l'évaluation de la toxicité réelle du cannabis relève du fait que ce terme est *générique*, pourrait-on dire, c'est-à-dire recouvrant des produits aux

concentrations de THC très variables. À la fin du XIX^e siècle, les descriptions de Moreau de Tours ou, dans un registre plus littéraire, de Théophile Gautier, montraient une clinique chatoyante et explosive où la composante hallucinatoire était très présente. Ces descriptions cliniques impressionnantes ont très longtemps été minimisées et mises sur le compte de l'esprit romantique qui soufflait à l'époque. C'était oublier que le produit testé par ces auteurs était du *dawamesk*, confiture de haschisch très fortement concentrée. Ce n'est qu'à la fin du XX^e siècle que certains haschischs recouvrèrent des taux de THC comparables : le *niderwiet* ou la *skunk* par exemple.

Il est évident qu'en fonction de ses concentrations en THC, le cannabis produit des sensations et des manifestations cliniques différentes. C'est une des raisons pour lesquelles il serait utile que tout consommateur connaisse la composition et le dosage exact de ce qu'il consomme. Être confronté à une symptomatologie hallucinatoire quand seule une discrète ivresse cannabique est recherchée peut créer chez l'utilisateur un traumatisme dont on mesure

10 - Roques B
La dangerosité
des drogues, Rapport
au secrétaire d'état
à la santé, Paris,
Odile Jacob,
page 255 (1999)

11 - Mura P et al
L'augmentation de
la teneur en delta-9
tétrahydrocannabinol
dans les produits
à base de cannabis
en France : mythe
ou réalité, Annales
de toxicologie
analytique 13 (2) :
75-79 (2001)

souvent mal l'importance. Mais cela est vrai pour tout produit, et tout consommateur devrait savoir ce à quoi il s'expose véritablement. L'expérience du *testing* a ouvert quelques pistes en ce domaine.

Il est indubitable que les études révèlent une augmentation de la teneur en THC. Elle n'est peut-être pas aussi importante que le dit la rumeur, et nous n'avons pas retrouvé les taux de 30, voire de 35 %, de Δ^9 THC parfois annoncés. Néanmoins, une étude de 2001, portant sur 5 252 résultats d'analyses effectuées entre 1993 et 2000, montre cette évolution. Même si ces résultats doivent être relativisés car les méthodes de dosage ne sont pas identiques, il apparaît qu'en 1995 la teneur la plus élevée en THC observée dans une saisie était de 8,7 %. En 2000, 3 % des échantillons d'herbe et 18 % des échantillons de résine analysés contenaient plus de 15 % de THC ¹¹.

Dans le cadre d'une étude annuelle, l'institut néerlandais Trimbos teste et compare des échantillons provenant de 50 coffeeshops tirés au sort parmi les 846 existants actuellement. Le but de l'étude est de mettre en évidence une évolution, d'année en année, des teneurs en THC, et de comparer l'herbe et haschisch hollandais avec ceux provenant de l'étranger. Même s'il est trop tôt pour juger d'une évolution, les résultats sont très intéressants. Les produits hollandais seraient plus dosés que les produits étrangers, à l'exception de la *sensemilla* que l'on peut trouver en Amérique du Nord mais plus rarement en Europe. La concentration maximale trouvée dans les échantillons hollandais est de 26,7 % de THC dans le haschisch, et de 20,7 % dans l'herbe. À l'inverse, les concentrations les moins élevées sont respectivement de 1,7 % pour le haschisch et de 6,1 % pour l'herbe. Cette grande disparité des produits souligne le problème évoqué plus haut : fumer un joint préparé avec du haschisch à 1,7 % n'est pas la même démarche et n'a pas les mêmes conséquences que de fumer un joint de haschisch titré à 26,7 %.

C'est donc une nouvelle clinique ou, à tout le moins une clinique renouvelée, que nous avons à construire. Nos consultations sont de plus en plus souvent sollicitées par des consommateurs de cannabis qui viennent parce qu'ils se sentent dépassés par leur consommation ou

par ses conséquences. Cette *clientèle* est donc en demande d'informations objectives et *dédramatisées* sur les conséquences réelles de leur consommation.

Ces consultants sont de deux types :

– Les jeunes usagers pour lesquels il faut d'abord établir un diagnostic réel de l'ampleur, des causes et des conséquences de leur consommation. Si ce diagnostic montre un comportement pathologique, se pose alors le problème du suivi et celui du choix du lieu de ce suivi : la prise en charge dans une structure spécialisée en toxicomanie n'est pas, pour ces jeunes consommateurs, le meilleur lieu d'accompagnement.

– Une population plus âgée, fumant depuis 15 ans ou plus, souvent socialement et familialement bien intégrée, souvent père et chef de famille. Ces personnes font part de leur fatigue inhérente à la routine d'une consommation qui n'a plus de sens. Elles désirent récupérer la maîtrise de leur comportement, soit en arrêtant complètement, soit en revenant à une consommation occasionnelle. Ces prises en charge sont souvent plus aisées dans la mesure où nous avons à faire à des personnes mûres ayant intégré certaines valeurs fondamentales telles que le rapport à la loi, l'acceptation de l'organisation sociale ou la capacité à établir des relations affectives ou amicales considérées comme normales.

L'année 2004 verra probablement un changement du cadre juridique concernant les drogues par la refonte de la fameuse loi du 31 décembre 1970. Il est peu probable que cette nouvelle loi change beaucoup de choses quant au statut des produits ou au sort réservé à l'usage simple. Elle mettra probablement fin à la disparité entre une loi très répressive et, de ce fait, sa difficile application : la transgression de cette nouvelle loi sera assortie de condamnations applicables.

Quoi qu'il en soit et quel que soit le statut des produits, il n'en demeure pas moins qu'en matière de drogue, plus que le produit lui-même, c'est l'usage qui prévaut. Il y aura donc toujours des usages problématiques qui nécessitent des aides et des prises en charge et d'autres pour lesquels aucune intervention spécifique ne sera nécessaire. - Michel Hautefeuille