

CANNABIS

DE LA CLINIQUE À LA LOI

Thèse présentée à l'Université Claude Bernard Lyon I et soutenue
publiquement le 12 Novembre 1999 pour obtenir le grade de Docteur en
Médecine par Félicia Siméon de Buochberg

Résumé

Le cannabis est à l'heure actuelle au centre d'un débat de société passionné, dans lequel partisans et opposants de la libéralisation de son usage s'opposent, parfois dans des positions par trop idéologiques.

Ce travail rassemble dans sa première partie les données fondamentales actuellement acquises sur cette drogue et son principe actif psychotrope, le tétrahydrocannabinol, d'un point de vue pharmacologique et neurobiologique, mais aussi thérapeutique. Nous proposons également une synthèse des données épidémiologiques et statistiques récentes en matière de consommation et de trafic.

La deuxième partie s'intéresse à l'usage de cannabis, et pose la question de l'existence d'une toxicomanie au cannabis. Elle décrit ses effets psychotropes habituels, de même que ses effets pathogènes somatiques et psychiatriques. La discussion s'ouvre sur les liens entre cannabis et schizophrénie, dans une approche à la fois neurobiologique et clinique. Trois vignettes cliniques illustrent cette partie, et suscitent une réflexion d'approche psychodynamique.

Nous présentons ensuite la législation en vigueur en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, sur le plan international puis national. Nous proposons une comparaison des textes en vigueur en France, dans différents pays européens et aux Etats-Unis.

Notre dernière partie est une discussion des éléments précédemment recueillis, à la lumière des arguments avancés par les commissions HENRION et ROQUES.

Notre conclusion insiste sur la nécessaire prudence à adopter dans un domaine où résonnent pour chacun d'entre nous les questions fondamentales du plaisir, de la liberté, de la vie et de la mort.

Mots Clés : Cannabis - Psychose - Loi - Schizophrénie - Neurobiologie - Toxicomanie

Jury : Monsieur le Professeur J.M. ELCHARDUS, Monsieur le Professeur M. MARIE-CARDINE, Monsieur le Professeur R. de VILLARD, Monsieur le Docteur J.P. VIGNAT.

CANNABIS : de la clinique à la loi

TABLE DES MATIÈRES

1. INTRODUCTION

2. LE CANNABIS

- 2.1. RAPPEL HISTORIQUE
- 2.2. ELÉMENTS DE BOTANIQUE
 - 2.2.1. UNE ESPÈCE, PLUS DE CENT VARIÉTÉS
 - 2.2.2. CARACTÉRISTIQUES MORPHOLOGIQUES
 - 2.2.3. UNE CULTURE UBIQUITAIRE
- 2.3. PHARMACOLOGIE : LES CANNABINOÏDES
 - 2.3.1. LE DELTA-9THC
 - 2.3.2. LES AUTRES CANNABINOÏDES
- 2.4. ELÉMENTS DE NEUROBIOLOGIE
 - 2.4.1. RÉCEPTEURS
 - 2.4.2. LIGANDS ENDOGÈNES
 - 2.4.3. PISTES DE RECHERCHE ACTUELLES
- 2.5. APPLICATIONS THÉRAPEUTIQUES
 - 2.5.1. EFFET ANALGÉSIQUE
 - 2.5.2. EFFET ANTI-ÉMÉTIQUE ET OREXIGÈNE
 - 2.5.3. AUTRES EFFETS THÉRAPEUTIQUES
- 2.6. CONSOMMATION ET TRAFIC
 - 2.6.1. DIFFÉRENTES PRÉPARATIONS
 - 2.6.2. APPROCHE ÉPIDÉMIOLOGIQUE
 - 2.6.3. PRODUCTION ET TRAFIC

3. DE L'USAGE RÉCRÉATIF AUX PATHOLOGIES PSYCHIATRIQUES

- 3.1. EFFETS PSYCHOTROPES
 - 3.1.1. DESCRIPTIONS CLASSIQUES
 - 3.1.2. DESCRIPTIONS ACTUELLES
- 3.2. LA TOXICOMANIE AU CANNABIS ?
 - 3.2.1. USAGE ET ABUS
 - 3.2.2. NOTIONS DE DÉPENDANCE ET DE TOLÉRANCE
 - 3.2.3. TOXICOMANIE ET CONDUITES ADDICTIVES
 - 3.2.4. THÉORIE DE L'ESCALADE
- 3.3. EFFETS PATHOGÈNES
 - 3.3.1. CONSÉQUENCES SOMATIQUES
 - 3.3.2. CONSÉQUENCES PSYCHIATRIQUES
- 3.4. CANNABIS ET SCHIZOPHRÉNIE
 - 3.4.1. ETUDES ACTUELLES
 - 3.4.2. VIGNETTES CLINIQUES
 - 3.4.3. APPROCHE PSYCHODYNAMIQUE

4. CANNABIS ET LOI

4.1. TEXTES INTERNATIONAUX

4.1.1. PREMIÈRES RÉFLEXIONS COMMUNES

4.1.2. LA CONVENTION UNIQUE INTERNATIONALE (1961)

4.1.3. LA CONVENTION SUR LES PSYCHOTROPES (1971)

4.1.4. LA CONVENTION DES NATIONS UNIES (1988)

4.1.5. LA CONVENTION DE SCHENGEN (1990) ET LE TRAITÉ D'AMSTERDAM (1997)

4.2. LÉGISLATION FRANÇAISE

4.2.1. LA LOI DU 31/12/1970

4.2.2. DISPOSITIONS COMPLÉMENTAIRES

4.3. LÉGISLATION COMPARÉE

4.3.1. EN EUROPE

4.3.2. AUX ETATS-UNIS

5. DISCUSSION

5.1. LA COMMISSION HENRION

5.2. LE RAPPORT ROQUES

5.3. RÉFLEXIONS PERSONNELLES

5.3.1. LE CANNABIS, DROGUE DOUCE ?

5.3.2. DES ÉTUDES À APPROFONDIR

5.3.3. PROHIBITION, DÉPÉNALISATION OU LÉGALISATION ?

6. CONCLUSION

7. BIBLIOGRAPHIE

Notes

1. Introduction

Le cannabis, connu de l'homme depuis des millénaires, alimente toujours les passions... Il fait encore à l'heure actuelle l'objet d'un débat de société dans lequel sont mises en scène de nombreuses interrogations de cette fin de millénaire. "Poison de l'esprit" ou "drogue récréative", substance à interdire de manière drastique ou consommation à légaliser ? Enjeu de santé publique mais aussi de réflexion autour des libertés individuelles...

Dans ce contexte, comment peut s'inscrire l'expérience clinique quotidienne du psychiatre, confronté régulièrement à l'inquiétant couple cannabis - psychose, dont les liens restent encore en cours d'exploration ? Comment intégrer ces éléments au débat plus large qui s'ouvre et s'étend à une réflexion politique ? De la psychopathologie clinique d'une population d'individus déjà fragilisés, à la loi qui s'applique à tous, le lien ne peut être direct. C'est ce que nous nous proposons d'explorer.

Les prémisses de ce travail se sont dessinées lors de notre deuxième semestre d'internat, dans le Service d'urgences psychiatriques dirigé par le Professeur J.M. ELCHARDUS, au Pavillon N de l'Hôpital Edouard HERRIOT de Lyon.

Nous avons alors été marquée par le nombre de jeunes patients hospitalisés, en proie à des états délirants aigus, chez lesquels nous retrouvions, au cours des entretiens psychiatriques, une consommation, actuelle ou passée, de cannabis.

Cette observation empirique a suscité chez nous plusieurs interrogations, auxquelles l'actualité du moment, et notamment le débat de société autour de la dépénalisation du cannabis, ont largement fait écho. Qu'en est-il du rôle du cannabis dans le développement d'épisodes psychotiques aigus ? Peut-on parler de pharmacopsychose ? La consommation de cannabis intervient-elle comme automédication pour des sujets présentant une fragilité psychique sous-jacente ou peut-elle être à elle seule la cause d'une décompensation psychotique ?

Il nous a alors semblé intéressant d'approfondir cette réflexion, à la lumière des travaux scientifiques sur le sujet.

Nous débuterons ce travail par quelques rappels sur le cannabis.

Des pentes de l'Himalaya, 5000 ans avant notre ère, au monde entier à l'heure actuelle, nous brosserons tout d'abord les grands traits de l'histoire du cannabis. Cet historique nous paraît apporter des éléments indispensables pour aborder notre réflexion, de même que les rappels botanique et pharmacologique qui lui font suite, et que nous compléterons par une revue des derniers travaux neurobiologiques. Nous décrirons ensuite les modalités de sa consommation, description illustrée de données épidémiologiques récentes.

"Qu'éprouve-t-on ? Que voit-on ? Des choses merveilleuses n'est ce pas ? Des spectacles extraordinaires ? Est-ce bien beau ? Et bien terrible ? Et bien dangereux ? - Telles sont les questions ordinaires qu'adressent, avec une curiosité mêlée de crainte, les ignorants aux adeptes." [12].

La deuxième partie de ce travail guidera notre réflexion selon les particularités de la consommation de cannabis, qui peut s'étendre de l'usage "récréatif" à une véritable toxicomanie. De la description des effets psychotropes habituellement recherchés à celle des possibles conséquences pathogènes, nous proposerons une synthèse des données médicales actuelles. Cette progression nous conduira vers la pathologie psychiatrique, et plus particulièrement la schizophrénie, dont nous étudierons les relations complexes avec la consommation de cannabis. Nous nous appuierons ici sur une étude de quelques-uns des nombreux travaux actuels. Nous illustrerons cette partie par le développement de vignettes cliniques qui ouvriront des pistes de réflexion faisant appel à une approche psychodynamique de la psychose.

Quels liens peut-on faire entre ces observations cliniques, qui relèvent de la psychopathologie, et le débat qui anime actuellement notre société, concernant la dépénalisation du cannabis ? De tels liens, allant du cas particulier au phénomène de santé publique, sont-ils possibles, et si c'est le cas, sont-ils souhaitables ?

Notre troisième partie dressera un état des lieux de la législation actuelle en matière de consommation et trafic de cannabis.

Nous avons choisi d'étudier les textes en vigueur dans ce domaine : conventions internationales et législation française d'abord, puis législation de différents pays européens et des Etats-Unis.

Notre dernière partie reprendra de manière synthétique différents éléments de discussion. Nous nous appuierons pour cela sur l'étude des travaux de la commission HENRION [59] et du rapport ROQUES [118], avant de proposer quelques réflexions personnelles. Celles-ci s'étaieront sur les éléments médicaux précédemment développés et, quittant le domaine

médical, ouvriront le débat, d'essence beaucoup plus politique, sur l'opposition prohibition - dépenalisation.

De la clinique à la loi... Quelles sont les pistes de réflexion que la pratique psychiatrique clinique quotidienne peut éclairer ? Telles sont les questions que nous poserons avant de conclure.

2. Le cannabis

Notre réflexion clinique et sa mise en lien avec les données juridiques actuelles sur la place du cannabis dans nos sociétés occidentales, pour éviter l'écueil d'une discussion polémique, doit s'appuyer sur les éléments acquis au sujet de cette substance.

Données historiques d'abord, qui nous permettent d'appréhender l'ancienneté du débat... Rappel botanique en deuxième lieu, qui illustre l'universalité de la plante. Rappel pharmacologique ensuite, sur lequel s'appuie notre présentation, dans la troisième partie de ce travail, des études neurobiologiques actuelles sur les liens entre psychose et cannabis. Il sera alors intéressant de faire le point sur les possibles utilisations du cannabis ou de ses dérivés synthétiques en thérapeutique. Nous terminons cette présentation par l'étude des caractéristiques de la consommation cannabique et du trafic qui s'y rapporte.

C'est sur l'ensemble de ces éléments que reposent les parties suivantes, orientées vers la clinique psychiatrique et vers l'étude de la législation.

2.1. Rappel historique

Cultivé sur les pentes himalayennes 5000 ans avant notre ère, le cannabis est une des plantes les plus anciennement connues de l'homme. Son extension se déroule à partir de l'Asie centrale, au fil des invasions et des conquêtes, vers l'est (Chine, Inde), et vers l'ouest (Moyen-Orient, vallée du Nil puis Maghreb lors des conquêtes arabes).

On retrouve, dès 3000 ans av. J.-C., des témoignages de la culture du chanvre en Chine, pour sa fibre textile.

C'est un peu plus tard qu'il est utilisé pour ses vertus médicinales. SHEN NUNG, empereur chinois botaniste, auteur d'un traité de médecine, prescrit son emploi comme sédatif, comme anesthésique (mélangé à du vin), voire comme panacée. Le cannabis a donc fait partie de la pharmacopée chinoise pendant des siècles mais n'a jamais été largement utilisé dans ce pays comme stupéfiant, car les Chinois disposaient de substances psychoactives beaucoup plus puissantes.

Les premières descriptions des effets psychotropes du cannabis [44] sont en fait retrouvées dans les védas, textes religieux écrits en sanscrit archaïque, qui forment les premiers documents littéraires de l'Inde (1500 à 1400 av. J.-C.). La tradition indienne attribue au cannabis une origine divine : il serait issu des poils du dos du dieu VISHNU. Il est considéré (probablement de manière erronée) comme entrant dans la composition du soma, philtre divin, élixir d'immortalité. Le brahmanisme qui fait suite au védisme loue les vertus du bhang, infusion de cannabis bue au cours des rites religieux et réputée permettre "l'union avec la divinité". Au-delà des rites religieux, la consommation de bhang se répand rapidement dans la population, et le cannabis passe du statut d'élixir et de plante médicinale à celui de drogue psychoactive peu coûteuse et facile à obtenir.

De l'Inde, le cannabis s'étend au Moyen-Orient et en Egypte, où il est mentionné sur des papyrus de l'époque pharaonique (1550 av. J.-C.).

Ce sont les Scythes, peuple nomade d'origine iranienne, vivant dans les steppes du nord de la mer Noire, qui répandent l'usage religieux du cannabis des confins de la Sibérie à l'Europe, du VI^{ème} au V^{ème} siècle avant notre ère, comme en témoigne HERODOTE (484-425 av. J.-C.) dans son récit historique des guerres médiques¹. Il décrit notamment l'ivresse délirante résultant de l'inhalation des fumées exhalées par les graines et sommités fleuries du chanvre jetées sur des charbons ardents lors des cérémonies religieuses. "C'était pour eux comme un bain de vapeur plus parfumée que celle d'aucune étuve grecque, et la jouissance en était si vive qu'elle leur arrachait des cris de joie." [12].

Les Grecs et les Romains connaissent également le chanvre, dont les Egyptiens leur ont transmis l'usage, et l'utilisent pour fabriquer voiles, cordages et tissus. Il existe ainsi dans l'Antiquité de nombreuses cultures de chanvre sur le pourtour méditerranéen. DIOSCORIDE, médecin grec (1^{er} siècle), un des fondateurs de la thérapeutique, célèbre pour ses descriptions botaniques, reconnaît le pouvoir hallucinogène du cannabis tout en recommandant son usage contre les "maux d'oreille", tandis que GALIEN, un siècle plus tard, souligne les dangers de son abus.

Au déclin de l'Empire romain est associée une mise en sommeil de ce savoir, qui reprend toute son importance avec l'épanouissement de la civilisation arabe.

Plus tard, les Arabes envahissant l'Europe, comme les croisés revenant d'Orient, apportent à l'Occident la connaissance des préparations à base de résine de cannabis. Le développement de l'usage du cannabis dans le monde arabe est ici encore marqué par le rôle de la religion. L'Islam interdit en effet l'usage de l'alcool. Le cannabis est ainsi rapidement reconnu comme pouvant provoquer des effets psychotropes du même ordre, sans que son usage ne constitue un péché.

La légende veut que le cannabis ait été utilisé au XI^{ème} siècle, par un chef de guerre musulman, d'origine persane, Hasan IBN-AL-SABBAH, encore appelé le "Vieux de la

montagne", fondateur de l'Ordre des Ismaéliens, pour fanatiser ses troupes. Celles-ci étaient réputées pour leur cruauté, comme en témoignent les récits des croisés. On dit que les jeunes guerriers étaient enfermés dans un jardin paradisiaque rempli de fleurs merveilleuses et peuplé de filles splendides, où ils consommaient un breuvage mystérieux à base de cannabis, d'opium et d'hallucinogènes, à la condition qu'ils accomplissent aveuglément les ordres de leur chef. Les membres de cet ordre étaient ainsi dénommés "hashshâshîn" ("buveurs de haschich"). Leur cruauté et leur fanatisme auraient déterminé l'origine du mot "assassin" (cette hypothèse étymologique, que l'on doit à Antoine SILVESTRE DE SACY, orientaliste français de la fin du XVIIIème siècle, est par ailleurs controversée [48]).

De l'Orient, le chanvre gagne l'Afrique du Nord. L'Egypte est un des pays les plus marqués par la généralisation de l'usage du cannabis [94], qui passe d'un usage réservé aux classes riches à l'ensemble de la population. De manière concomitante, le pays quitte une période de prospérité pour le début d'un lent déclin. Cette évolution amène les premières mesures répressives, décrétées dès le XIVème siècle : tous les plants de cannabis doivent alors être déracinés et détruits. Quant aux usagers, ils sont condamnés à avoir les dents arrachées.

L'extension de l'utilisation du cannabis se poursuit dans un deuxième temps (XIIIème siècle) vers l'Afrique de l'Ouest et du Sud.

Mais c'est en fait au XVIème siècle que l'Europe redécouvre vraiment le cannabis. William TURNER, botaniste anglais, le décrit en 1517 dans son herbier "Ortus sanitatis de herbis et plantis". Vers 1530, RABELAIS dans "Le pantagruellion" évoque une herbe dont les propriétés rappellent fortement celles du cannabis. Puis viennent les descriptions des propriétés médicinales, et notamment celle de CULPEDER, qui souligne les propriétés thérapeutiques du chanvre dans les cas de "jaunisses, toux, vers, caillots et hémorragies". La production européenne est alors de plusieurs milliers de tonnes par an. En France aussi, le chanvre est considéré comme une production agricole de premier ordre.

C'est certainement la conquête espagnole qui l'introduit en Amérique. On en retrouve la trace au Chili en 1619. Puis c'est le tour des Caraïbes et des Etats-Unis. George WASHINGTON en cultive dans son domaine de "Mount Vermont", comme en atteste son journal, en 1765 [90].

Le botaniste suédois Carl VON LINNE, auteur de la nomenclature binaire, donne en 1753 au chanvre son nom scientifique définitif : *Cannabis sativa*.

Le XIXème siècle apparaît comme l'époque faste du cannabis. En France, les soldats des armées napoléoniennes découvrent le cannabis lors de la conquête d'Egypte en 1800. BONAPARTE, soucieux de protéger ses troupes décrète alors : "Il est interdit sur tout le territoire égyptien de boire la forte liqueur préparée par certains musulmans avec une herbe appelée haschich et de fumer les sommités fleuries du chanvre." (ordonnance du 17 Vendémiaire An IX ou 09/10/1800) [94]. C'est à l'occasion de la campagne d'Egypte que les médecins qui accompagnent les troupes françaises s'intéressent aux propriétés du cannabis. Il est étonnant de constater d'ailleurs que lors de l'époque coloniale, alors que les Européens envahissent les zones méditerranéennes où la consommation de cannabis était culturellement très répandue, le chanvre n'est pas utilisé d'emblée pour ses propriétés psychotropes.

Au milieu du XIXème siècle, le cannabis est d'abord utilisé pour des expériences scientifiques. Le docteur DESGENETTES, à son retour d'Egypte, rapporte des échantillons de cannabis qu'étudie LAMARCK. En 1835, AUBERT-ROCHE s'administre la nouvelle panacée avant de la proposer comme traitement spécifique de la peste. C'est dans le même mouvement d'étude scientifique que le docteur Jacques Joseph MOREAU DE TOURS, aliéniste à Bicêtre, ingère du haschich pour en décrire précisément, pour la première fois en 1840, les effets psychotropes, dans son traité "Du haschich et de l'aliénation mentale" [90]. Pour lui, le procédé de cette intoxication est assimilable à celui de la folie. L'usage du cannabis est donc un procédé d'exploration des confins du psychisme humain. Fort de cette expérience, il encourage son entourage à faire de même, et se fait l'introducteur et le zéléateur de l'usage du cannabis auprès de l'intelligentsia parisienne. Celle-ci est prise d'un engouement massif, à un moment où les milieux littéraires sont très marqués par le romantisme et l'orientalisme.

Théophile GAUTIER notamment s'intéresse aux effets hallucinogènes du cannabis. Il décrit ainsi très précisément les effets qu'il peut ressentir. Impressionné par cette expérience, GAUTIER fonde avec ses amis le "Club des Hachichins" (nous respectons ici l'orthographe adoptée par l'auteur), dont il décrit le fonctionnement dans l'ouvrage du même nom [46]. Cet étonnant cercle littéraire se réunit tous les mois à l'Hôtel de Pimodan, à Paris, et compte parmi ses membres BAUDELAIRE, NERVAL ou Alexandre DUMAS. On y croise aussi DAUMIER, BALZAC et DELACROIX (ces deux derniers étant d'ailleurs les plus réticents à se livrer à l'ivresse cannabique). Dans un décor de harem, sous les ordres du "Prince des Assassins", les sociétaires prennent du haschich, essentiellement sous forme de dawamesk ("confiture verte", mélange d'extrait gras de haschich, de sucre et de divers aromates), puis, vautrés sur les tapis et les sofas, s'abandonnent à l'effet de la drogue.

BAUDELAIRE est lui aussi fasciné par les effets psychotropes du cannabis, qu'il décrit dans plusieurs de ses textes, notamment dans "Le poème du haschich" [12] : "Parmi les drogues les plus propres à créer ce que je nomme L'Idéal artificiel, (...) les deux plus énergiques substances, celles dont l'emploi est le plus sous la main, sont le haschich et l'opium."

A côté des descriptions littéraires des effets du cannabis, l'utilisation de cette substance dans les colonies européennes et notamment en Inde amène les autorités scientifiques à s'intéresser aux dangers d'une telle consommation. C'est ainsi que le gouvernement britannique, fort de l'expérience des asiles indiens qui décrivent un grand nombre de malades souffrant de la "psychose du chanvre" ou de la "folie cannabidique", crée en 1893 une commission chargée d'étudier scientifiquement le sujet : la "Commission du chanvre". Celle-ci ne peut établir un rapport de causalité direct entre cannabis et maladie mentale, mais conclue que l'abus de drogue peut induire ou entretenir des désordres psychiques graves. A l'époque, le principe actif du cannabis reste inconnu, même si "on attribue généralement ses propriétés à une matière résineuse qui s'y trouve en assez bonne dose, dans la proportion de dix pour cent environ." [12].

La consommation de cannabis selon le modèle orientaliste en vogue en France se répand en Europe et aux Etats-Unis : à New York, on dénombre en 1880 plus de cinq cents hasheesh parlors (salons fumeurs de haschich) et la "Ganjah Wallah Hasheesh Candy Company" commercialise des confiseries au sucre d'érable et à la résine de cannabis [114] ! La deuxième moitié du XIXème siècle voit aussi se multiplier l'utilisation du cannabis en pharmacologie. Les chimistes extraient la cannabine (résine très pure), et isolent le cannabinoïde (SPIVEYWOOD et EASTENFIELD, 1896)...

Les premières années du XXème siècle sont le théâtre d'une diabolisation de la consommation de cannabis, probablement en lien avec des intérêts politico-financiers visant à stigmatiser les usagers, qui appartiennent à l'époque à des minorités ethniques ou culturelles peu intégrées (l'usage du cannabis connaît une extension massive aux Etats-Unis avec les mouvements d'immigration des travailleurs mexicains. Parallèlement, la population noire continue à l'utiliser couramment). Certains Etats de l'Union prononcent l'interdiction de la consommation de cannabis (Californie, 1907). Cette mise en œuvre d'une politique de prohibition aux Etats-Unis est suivie en France d'une prise de décision législative visant à interdire "la détention et la consommation des sommités florifères et fructifères du plant femelle de cannabis." (27/03/1953). Puis l'interdiction s'étend par la signature de Conventions internationales, comme nous le détaillerons ultérieurement.

Parallèlement, des recherches scientifiques et notamment pharmacologiques sont mises en route, devant le développement d'un débat contradictoire quant à la toxicité du cannabis. En 1930, CAHN démontre que le cannabinoïde n'est pas le principe psychoactif. C'est dans ce contexte qu'est découvert en 1964, par deux chercheurs israéliens (GAONI et MECHOULAM) [45] le 9-tétrahydrocannabinoïde (9THC ou THC), principal alcaloïde responsable des effets psychotropes du cannabis.

C'est ensuite dans le sillage du mouvement hippie que la consommation du cannabis connaît à nouveau une heure de gloire, s'imposant dans les années 1960 et 1970 comme une "drogue douce". La consommation de marijuana est alors synonyme de fraternité, de liberté, de lutte

contre les valeurs établies et contre l'émergence de la société de consommation. Le débat de société est relancé.

Une large mouvance se dessine alors, revendiquant de plus en plus clairement l'abolition de la politique de prohibition en matière de cannabis, notamment aux États-Unis. La même évolution est marquée symboliquement en France par la publication en 1976 dans les pages du quotidien Libération de l' "Appel du 18 joints", signé par nombre de personnalités du monde de la culture et de la politique, reconnaissant publiquement consommer du cannabis.

A l'heure actuelle, plusieurs mouvements continuent cette action en faveur de la libéralisation de l'usage du cannabis, il s'agit notamment de l'association HEMP (Help End Marijuana Prohibition) aux États-Unis, tandis qu'en France on peut citer le CIRC (Collectif d'Information et de Recherche Cannabique).

Parallèlement se poursuivent d'importantes recherches en psychopharmacologie et neurobiologie qui aboutissent en 1990 à la mise en évidence de l'existence de récepteurs spécifiques aux cannabinoïdes (HOWLETT) [61].

Nous voici à l'aube de l'an 2000, et l'opinion publique, les législateurs et les médecins oscillent toujours entre banalisation et diabolisation...

2.2. Eléments de botanique

Le rappel suivant présente les principaux éléments de botanique nécessaires à la compréhension des différentes utilisations du cannabis. Il insiste sur le caractère ubiquitaire de sa culture, et sur la remarquable adaptativité de la plante, qui permet d'obtenir des variétés aussi différentes que celles couramment dénommées sous les termes de "chanvre indien" et "chanvre textile".

2.2.1. Une espèce, plus de cent variétés

Le cannabis fait partie, avec le houblon, de la famille des Cannabinacées (ordre des Urticales), famille qui ne comporte que deux genres : *Humulus* (houblon) et *Cannabis*.

L'unique espèce du genre *Cannabis* a été décrite en 1753 par LINNE, sous le nom latin de *Cannabis sativa*. Certains auteurs ont parfois différencié, depuis les descriptions princeps, deux autres espèces distinctes de chanvre : *Cannabis indica* et *Cannabis ruderalis*. Il semblerait en fait que les différences morphologiques ne soient pas suffisamment significatives et stables pour que ces formes soient considérées comme des espèces véritables, au sens botanique du terme [114].

Malgré ce, on continue à distinguer couramment le "chanvre indien" (*Cannabis sativa indica*) du "chanvre textile", même s'il n'existe en fait qu'un chanvre se présentant sous différentes formes adaptatives, plus ou moins riches en fibres ou en résine.

Plus de cent variétés sont ainsi décrites, selon leur taille, leur port, leur rapidité de croissance et leur composition chimique. Ces différentes variétés représentent des écotypes et des chimiotypes de la seule espèce *Cannabis sativa*.

Le cannabis est une plante dicotylédone, herbacée (plante non ligneuse dont la partie aérienne meurt après fructification), annuelle, apétale (fleur sans corolle), adventice (qui n'a pas été semée), le plus souvent dioïque (les pieds mâles sont distincts des pieds femelles).

2.2.2. Caractéristiques morphologiques

Sous l'influence du climat chaud et sec des hauts plateaux d'Asie centrale, le chanvre "à fibre" perd de sa vigueur, ses fibres se raccourcissent, deviennent fragiles et poisseuses, impropres à tout usage textile. Une résine suinte des fleurs femelles, des feuilles et des tiges adjacentes. Voici le chanvre "à résine", qui renferme le principe actif psychotrope qui nous intéresse.

2.2.2.1. Aspect macroscopique

La hauteur de la plante varie entre 60 centimètres pour les variétés les plus petites et 6 mètres pour les plus grandes. La moyenne se situe autour de 3 mètres dans des conditions optimales de culture.

La description botanique de la plante retient les caractéristiques de la tige, de la feuille et de la fleur.

Toutes les parties de la plante sont recouvertes de poils duveteux.

La tige est droite, dressée, cannelée, plus ou moins ramifiée.

Les feuilles de la partie inférieure et médiane de la tige sont caractéristiques par leur caractère palmatiséqué, c'est à dire formées de cinq à sept segments inégaux, elliptiques, à bords dentés.

Elles sont vertes, plus ou moins foncées.

Les fleurs mâles sont assemblées en panicules, et composées de cinq sépales et cinq étamines. Elles sont de couleur verte. Les fleurs femelles sont groupées en cymes compactes, drues, entremêlées de bractées.

La pollinisation est uniquement assurée par le vent (fleurs anémophiles). Après fécondation, les fleurs se transforment en fruits, libérant un akène ovoïde, lisse, brun à gris luisant. Ces graines sont appelées "chênevis".

Le pied mâle meurt après que le pollen a été répandu, tandis que le pied femelle vit jusqu'au mûrissement de l'akène.

2.2.2.2. Aspect microscopique

L'étude microscopique des poils glandulaires permet d'en différencier deux types, selon qu'ils sont pédiculés ou sessiles. Les poils pédiculés, les plus nombreux, se situent sur les feuilles et sur les bractées des sommités fleuries. Tous sécrètent une résine d'une couleur orange acajou.

L'identification microscopique repose notamment sur la recherche de ces poils sécréteurs caractéristiques avec tête pluricellulaire et pied pluricellulaire et plurisérié.

2.2.3. Une culture ubiquitaire

Comme nous l'avons vu, le cannabis est originaire d'une zone limitée de l'Asie centrale. Mais à l'heure actuelle, la culture du cannabis est possible dans toutes les régions du globe, en extérieur (mode de culture le plus largement utilisé dans les zones de production massive) ou en conditions artificielles (mode de culture privilégié par les usagers clandestins, pour des variétés de cannabis riches en résine). C'est une plante robuste, qui pousse en sol léger, neutre, un peu sableux et non argileux. Une culture hydroponique est également possible.

Les caractéristiques morphologiques, biologiques et pharmacochimiques dépendent des conditions de culture : altitude, conditions de température, d'hygrométrie et de luminosité, type d'engrais.

Certaines manipulations, comme le traitement des graines par la colchicine, améliorent la productivité.

Il faut schématiquement retenir que les cultures issues de pays à climat tempéré ne renferment qu'une faible quantité de résine, donc une faible teneur en tétrahydrocannabinol, principe actif psychotrope. Ces variétés sont essentiellement utilisées pour leurs qualités textiles (cordages, toiles). Le chanvre était ainsi cultivé jusque dans nos campagnes pour ses fibres qui servaient à fabriquer des cordes et des toiles et pour ses graines destinées à l'alimentation du bétail.

Tandis que les cultures issues de pays chauds renferment une grande quantité de résine, dont la teneur en THC varie entre 15 et 20%, alors que leurs qualités textiles sont médiocres.

Par ailleurs, il faut savoir que se développe actuellement, aux Pays-Bas notamment, une culture sous serre d'une variété de cannabis appelé netherweed ou nederwiet, dont la teneur en THC s'élève à 20 voire 40%.

2.3. Pharmacologie : les cannabinoïdes

La résine de cannabis contient plus de 400 composants appelés cannabinoïdes, parmi lesquels un seul est à l'origine des effets psychotropes, le trans-delta-9-tétrahydrocannabinol² [2]. Si de tels effets sont connus depuis longtemps, la découverte du 9THC n'a eu lieu qu'en 1964, comme nous l'avons vu plus haut.

Dates	Evolution scientifique	Auteur principal
1840	Préparation de l'extrait de Cannabis indica	Schlesinger
1903	Obtention de la formule brute du cannabinol C ₂₁ H ₃₀ O ₂	Frankel
1960	Synthèse du tétrahydrocannabinol	Adams, Todd
1964	Synthèse du D 9THC	Gaoni, Mechoulam [45]
1966	Synthèse du D 8THC	Hively
1967	Mise en évidence de l'activité du D 9THC	Isbell
1970	Le D 9THC est le principe actif du cannabis	Hollister
1971	Mise en évidence du 11OH9THC, métabolite essentiel	Truitt, Anderson
1990	Découverte de récepteurs spécifiques aux cannabinoïdes	Howlett [61]
1992	Découverte de l'anandamide, ligand endogène des récepteurs	Devane [38]

Tableau 1. : Rappel des principales étapes de la recherche pharmacologique (d'après [48]).

D'un point de vue structural, les cannabinoïdes sont des phénols à 21 atomes de carbone. Leur biosynthèse est proche de celle des terpènes. Elle a lieu dans la plante à lieu selon une séquence [précurseurs acides cannabidiol 9THC cannabinol]. Elle dépend de paramètres écologiques et génétiques, et est maximale en début de floraison.

Outre la présence des cannabinoïdes, il faut également noter que le cannabis est riche en sels minéraux. La plante fraîche contient également 0,1% d'huiles essentielles chargées en terpènes et en sesquiterpènes. On a pu aussi isoler de la choline, de la trigonelline, des flavonoïdes et un alcaloïde spécifique, la cannabistatine [114].

2.3.1. Le delta-9THC

Le 9THC est donc, avec son isomère le delta-8-tétrahydrocannabinol (8THC), le seul cannabinoïde psychoactif. La teneur en 9THC varie beaucoup en fonction de la provenance

géographique du produit, comme nous l'avons souligné plus haut : elle est fonction de facteurs génétiques et environnementaux. La concentration maximale est retrouvée dans les sommités fleuries. Feuilles, tiges et branches en contiennent moins. La concentration de 9THC varie de 0,7 à plus de 20%. Les pieds femelles produisent plus de résine, mais ont une concentration en 9THC identique aux pieds mâles.

2.3.1.1. Caractéristiques organoleptiques

Il s'agit d'une substance liquide, instable, huileuse, insoluble dans l'eau, soluble dans l'alcool. Il s'inactive à la lumière, à l'oxygène, à la chaleur et à l'humidité, et se transforme alors en cannabinoïde. Le caractère liposoluble est important à retenir pour la compréhension du métabolisme du 9THC.

2.3.1.2. Structure chimique

C'est une molécule dérivée du benzopyrane, non azotée, porteuse d'une fonction phénol.

Sa structure chimique peut être rapprochée de celle de certains hallucinogènes, notamment l'acide lysergique (L.S.D.) ou la psilocybine.

C'est l'isomère lévogyre qui est physiologiquement actif.

2.3.1.3. Métabolisme

Le métabolisme du 9THC est complexe [72].

L'absorption peut se faire par ingestion ou inhalation. L'activité dépend fortement de la voie d'administration : elle est nettement plus importante (3 à 4 fois plus) en cas d'inhalation. Cette différence d'activité s'explique par une meilleure biodisponibilité du 9THC (20%), contre 6% par voie orale. Ainsi la dose orale efficace serait de 50 à 200 g/kg tandis que la dose inhalée efficace serait de 25 à 50 g/kg. On considère qu'un joint contient en moyenne 2 à 25 mg de 9THC, pour une résorption effective comprise entre 0,4 et 5 mg.

La forte lipophilie des cannabinoïdes, et du 9THC en particulier, explique le passage rapide, après inhalation, dans la circulation sanguine (où il est véhiculé par les lipoprotéines plasmatiques avec un taux de fixation de 99%), puis dans le cerveau (essentiellement constitué de phospholipides) et dans différents tissus, notamment le tissu adipeux, où il est stocké. Il est ensuite lentement relargué, avant d'être éliminé. L'importance de la diffusion du produit est reflétée par le volume de distribution, qui est, dans le cas du 9THC de 400 à 1000 litres (selon les études) pour un adulte standard, ce qui est considérable [114].

Les effets psychotropes apparaissent chez l'individu naïf 15 à 20 minutes après inhalation (4 à 6 heures après absorption orale), un peu plus tard chez les consommateurs réguliers. On considère qu'environ 1% de la dose de 9THC introduite dans l'organisme agit au niveau du cerveau.

La concentration plasmatique de 9THC diminue rapidement avec apparition de nombreux métabolites. Le métabolisme hépatique du 9THC donne en effet lieu à la formation de plus de 80 métabolites majoritairement inactifs. Le principal métabolite actif est le 11-hydroxy-9-tétrahydrocannabinol (11OH9THC), qui sera secondairement oxydé en acide carboxylique 11-nor-9THC (THC-COOH), inactif, très abondant dans le plasma et l'urine. Le métabolisme hépatique a lieu grâce à l'action de systèmes enzymatiques microsomaux complexes et inductibles.

Le 9THC et ses métabolites subissent un cycle entéro-hépatique. L'élimination fécale (60%) est lente, de même que l'élimination urinaire (20%). La demi-vie est d'environ huit à dix jours chez

l'adulte sain (mais 20% de la dose de 9THC se fixerait dans l'organisme avec une demi-vie de deux à trois mois). Lors d'un usage régulier, le 9THC s'accumule donc, en particulier au niveau cérébral.

Ces éléments de pharmacocinétique connaissent bien sûr des variations interindividuelles (à commencer par l'habileté de l'utilisateur à inhaler les vapeurs), mais aussi liées au fonctionnement hépatique, aux interactions médicamenteuses (induction du cytochrome P450 : anticoagulants oraux, contraceptifs, certains antibiotiques et antituberculeux), etc..

Les métabolites du 9THC peuvent être détectés par dosage urinaire entre une et trois semaines après la consommation. Les méthodes de dépistage employées (réactions colorées) sont simples et rapides. Leur sensibilité s'est considérablement accrue ces dernières années. Le test de confirmation (dosage quantitatif) se fait par application du couplage d'une méthode de chromatographie en phase gazeuse (CPG) et d'une méthode de spectrométrie de masse (SM) (CPG-SM).

Il est important de noter ici que la complexité de la pharmacocinétique des cannabinoïdes a pour conséquence une quasi-impossibilité de fixer un seuil "légal" au taux plasmatique ou urinaire de 9THC, comme cela peut être le cas pour l'alcoolémie [118]. Aucun lien direct entre la concentration de 9THC dans le sang et l'ivresse euphorique que produit le cannabis n'a en effet pu être jusqu'à présent défini.

Terminons enfin en rappelant que le 9THC, comme les autres cannabinoïdes, franchit la barrière foeto-placentaire.

2.3.2. Les autres cannabinoïdes

Parmi le nombre important de cannabinoïdes isolés, trois autres sont à retenir. Il s'agit du cannabidiol, du cannabinol et de la tétra-hydro-cannabivarine.

Le cannabidiol (CBD) est le cannabinoïde quantitativement le plus important. Il n'est pas directement psychoactif, même s'il a une influence certaine sur la pharmacocinétique du 9THC, qu'il peut accélérer ou ralentir.

Le cannabinol (CBN) est le produit de transformation du 9THC par oxydation. Il n'est pas plus directement psychoactif, même s'il peut modifier les effets du 9THC.

La tétra-hydro-cannabivarine (THCV) est un cannabinoïde psychoactif, dont les effets sont d'apparition rapide mais de durée très brève.

2.4. Eléments de neurobiologie

L'action du cannabis sur le système nerveux central de l'homme n'est pas entièrement élucidée. Elle pourrait se faire notamment par la voie des neurones dopaminergiques. Elle pourrait également se rapprocher de l'action des anticholinergiques et influencer sur la production d'endorphines.

L'activité des cannabinoïdes au niveau neuronal pourrait relever de deux mécanismes, une activité membranaire non spécifique et une activité spécifique, liée à l'existence de récepteurs spécifiques aux cannabinoïdes.

L'activité membranaire non spécifique serait liée au déclenchement d'altérations locales de la structure lipoprotéique. Ces interactions, régies par la structure stéréoélectronique des produits et par leur lipophilie, évoquent celles des anesthésiques généraux ou de l'alcool.

L'activité spécifique, liée à la présence de récepteurs membranaires spécifiques CB1 et CB2, fait actuellement l'objet de nombreuses recherches, dont nous nous proposons de présenter les résultats.

2.4.1. Récepteurs

L'observation des multiples effets cliniques du cannabis suggère que les cannabinoïdes, et notamment le 9THC, agissent sur de multiples cibles, tant centrales que périphériques. La mise en évidence de ces récepteurs a pu être réalisée en 1990, dans le cerveau de rat, grâce à l'utilisation d'analogues structuraux du 9THC radioactivement marqués [61].

Deux types de récepteurs ont ainsi été décrits, les récepteurs CB1 et les récepteurs CB2. Leur étude a permis de confirmer les nombreuses interactions entre cannabinoïdes et divers systèmes de neurotransmission.

Les récepteurs CB1 et CB2 sont des récepteurs transmembranaires à sept hélices, associés à des protéines G, molécules de signalisation omniprésente dans les membranes cellulaires. Ils sont couplés négativement au système adénylate cyclase par une protéine Gi. Ils pourraient être couplés à d'autres systèmes de transduction, notamment celui de la phospholipase C (récepteurs CB1). Les résultats des différentes études en cours dans ce domaine restent contradictoires [118]. Certains auteurs en effet [94] ne reconnaissent pas le caractère spécifique de ces récepteurs, en avançant que l'action des cannabinoïdes est seulement due à la liaison de ceux-ci avec la protéine G. Le 9THC se comporterait en fait comme un bloqueur du récepteur de régulation de la protéine G, en déplaçant son ligand naturel, l'arachidonyle éthanolamide (A.E.A.). Il entraînerait ainsi un défaut de régulation des signaux au niveau cellulaire.

A l'état natif, le ligand A se fixe sur son récepteur R, entraînant une modification de la structure de la protéine G couplée au récepteur. Il s'en suit une activation de la protéine G, qui agit à son tour sur un effecteur, enzymatique ou autre (canal ionique par exemple). Cet effecteur agit alors sur l'activité cellulaire.

2.4.1.1. Récepteurs CB1

L'affinité des analogues structuraux du 9THC pour ces récepteurs est bien corrélée avec les réponses pharmacologiques [85]. La distribution des récepteurs CB1 révèle une très forte densité dans le système limbique, y compris dans le noyau accumbens et dans le cervelet (fonction d'intégration des stimuli somato-sensoriels essentiels), une forte densité dans l'hippocampe (fonction de transfert et de stockage de la mémoire) et le cortex (lobe frontal et orbito-frontal, siège de l'intégration de l'activité volontaire) [60].

La localisation de ces récepteurs recouvre dans de nombreuses régions cérébrales celle des récepteurs dopaminergiques, sans pour autant que les récepteurs CB1 soient situés sur les neurones dopaminergiques. L'hypothèse du rôle des récepteurs CB1 dans la régulation de l'activation des neurones monoaminergiques est actuellement privilégiée par plusieurs équipes de recherche [49], ce qui pourrait contribuer à la fois à la compréhension des interactions entre cannabinoïdes et monoamines et à l'approche des liens entre cannabis et psychose.

Des récepteurs CB1 périphériques ont été décrits, au niveau du tractus génito-urinaire et chez l'embryon de rongeur.

2.4.1.2. Récepteurs CB2

De localisation périphérique, ils ont été retrouvés au niveau de différents éléments du système immunitaire : ganglions lymphatiques, rate, thymus, lymphocytes, cellules hématopoïétiques [92].

Leur structure est légèrement différente de celle des récepteurs centraux, mais leur affinité pour le 9THC reste haute.

A la surface des cellules hématopoïétiques, le récepteur CB2 semble jouer un rôle dans leur division, avec potentialisation des effets des facteurs de croissance (de manière sélective en présence d'anandamide, effecteur endogène). L'étude de cet effet stimulant de l'hématopoïèse est bien sûr d'un grand intérêt dans une perspective thérapeutique, et est toujours en cours d'étude actuellement.

2.4.2. Ligands endogènes

L'anandamide, ligand endogène des récepteurs aux cannabinoïdes a été découvert en 1992 [38]. Il s'agit d'un dérivé d'acide gras qui se lie au récepteur CB1, déplace le 9THC et produit des réponses pharmacologiques généralement similaires à celles produites par les cannabinoïdes chez l'animal, à savoir analgésie, hypothermie, catalepsie [43], mais de moindre intensité (quatre à vingt fois moins actif que le 9THC) et de durée plus brève. Son métabolisme sa libération et son inactivation restent à clarifier.

D'autres phospholipides de structure analogue à celle de l'anandamide sont capables de se fixer au niveau des récepteurs CB1. Ce sont des dérivés d'acide gras qui pourraient être des intermédiaires du métabolisme de l'anandamide.

Le rôle physiologique de l'anandamide reste à explorer, de même que son profil (neurotransmetteur, neuromodulateur ?) et ses voies.

Les cannabinoïdes sont capables d'agir sur pratiquement tous les systèmes de neurotransmission, dopaminergique, sérotoninergique, GABAergique, cholinergique, opioïde...

L'avancement des recherches est actuellement moindre en ce qui concerne la mise en évidence des ligands endogènes périphériques des récepteurs CB2.

Le développement de l'antagoniste SR141716A 4 et l'étude des souris dont le gène codant pour le récepteur CB1 ou CB2 a été délété, constituent à l'heure actuelle deux pistes de recherche prometteuses [118].

2.4.3. Pistes de recherche actuelles

Les recherches actuelles en neurobiologie privilégient le concept de vulnérabilité. Il s'agit en effet d'un modèle intéressant et complémentaire du modèle psychopathologique, permettant de formuler des hypothèses sur les différences interindividuelles de susceptibilité aux drogues. Comment en effet expliquer que certains individus peuvent s'en tenir à un usage "récréatif" du cannabis, tandis que d'autres sont prisonniers d'une répétition compulsive de l'expérience toxicomaniaque ?

On considère que le fonctionnement cérébral de base entre dans le cadre d'une homéostasie. Lorsque le cerveau est soumis à une agression extérieure telle que l'arrivée d'une substance psychoactive, son homéostasie s'en trouve perturbée. La répétition de la même agression peut provoquer, dans certaines conditions, des modifications adaptatives neuronales. Celles-ci ont essentiellement lieu au niveau des neurones dopaminergiques. L'état qui en résulte est un état particulier de sursensibilité ou d'hyperfonctionnement appelé "état sensibilisé".

De récents travaux pharmacologiques ont confirmé les interactions existant entre 9THC et neurotransmetteurs.

Le 9THC intervient en tant qu'agoniste dopaminergique au niveau du bulbe médian cérébelleux [79]. Il inhibe la recapture de la dopamine, augmente sa libération au niveau de la fente synaptique et intervient aussi probablement au niveau de sa synthèse. Mêmes effets en ce qui concerne la noradrénaline.

Ces effets sont dose-dépendants, et s'observent de manière expérimentale pour des concentrations de 9THC supérieures à celles obtenues par une consommation moyenne de cannabis. Aux taux inférieurs, le 9THC stimule la recapture de la dopamine et inhibe sa libération dans l'espace synaptique. Le 9THC agit également sur les récepteurs (-adrénergiques centraux).

Il a également une action sur la transmission cholinergique, dans le sens d'une diminution de celle-ci.

Le 9THC crée donc une hyperactivité dopaminergique tandis qu'il baisse le niveau d'acétylcholine. Ces mêmes modifications sont décrites comme modèle neurobiologique de la schizophrénie.

Les cannabinoïdes ont également une action sur les récepteurs GABAergiques, comme certains médicaments psychotropes (benzodiazépines notamment) et l'alcool. Une imprégnation par les cannabinoïdes augmente la liaison des benzodiazépines à leurs sites récepteurs.

Enfin, certains effets psychotropes ou généraux du 9THC seraient liés à une action sur le système des endorphines. Certaines activités pharmacologiques des opiacés endogènes se retrouvent avec les cannabinoïdes. Ceux-ci pourraient interagir de manière non-compétitive avec divers types d'opiorécepteurs, notamment de type μ et κ .

La modélisation d'un système dit "de récompense" constitue la théorie neurobiologique expliquant la consommation réitérée de certaines substances chimiques. Ce "système de récompense" se situerait au niveau mésocorticolimbique et ferait appel au système dopaminergique. Aucun lien n'est établi entre la libération de dopamine et le risque de dépendance ou même l'intensité de la "récompense".

L'équilibre homéostatique cérébral peut parfois être maintenu, grâce à l'intervention d'autres facteurs, notamment génétiques et environnementaux. Dans le cas contraire, se produisent des modifications biochimiques au niveau des récepteurs et/ou des neurotransmetteurs, pouvant induire des manifestations cliniques de type psychotique.

En conclusion de cet aperçu des connaissances neurobiologiques actuelles sur le cannabis, on peut rappeler que :

- la consommation de cannabis, comme celle des autres drogues, entraîne une stimulation de la voie dopaminergique mésocorticolimbique, qui intervient dans le "système de récompense",
- une prédisposition biochimique au comportement abusif se mettrait en place dès les premiers contacts avec la drogue. Cette vulnérabilité pourrait être régulée par des facteurs génétiques, psychoaffectifs et d'environnement socio-culturel.

2.5. Applications thérapeutiques

Les pharmacopées traditionnelles, et notamment chinoise, ont fait, dès leur avènement, une large place à l'utilisation thérapeutique du cannabis (notamment dans le traité de phytothérapie de SHEN NUNG, cf. supra). Les indications dans lesquelles il a pu être proposé depuis ont été nombreuses, variées, et parfois fantaisistes. On retiendra à titre d'exemple l'indication avancée au XIXème siècle par le Docteur AUBERT-ROCHE, dans le traitement de la peste, dont d'ailleurs il mourut...

Partisans et opposants à l'usage du cannabis s'affrontent également sur le terrain des possibles applications thérapeutiques.

Les premiers retiennent pêle-mêle toutes les anecdotes historiques. Le cannabis était largement utilisé au plan médical au XIXème siècle. Le médecin anglais William B. O'SHAUGHNESSEY fut un des pionniers de cet usage, qu'il prescrivait pour ses propriétés analgésiques et antispasmodiques. Le cannabis fut ainsi prescrit comme remède des douleurs, et notamment des douleurs menstruelles, indication qui selon la petite histoire, avait la faveur de la Reine Victoria... En Inde, c'était tout à la fois le traitement des hémorroïdes, des inflammations les plus diverses, de la perte d'appétit. Le cannabis fit son entrée en 1854 dans la pharmacopée américaine, dans une centaine d'indications. Le développement par l'industrie pharmaceutique des molécules de synthèse et l'engouement qu'il suscite auprès du corps médical, est concomitant de la baisse du succès du cannabis. Celui-ci fut supprimé de la pharmacopée américaine en 1941 et de la pharmacopée française en 1949. Les médecines traditionnelles, africaines par exemple, continuent d'utiliser le cannabis dans le cas de morsures de serpent, de douleurs diverses. Certains auteurs [50], sont ainsi convaincus que les vertus thérapeutiques du cannabis sont actuellement sous-utilisées pour des raisons strictement politiques.

Les seconds préfèrent se référer aux études récentes évaluant, selon des protocoles précis, l'efficacité du principe actif.

Il nous semble pour notre part qu'il est indispensable pour analyser, à distance des polémiques, les utilisations possibles du cannabis en thérapeutique humaine, de soumettre son principe actif aux mêmes études que celles auxquelles sont soumis tous les autres principes actifs médicamenteux, études classiques de développement d'un médicament avant l'obtention de son autorisation de mise sur le marché. S'en tenir à des observations empiriques et prôner des indications en dehors de toute recherche scientifique nous paraît représenter un dangereux retour en arrière.

Les principales pistes actuellement explorées sont celles de l'utilisation comme analgésique, comme anti-émétique et comme anti-glaucomeux.

D'une manière générale, et avant d'aborder chacune de ces pistes, il faut retenir que l'utilisation du cannabis en thérapeutique reste pour l'instant limitée par les effets psychotropes qu'il induit. C'est d'ailleurs plutôt l'intérêt thérapeutique de ses analogues de synthèse qui doit être recherché, ceux-ci ayant des affinités bien supérieures à celle du produit naturel.

2.5.1. Effet analgésique

Un effet analgésique du cannabis a été décrit à plusieurs reprises de manière empirique, puis dans plusieurs études scientifiques [114]. Cette action reste discutée, même si de nombreux analogues synthétiques du 9THC sont actifs dans le modèle expérimental animal.

Peu d'études cliniques, en double aveugle, sur un nombre suffisant de patients ont été jusqu'à présent réalisées.

Deux études retrouvent des effets analgésiques significatifs par rapport au placebo (36 patients souffrant de douleurs cancéreuses 5, 56 patients présentant des douleurs postopératoires 6), tandis qu'une troisième fait état de l'intérêt du cannabis ou du 9THC dans le traitement symptomatique de douleurs neurogènes 7. Cette application, si elle était confirmée, serait particulièrement intéressante, pour le traitement de ce type de douleurs qui restent souvent réfractaires à tout y compris aux morphiniques.

D'autres études donnent des résultats contradictoires [118], avec par exemple aucun effet analgésique démontré dans le cas de douleurs dentaires.

Ces résultats méritent le développement d'études comparant l'action analgésique du 9THC à celle d'antalgiques de différentes classes, opioïdes ou non. La recherche doit également s'orienter vers l'étude de l'implication du récepteur CB1 dans le mécanisme de l'action analgésique, ce qui est désormais réalisable depuis la découverte de l'antagoniste SR174716 (cf. supra).

2.5.2. Effet anti-émétique et orexigène

Le 9THC a été proposé comme antiémétique. Il a ainsi été réintroduit dans la pharmacopée américaine en 1987 sous le nom de Dronabinol et dans les indications de nausées et vomissements réfractaires aux autres antiémétiques. On remarque là aussi que peu d'études cliniques comparatives avec d'autres antiémétiques ont été réalisées et que les effets psychotropes sont apparus dès l'augmentation des doses. Le mécanisme d'action antiémétique reste pour l'instant inconnu [118].

L'action orexigène du cannabis, reconnue de longue date, quelle que soit la voie d'absorption [114], pourrait être utilisée chez les patients dénutris atteints de S.I.D.A... Le consommateur de cannabis mange plus et plus souvent. Son alimentation est par contre souvent peu diversifiée et de qualité nutritive médiocre, ce qui a pu entraîner des carences nutritionnelles, notamment chez des adolescents associant cannabis, alcool et régime "fast-food".

2.5.3. Autres effets thérapeutiques

Ces effets n'ont pas pour l'instant fait l'objet d'études méthodologiquement valables. On retient néanmoins des effets broncho-dilatateur, anti-glaucomeux et anticonvulsivant.

2.5.3.1. Bronchodilatateur

C'est donc pour son effet bronchodilatateur que l'utilisation du 9THC a pu être avancée dans le traitement de l'asthme.

L'utilisation de cet effet est néanmoins à nuancer fortement, comme nous le verrons plus loin, puisque l'inhalation de cannabis a été incriminée dans la genèse d'authentiques crises

d'asthme. Le mécanisme en serait allergique, non pas lié aux cannabinoïdes eux-mêmes, mais à la présence de substances contaminantes à forte potentialité allergène, des moisissures notamment, dans la préparation destinée à être fumée.

2.5.3.2. Antiglaucmateux

Le cannabis a été préconisé comme traitement adjuvant dans le glaucome chronique. Son utilisation permettrait de réduire la posologie des autres médicaments anti-glaucmateux. Le mécanisme d'action dans cette indication n'est pas élucidé pour l'instant. Pour maintenir l'effet dans le temps, il faudrait consommer une dizaine de cigarettes de cannabis par jour [94].

2.5.3.3. Anticonvulsivant

Certains cannabinoïdes (le cannabidiol particulièrement) exercent une activité sur la médiation GABAergique [114], et peuvent développer une action anticonvulsivante. Il n'existe pas d'étude scientifique méthodologiquement valable qui ait jusqu'à présent confirmé cette action, dont la connaissance repose sur des observations empiriques de quelques cas.

En conclusion de ce bref panorama des possibilités d'utilisation du cannabis en thérapeutique, il semble donc que de nouvelles études restent à entreprendre, comme le préconise le rapport ROQUES [118].

Les résultats actuels sont trop disparates en terme d'efficacité versus placebo. Quant à la comparaison avec les molécules dont l'efficacité est déjà reconnue dans chacune des indications citées, elle montre au mieux un effet du 9THC comparable, sinon moindre.

2.6. Consommation et trafic

Une réflexion synthétique sur les données actuelles de la consommation de cannabis suppose, comme le souligne le troisième rapport de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (O.F.D.T.) [100], une approche multidisciplinaire la plus globale possible, s'appuyant sur une analyse comparative des différentes données chiffrées, sachant que celles-ci sont issues d'études aux méthodologies différentes, tant quantitativement que qualitativement.

En ce qui concerne le cannabis, il nous a semblé important de présenter d'abord un bref aperçu des différentes préparations possibles. La diversité de celles-ci illustre la difficulté d'évaluer précisément une consommation individuelle, tant le mode de préparation et la qualité des produits (donc leur teneur en principe actif psychotrope) varient. Ce rappel permet également au clinicien de s'orienter dans le jargon des consommateurs de cannabis.

Nous exposerons ensuite les principales données épidémiologiques récentes concernant la consommation de cannabis, leurs sources, leurs résultats et leurs limites. Nous terminerons par un bref aperçu du trafic de cannabis.

2.6.1. Différentes préparations

La consommation de cannabis répond à certaines règles dont l'apprentissage est indispensable. En France, le mode de consommation principal est le joint (cigarette associant tabac et haschich) et le haschich le plus fréquemment vendu est d'origine marocaine.

Le cannabis ne se fume pas comme du tabac. Pour obtenir les effets psychotropes recherchés, il s'agit d'inhaler profondément et de retenir le plus longtemps possible l'air inspiré, afin que les échanges alvéolocapillaires puissent être maximaux. Cet apprentissage est favorisé par la consommation groupale du cannabis, groupes au sein desquels entrent en jeu convivialité et rituels. La reconnaissance des effets recherchés relève elle aussi d'un apprentissage. Ces effets psychotropes, que nous décriront de manière détaillée plus loin, peuvent entraîner une réaction anxieuse liée à l'expérience de déréalisation qu'ils induisent. La consommation groupale intervient là encore pour que l'utilisateur novice transforme ces perceptions potentiellement anxiogènes en expériences de plaisir.

Le cannabis se présente sous différentes formes, dont la préparation et le mode de consommation sont très variables. Il nous paraît intéressant de proposer ici un bref panorama de ces différentes formes, assorti de quelques éléments de vocabulaire indispensables pour mieux tenter de situer, préciser et évaluer les caractéristiques d'une consommation individuelle, d'après les informations recueillies en entretien. Il est important de noter que l'Organisation des Nations Unies (O.N.U.) a recensé deux cent soixante sept noms différents se rapportant au Cannabis sativa et à ses différentes préparations.

Ce rappel souligne également l'indispensable précision des termes : "cannabis" n'est pas directement synonyme de "haschich", de même que la "marijuana" et le "kif" ne sont pas du "haschich" (Cf. Tableau 2).

Les feuilles (parfois les tiges et les graines) peuvent être séchées et hachées : c'est le kif (mot arabe désignant le mélange du tabac à fumer et du chanvre), plus spécifiquement marocain, ou la marijuana américaine. Aux Etats-Unis actuellement, le terme de sinsemilla est de plus en plus employé : il s'agit d'une variété de chanvre sans graine mais dont la teneur en 9THC est beaucoup plus élevée que celle de la marijuana classique. Le kif libanais est appelé shit (à différencier du shit appellation argotique du haschich).

La consommation d'herbe était importante dans les années 1960-1970, mais est actuellement nettement dépassée par celle de résine. Les feuilles de chanvre peuvent être fumées sous forme de cigarettes ou joints, dans de petites pipes (shilloms au Maroc) ou dans des narguilés (Tunisie, Turquie). Mais les feuilles de cannabis entrent aussi dans la composition de préparations à boire ou à ingérer. Le kif peut être mélangé à du beurre, du sucre, de l'eau et du thé. Le bhang (macérât de feuilles et de sommités fleuries dans de l'eau ou de l'eau de vie), peut être additionné de lait et de noix (Pakistan) ou de rhum et de vin (Antilles). Il entre aussi dans la confection de gâteaux de riz et de bonbons épicés. Quant à la ganja, préparée à partir de jeunes feuilles et de sommités fleuries fécondées, elle se présente sous forme de plaques à l'odeur forte et peut être fumée ou infusée. D'une teneur en 9THC variant de 1 à 5% environ (jusqu'à 15% pour la sinsemilla), un gramme d'herbe est actuellement vendu entre 60 et 70 francs [18].

D'autres préparations sont tirées de la résine de cannabis. En provenance du Moyen-Orient, la résine brute est appelée haschich, chira en Afrique du Nord, charas en Asie. Le haschich est conditionné en petits pains ou savonnets d'un kilogramme environ, qui seront ensuite transformés en plaquettes de 100 grammes, prêtes à être découpées en barrettes.

Il est essentiellement fumé sous forme de cigarettes (joints, préparés en mêlant un petit fragment de résine à du tabac et en roulant le tout sous forme de cigarette avec ou sans embout), dans des pipes, narguilés, shilloms ou shu-bangs (système artisanal constitué d'un tube en carton troué à une extrémité où un foyer est réalisé avec du papier aluminium) ou utilisé dans la préparation de confiseries ou pâtisseries. Le dawamesk ("confiture verte", à base d'extrait gras de résine de cannabis, mélangé afin d'en atténuer l'odeur et le goût désagréables, à plusieurs épices, girofle, cannelle, à du musc, de l'essence de rose ou de jasmin et des amandes), absorbé sous la forme de "noix" d'une trentaine de grammes, était la préparation favorite des membres du "Club des Hachichins".

Il faut remarquer que les produits circulant de manière illicite sont le plus souvent coupés avec d'autres substances, par exemple du henné (libanais rouge), du cirage ou de la pâte d'encens.

Quinze kilogrammes de plante fraîche sont nécessaires pour obtenir deux cents grammes de haschich. Le prix moyen d'un gramme de résine de cannabis est de 35 francs [63], variable en fonction de sa provenance (jusqu'à 60 francs le gramme pour du haschich pakistanais ou afghan) [18].

Enfin, l'essence de haschich est obtenue par distillation d'un broyât de cannabis dans un solvant organique porté à ébullition. Le processus est répété à plusieurs reprises après renouvellement du chanvre. Une concentration est obtenue par évaporation. D'une forte teneur en principe actif, il est en général absorbé sous forme de gouttes, sur une cigarette, sur un joint, dans de l'alcool, voire injecté par voie intraveineuse. Un litre est obtenu à partir de seize kilogrammes de cannabis frais et de vingt litres d'alcool. Elle est à distinguer de l'huile de haschich, qui est une pâte liquide de couleur vert sombre ou noir, obtenue en mélangeant de la résine à un solvant. Sa teneur en 9THC peut atteindre 60 à 80%. Un gramme d'huile coûte environ 100 francs.

D'autres expressions sont à signaler, utilisées en fonction de l'origine géographique du produit (Afghan, Cainmaro = marocain, Libanais rouge = coupé avec du henné, Népalais) ; en fonction de la qualité du produit et de l'effet ressenti (dynamite = produit de très bonne qualité, high =

maximum de l'effet) ; ou au sujet de la consommation : pétard = tarpé, stick, mais aussi taffe (bouffée tirée d'un joint).

Le tableau suivant (Tableau 2) récapitule les différents types de préparation, en fonction de leur composition et du pays producteur. Pour chacun, nous précisons le mode de consommation, quelques dénominations argotiques ainsi que la teneur moyenne en 9THC (en pourcentage du poids).

	Nom	Composition	Dénominations argotiques (slang)	Consommation	Pays producteurs	Teneur en D 9THC (en % de poids)
FEUILLES	Kif	Feuilles supérieures et inflorescences,	Herbe (<i>kef</i>)	Cigarettes	Maroc	1 à 5 %
	Shit		Teuch (<i>shit</i>)		Liban	3 à 5 %
	Marijuana	graines et portions de s tige séchées et hachée	Foin, douce (<i>hay, grass</i>)		U.S.A	3 à 5 %
	Grifa		(<i>mexican red</i>)		Mexique	5 %
	Sinsemilla				U.S.A. (Californie)	15 %
	Bhang	Macérât de feuilles		Boissons	Inde, Pakistan	< 5%
	Majoun	Feuilles et fleurs		Gâteaux		variable
	Ganja	Jeunes feuilles et fleurs fécondées	(<i>ganji</i>)	Boissons Cigarettes		15 à 25%
RÉSINE	Haschich	Résine séchée, tamisée et agglomérée	H (<i>hash</i>), (<i>shit</i>)	Cigarettes	Moyen-Orient, Afghanistan	5 à 15 %
	Chira				Maghreb	
	Charas		(<i>charash</i>)		Inde	25-40 %
HUILE	Extrait	Extrait liquide		Multiple	Inde, Afghanistan	30 %
	Essence	Distillat				65 %

Tableau 2. : Principales préparations des produits du cannabis (d'après [48])

2.6.2. Approche épidémiologique

Le troisième rapport de l'O.F.D.T. publié en 1999, [100], propose une présentation critique des données statistiques disponibles en France dans le domaine de la drogue et des toxicomanies. Il

présente les principaux indicateurs utiles et dégage les grandes tendances actuelles, précisant leurs origines et leurs limites d'interprétation.

Afin d'en comprendre les arguments, nous nous proposons de rappeler quels sont les différents organismes chargés des recueils statistiques et épidémiologiques dans le domaine de la toxicomanie en France, ainsi que les principales enquêtes actuellement disponibles, avant d'exposer les résultats chiffrés.

2.6.2.1. Organismes et observatoires

Depuis 1983, la toxicomanie est devenue compétence d'Etat. Un an auparavant était créé le Comité interministériel de lutte contre la toxicomanie, présidé par le Premier ministre, dont l'objectif était de définir, animer et coordonner la politique gouvernementale en la matière. Ce Comité interministériel a élaboré depuis sa mise en place, plusieurs programmes de lutte contre la drogue et la toxicomanie. Parmi les mesures prônées dès 1985, on peut retenir la création des antennes toxicomanie dans les maisons d'arrêt, l'informatisation du Centre National de Documentation sur la Toxicomanie (C.N.D.T.) et la création de l'association Toxibase, chargée de la collecte et de la diffusion de documentation spécialisée en toxicomanie. Trois programmes d'action suivront, en 1990, 1993 et 1996, comportant des mesures de prévention, de soin et de répression. En juin 1999 enfin, a été adopté le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2001.

Outre les différents observatoires permettant une approche épidémiologique des toxicomanies, plusieurs organismes sont chargés de la gestion des différents budgets afférents à la recherche, aux actions de prévention, d'information et de formation, mais aussi au fonctionnement des structures de soins spécialisés. Il faut notamment retenir :

- la M.I.L.T. (Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie) et la D.G.L.D.T. (Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie). La seconde a succédé en 1990 à la première, créée en 1982. Les fréquents changements de dénomination⁸ et de rattachement ministériel⁹ traduisent bien les modifications d'orientation politique en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, impulsées par les différents gouvernements qui se sont succédés. La D.G.L.D.T. poursuit le délicat objectif de coordonner les actions concernant la toxicomanie, entreprises par les différents ministères. Ainsi doit-elle assurer un lien et une certaine cohérence entre des points de vue a priori difficilement conciliables, pouvant émaner tant du ministère des Affaires sociales et de la Santé, de la Recherche, ou de la Jeunesse et des Sports, que du ministère de la Justice ou de l'Intérieur. Elle dispose dans ce sens d'un budget propre, lui permettant de se situer à la fois sur les plans de la prévention et de la recherche, que des soins, mais aussi sur les plans de la répression et de la réinsertion. Elle est composée de plusieurs chargés de mission mis à disposition par les différentes administrations représentés au Comité interministériel. Le rapport TRAUTMANN, publié en 1989, souligne la question de la légitimité d'un organisme interministériel de ce type [135]. C'est la fusion, en 1990, de la D.G.L.D. et de la M.I.L.T. qui a donné naissance à la D.G.L.D.T., rebaptisée en 1996 M.I.L.D.T. (dont la Présidente actuelle est un magistrat N. MAESTRACCI) et placée depuis sous l'autorité du Premier ministre. Il est important de noter qu'à l'heure actuelle, la mission de la M.I.L.D.T. s'étend à l'alcool et au tabac.

- la D.A.S. (Direction de l'Action Sociale), dépendant du ministère des Affaires sociales, gère un budget "toxicomanie" permettant de subventionner toute action de formation, d'information, ou de recherche dans ce domaine.

- la D.G.S. (Direction Générale de la Santé), par l'intermédiaire de son bureau "Santé mentale, toxicomanies, dépendances", gère le budget national de fonctionnement des centres spécialisés de soins aux toxicomanes.

A noter également que depuis la loi de décentralisation, les départements et régions sont responsables de la protection de l'enfance et de l'adolescence. Ils peuvent à ce titre mettre en place et soutenir des actions de prévention de la toxicomanie. Les comités départementaux de lutte contre la toxicomanie ont été créés en 1985 par une circulaire du Premier ministre, pour

coordonner et animer localement les actions de lutte contre la toxicomanie. Ils ont été redéfinis en 1996 10 avec la mise en place d'un cadre départemental à trois niveaux de direction (préfet), coordination (responsables départementaux de l'Etat et représentants des autorités judiciaires) et concertation (conseil départemental de prévention de la délinquance), et la création dans chacun de ces derniers, d'un sous-groupe "lutte contre la drogue et la toxicomanie".

Au niveau national, plusieurs observatoires ont été mis en place. Les études qu'ils fournissent permettent de dégager les données épidémiologiques indispensables à la position du problème. Parmi ces observatoires nationaux, il faut citer :

- le S.E.S.I. (Service des statistiques, des Etudes et des Systèmes d'Information), du Ministère de la Santé, qui procède annuellement à une enquête auprès de tous les établissements de soins et d'accueil, spécialisés ou non,

- l'I.N.S.E.R.M. (Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale), qui a lancé plusieurs programmes de recherche, avec notamment la mise en place d'un réseau "Toxicomanie et santé publique",

- l'O.C.R.T.I.S. (Office Central pour la Répression du Trafic Illicite de Stupéfiants), créé en 1953. Il fournit dans un rapport annuel des données épidémiologiques concernant la toxicomanie abordée sous l'angle de la répression. Il ne s'agit pas d'un simple observatoire, mais d'un service de police judiciaire, associant un rôle de centralisation des renseignements, d'action au plan national ou international et de coordination des actions des services de police,

- l'O.F.D.T. (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies), créé en 1993. Cet observatoire, comme son homologue européen (O.E.D.T.) créé la même année à l'initiative de la France, a pour mission "l'observation des drogues et des toxicomanies, le recueil, l'analyse, la synthèse et la diffusion des données, ainsi que leur amélioration quantitative et qualitative ; le recueil, la diffusion et la valorisation des connaissances et analyses dans tous les champs disciplinaires intéressés par les drogues et les toxicomanies ; l'expertise et l'animation de la recherche dans ces domaines" 11. L'O.F.D.T. existe au niveau juridique sous la forme d'un "Groupement d'intérêt public", ce qui permet de lui donner une autonomie dans sa mission d'observation, par rapport aux domaines de la coordination et de l'action, placés sous la responsabilité de la M.I.L.D.T., et de le doter d'un statut juridique autonome, fonctionnant selon les règles de la comptabilité publique et soumis au contrôle de la Cour des Comptes. L'observatoire agit en s'appuyant sur trois grands principes : travail en réseau coopératif, complémentarité et transversalité.

La diversité et l'importance des dispositifs d'étude et de recherche dans le domaine de la toxicomanie contraste avec le peu d'études récentes et de grande ampleur, notamment en ce qui concerne le cannabis. Remarquons que dans de nombreux documents récents, les chiffres les plus fréquemment proposés sont ceux d'une enquête de la S.O.F.R.E.S. datant de 1992 (portant sur un échantillon de 1167 personnes âgées de 12 à 44 ans, représentant une population de 24,5 millions de français) [34]. Ceci reflète probablement les difficultés méthodologiques que soulèvent de telles questions, ce que nous aborderons plus loin.

2.6.2.2. Enquêtes en population générale

L'O.F.D.T. propose un document de synthèse concernant l'étude du niveau de la consommation de cannabis et de son évolution [100]. Ce travail vient nuancer les prises de position médiatiques qui réduisent l'évolution de la consommation du cannabis à deux constatations : la banalisation de la consommation et son doublement au cours des cinq dernières années.

Or si la banalisation est un fait indéniable, il apparaît dans ce travail de l'O.F.D.T. que les données existantes ne corroborent pas la deuxième constatation avancée. Pour étayer cette réflexion, il est important de réfléchir aux types d'enquêtes effectuées dans ce domaine.

On distingue trois types d'enquête en population générale.

Les enquêtes de perception et d'opinion d'abord. Depuis dix ans en France, cinq enquêtes de ce type ont été réalisées, la plus récente étant une enquête I.F.O.P. - L'évènement, intitulée "Les français et le débat sur les drogues douces", en 1997.

Les enquêtes de consommation ensuite. Durant la même période, on dénombre six enquêtes de ce type, la plus récente étant une enquête Publimétrie - Grande écoute, intitulée "Prévention et usage de drogue" et réalisée en 1997.

Les enquêtes en population d'âge scolaire enfin. Cinq enquêtes de ce type sont à retenir depuis 1991, les dernières datant de 1998, "Les lycéens parisiens et les substances psychoactives", I.N.R.P.- Paris X Nanterre (échantillon de 875 jeunes représentatif des lycées parisiens, déterminé par la méthode des quotas, auto-questionnaires) et le Baromètre santé jeunes 97/98 (échantillon de 9919 lycéens, échantillonnage par grappe, auto-questionnaires).

Entre 1990 et 1998, en France, on compte donc au total environ une dizaine d'enquêtes en population générale adulte. Nous en présentons ci-dessous les résultats concernant la consommation de cannabis, dans un tableau récapitulatif proposé par l'O.F.D.T..

Enquête	Taille échantillon	Méthode	Collecte	Consommation au cours de la vie	Consommation au cours de l'année
IFOP-CFES 1990	1004	Quotas	Face à face	32.3	-
IFOP-CFES 1991	1028	Quotas	Face à face	26.9	-
IFOP-CFES 1992	1009	Quotas	Face à face	26.6	-
ACSF 1992	20 000	Aléa 2°	Tél (CATI)	18.3	6.3
SOFRES 1992	1167	Quotas	Face à face	21.1	4.1
Baromètre santé 1992	2099	Aléa 2°	Tél (CATI)	18.4	6.5
Baromètre santé 1993	1950	Aléa 2°	Tél (CATI)	-	3.4
Baromètre santé 1995	1993	Aléa 2°	Tél (CATI)	24.3	7.5
émoscopie 1995	1000	Quotas	Face à face	20.3	-
IFOP-CFES 1996	1005	Quotas	Téléphone	27.4	-
IFOP 1997	925	Quotas	Téléphone	24.6	-
Grande Ecoute 1997	1002	Quotas	Téléphone	21.2	6.3

Tableau 3. : Tableau récapitulatif des résultats des différentes enquêtes en population générale, menées entre 1990 et 1998, sur la consommation de cannabis, cité in [100]

2.6.2.3. Résultats en terme de consommation

Le dernier rapport de l'O.F.D.T. [100] dégage trois grandes tendances dans le domaine de la toxicomanie en général, depuis 1996, en France : une forte réduction des décès d'usagers de drogue par surdose ou par S.I.D.A., une importante diminution de la consommation d'héroïne et une banalisation de la consommation de cannabis.

C'est cette troisième évolution qui nous intéresse ici au premier chef. Le rapport précise : "La consommation de cannabis est de plus en plus répandue, en particulier chez les jeunes. On constate une distance de plus en plus grande entre, d'une part, la loi et sa mise en œuvre et, d'autre part, les pratiques de consommation. Les plantations particulières de cannabis sont en développement." [100].

2.6.2.3.1. Dans la population générale

Le tableau suivant propose une mise en perspective de la consommation de cannabis avec la consommation d'autres drogues, dans la population adulte française.

	Au cours de la vie (%)	Au cours de l'année (%)
Cannabis	24.3	7.5
Cocaïne	1.7	ns 15
Héroïne	0.5	ns
Ecstasy, amphétamines	1.1	ns
Hallucinogènes	2.4	ns
Médicaments	1.5	ns
Produits à inhaler	1.5	ns
Autre drogue	ns	ns
Toutes substances	25.1	ns

*Tableau 4. : Consommation de drogues en France, adultes 18-44 ans, en 1995.
Source Baromètre Santé adultes 95/96, CFES, cité in [100].*

Avancer qu'un Français sur dix est un consommateur de cannabis n'a pas beaucoup de sens. En France comme dans presque tous les pays, il s'agit d'un mode de consommation intermittent et limité dans le temps. La plupart des usagers n'ont fumé qu'un nombre limité de joints. C'est ainsi que les chiffres cités recouvrent des fourchettes larges. Le rapport HENRION [59] précise que les estimations les plus fréquemment retenues parlent de un à cinq millions d'usagers de cannabis, selon la régularité de l'usage et la méthode utilisée pour l'estimation.

Le sondage de la S.O.F.R.E.S. de juin 1992 déjà cité [34] fait état de près de 5 millions de personnes ayant, durant les trois décennies passées, fait au moins une fois usage de ce produit, tandis que 7,5 millions de personnes auraient été sollicités pour fumer du haschich. Selon le même organisme, le nombre de consommateurs, réguliers ou occasionnels pouvait être estimés, dans les années soixante, à environ un million. Le même sondage aborde le mode de consommation du cannabis, qui relève le plus souvent d'une consommation "par

plaisir", dans le cadre d'une sociabilité de groupe ("avec des amis" : 54%, "au cours d'une soirée" : 31%, "dans une boîte de nuit ou lors d'un concert" : 27 %).

R. INGOLD (psychiatre, anthropologue et fondateur de l'I.R.E.P. 16) propose une intéressante approche ethnographique de la consommation de cannabis en France [63], dans une enquête réalisée en 1995 et 1996, sur un échantillon de 1087 individus. Ce travail, financé par la D.G.S. et l'O.F.D.T., vise à décrire le groupe des usagers intensifs de cannabis.

Les résultats confirment que l'usage de cannabis est commun à tous les milieux sociaux. Il s'agit essentiellement d'hommes (71%), âgés de 28 ans en moyenne, bien insérés socialement et familialement, possédant un niveau d'études élevé (49% ont un niveau d'études supérieur). Cette population d'usagers de cannabis se distingue nettement des autres populations de toxicomanes : peu demandeurs de soins, peu stigmatisés et peu repérés par les services policiers et judiciaires. Pour la majorité d'entre eux, la consommation de cannabis ne semble pas en lien avec une particulière détresse psychologique ou sociale. Seuls 2% des consommateurs interrogés se disent dépendants, sans qu'aucune corrélation puisse être établie avec la fréquence de consommation et la quantité consommée.

L'auteur souligne sur le plan économique que la distribution de cannabis se distingue aussi de celle des autres drogues. En effet, outre les achats illicites effectués auprès des dealers et des intermédiaires, il existe un mode de distribution convivial, fondé sur les pratiques de culture, de dons et de troc. L'autoproduction de cannabis est un phénomène qui se développe massivement en France à l'heure actuelle. Cette enquête évalue en 1996 le "budget cannabis mensuel moyen" des consommateurs à 560 francs.

Sur le plan légal enfin, il semblerait d'après les résultats de ce travail que la majorité des consommateurs de cannabis connaissent l'illégalité de cet usage, tout en considérant leur pratique comme hors du champ des déviances.

En ce qui concerne la demande de soins, il semble pourtant que le recours aux établissements sanitaires, et notamment psychiatriques, soit en nette augmentation pour les usagers de cannabis, passant de 11,8% en 1989 à 21,8% en 1996 [100]. Quant à la demande sociale, elle est restée stable pour ces mêmes usagers, à hauteur de 50% de l'ensemble des recours auprès des services sociaux.

Une étude néerlandaise menée auprès des "consommateurs expérimentés" de cannabis (ayant consommé au moins 25 fois du cannabis dans leur vie) d'Amsterdam [27] apporte également des informations sur les fréquences de consommation dans l'année écoulée. 17% consomment quotidiennement, 31% une fois par semaine ou plus (mais pas quotidiennement), 15% au moins une fois par mois, 37% au moins une fois dans l'année (et moins d'une fois par mois). Ces chiffres, qui ne reflètent pas exactement les mêmes fréquences que celles explorées par INGOLD (voir plus haut), sont légèrement en deçà des estimations françaises.

D'autres études ont été menées dans le monde à la recherche de corrélations entre consommation de cannabis et certains facteurs psychosociaux. On retiendra par exemple l'étude d'ADELEKAN [3], menée en 1988 au Nigeria, sur un échantillon de 642 étudiants. Cette étude fait suite à d'autres du même type, et met en évidence plusieurs facteurs de risque, tels l'influence des pairs [123] ou une fragilité psychologique préexistante. L'appartenance à une religion, de même qu'une organisation familiale structurée, semblent par contre être des facteurs protecteurs. Comme dans d'autres études, l'usager "abuseur" de cannabis est décrit comme majoritairement de sexe masculin, célibataire, jeune (moins de trente ans), issu d'un milieu socioéconomique défavorisé et ayant souffert de carences affectives dans l'enfance. Les sujets interrogés préfèrent majoritairement consommer des produits qu'ils perçoivent comme peu nocifs et d'obtention facile. L'auteur conclue qu'un lien de cause à effet ne peut être mis en évidence, mais que les résultats présentés peuvent participer à l'élaboration de plans de prévention de l'usage de cannabis.

L'appartenance à une religion a plus particulièrement fait l'objet d'une étude sur un échantillon de 2066 étudiants canadiens [4]. L'intérêt de cette étude est de ne pas se limiter à ce critère général, mais d'y associer une évaluation de la pratique religieuse et du "sentiment religieux". Il

s'avère alors que ce n'est pas l'appartenance à une religion qui est significativement négativement corrélée à l'usage de drogues (et de cannabis en particulier), mais plutôt l'intensité de la pratique religieuse, et à un moindre degré, le sentiment religieux, qui sont par ailleurs fortement liés au caractère licite ou illicite des drogues utilisées.

2.6.2.3.2. Chez les sujets jeunes

Le facteur d'âge est un paramètre particulièrement important en ce qui concerne la consommation de cannabis : tandis que 65% des fumeurs de cannabis ont moins de 25 ans, les consommateurs réguliers de plus de 30 ans ne sont pas nombreux. Chez les jeunes qui fument pour la première fois au collège ou au lycée, la majorité n'a consommé que quelques joints. On peut retenir qu'à 18 ans, 30 % ont essayé. Le cannabis arrive en tête des drogues illicites consommées par les jeunes.

Une étude de l'I.N.S.E.R.M., publiée en 1994 [25], portant sur un échantillon de 12 466 adolescents, a montré que 39% des garçons et 22% des filles âgés de 18 ans avaient déjà fumé du haschich (à noter que ces chiffres sont relativement en deçà de certaines autres sources).

D'autres enquêtes concernant les sujets jeunes ont été réalisées, dont les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

	C.F.E.S 97/98 n = 2675	C.A.D.I.S 97 n = 9919	I.N.R.P n = 875
consommation de cannabis	22,8%	29,8%	34,4%

Tableau 5. : Résultats des enquêtes de consommation de cannabis chez les 15-19 ans, en France, cité in [100]

On remarque que le chiffre obtenu en 1998 dans l'enquête I.N.R.P. (auto-questionnaire, dans les lycées parisiens) est nettement plus élevé que celui obtenu dans le Baromètre santé de la même année. Cette constatation rejoint le fait que la consommation de cannabis par les jeunes est plus importante à Paris qu'en province. Parmi les jeunes interrogés, 14% ont déclaré avoir une consommation fréquente de cannabis (dix fois et plus au cours de la vie), et parmi ceux-là, 81% ont déclaré en avoir consommé dix fois et plus au cours des douze derniers mois.

Par ailleurs, dans la tranche d'âge 15-19 ans, la consommation de cannabis augmente significativement avec l'âge, comme le montre la figure 5. La consommation de cannabis chez les jeunes est plus fréquente chez les garçons (comme dans la population générale). Les filles ont tendance à en rester à une simple expérimentation du produit, sans poursuivre leur consommation.

Ces données corroborent l'augmentation de la consommation de cannabis chez les jeunes. 25% de consommation de cannabis au cours de la vie en 1993 (enquête I.N.S.E.R.M.) et 33% de consommation au cours des douze derniers mois en 1997 (enquête C.A.D.I.S.). La comparaison est acceptable entre ces deux études de méthodologie proche, même si les indicateurs sont différents, puisqu'on sait que la consommation au cours des douze derniers mois est toujours inférieure à la consommation au cours de la vie. Cette augmentation est probablement en lien avec la banalisation de la substance. On note par ailleurs, ce qui est beaucoup plus inquiétant, que le nombre de jeunes reconnaissant avoir un usage fréquent de cannabis, est également en augmentation de plus de la moitié entre 1993 et 1997 (comparaison des chiffres issus des enquêtes I.N.S.E.R.M. 1993 et C.A.D.I.S. 1997).

Ces chiffres sont par ailleurs renforcés par ceux fournis par l'O.C.T.R.I.S. qui montrent une augmentation de la part de jeunes usagers de cannabis interpellés.

Dans sa thèse de médecine, F. RIPOLL [115] a étudié les conduites toxicophiles chez 1232 jeunes hommes (18-25 ans), lors des épreuves de sélection du service national. L'enquête a consisté en la passation d'un questionnaire, associée à une analyse toxicologique urinaire à la recherche de cannabis, cocaïne et opiacés. Il existe une bonne corrélation entre les réponses aux questionnaires et les tests biologiques, puisque la valeur prédictive positive de l'interrogatoire (VPP) est de 68%, tandis que la valeur prédictive négative (VPN) est de 90%. La consommation majoritaire est celle de cannabis (20%). Dans ce groupe de consommateurs, 14% fument ou fumaient une fois par semaine, tandis que 20% fumaient plusieurs fois par semaine. L'existence de plusieurs liens statistiquement significatifs a pu être mise en évidence dans cette étude, notamment entre consommation de cannabis, consommation de tabac et d'alcool, et antécédents de transgression de la loi et de passages à l'acte suicidaires. Le meilleur facteur prédictif de la consommation de cannabis semble être la précocité du tabagisme. Les limites de cette étude portent sur le caractère uniquement masculin de l'échantillon, de même que sur l'élimination des sujets exemptés sur dossier (ce qui élimine notamment les pathologies psychiatriques préexistantes).

Une étude américaine publiée en 1994 [54] montre que l'usage de drogue en général dans l'adolescence est un facteur prédictif significatif de l'usage de drogue à l'âge adulte, de même qu'une consommation de tabac précoce est un facteur prédictif valable de consommation de drogue à l'adolescence.

Une étude prospective norvégienne [107, 108] portant sur 1311 sujets âgés de 13 à 19 ans, s'est intéressée aux liens possibles entre consommation de cannabis, opposition à la norme sociale et politique et santé mentale. Les résultats apparaissent en faveur de l'existence, chez les adolescents consommateurs de cannabis d'un rapport d'opposition à la norme. Dans les cas de consommation très importante, l'étude retrouve des difficultés familiales et psychologiques significatives.

En Espagne enfin, une étude réalisée sur un échantillon de 1886 jeunes ruraux (14-30 ans) [7] a montré que le cannabis est bien la drogue la plus consommée (10%), plus particulièrement par les hommes, avec un âge de début se situant autour de 15 ans. Les principaux motifs retrouvés pour expliquer le début de la consommation sont la recherche de nouvelles sensations et la curiosité. La poursuite de l'usage est justifiée dans cette étude par la recherche "de plaisir et de bonheur" et de "détente" (au sens d'anxiolyse).

Chez les jeunes, comme dans la population générale, les consommations associées à la consommation de cannabis sont fréquentes, notamment tabac et alcool : 75% des expérimentateurs de cannabis fument ne serait-ce que de temps en temps, 55% fument régulièrement. Même tendance pour l'alcool : plus de la moitié des usagers de cannabis déclarent en consommer régulièrement.

Toutes ces enquêtes tendent donc bien à confirmer les observations quotidiennes de terrain : la consommation de cannabis se banalise. Elle s'associe de plus en plus à la consommation d'autres drogues, notamment l'alcool, dans des tableaux de poly-addictions. Elle touche essentiellement les jeunes.

2.6.2.4. Résultats en terme de perception

Les résultats des études de perception sont également intéressants à prendre en compte. Les grandes tendances actuelles dans l'opinion publique sont marquées par l'assimilation, sous le terme "drogue" des produits toxiques licites et illicites.

La perception du cannabis comme substance dangereuse diminue nettement, passant de 69% des personnes interrogées en 1992, à 54% en 1995 (enquêtes C.F.E.S., citées in [100]). Dans la même période, la proportion de personnes considérant le cannabis comme sans danger pour la santé, augmente.

Pourtant une nette majorité des français reste hostile à la distinction entre "drogues dures" et "drogues douces" : 64% en 1993, 61% en 1997. Le statut juridique du cannabis reste lié à la notion de maintien de la pénalisation de son usage, même si cette opinion majoritaire connaît un léger recul entre 1993 (69%) et 1997 (64%). La possibilité d'une vente libre de cannabis reste rejetée majoritairement, et considérée comme une incitation à l'usage par 68% de la population générale en 1998.

Selon les français interrogés [100], l'usager de drogue répond par cette consommation d'abord à la recherche d'un bien-être absent. L'effet d'entraînement, de même que l'idée de transgression ou la notion de plaisir ne sont que très peu considérés comme pouvant motiver une prise de drogue. Par ailleurs, la grande majorité de la population générale conteste la légitimité de l'expérimentation des drogues.

Les toxicomanes sont considérés par la majorité de la population générale comme des malades, sans que cela n'empêche pourtant la coexistence des notions de "malade" et de "délinquant". Quant aux consommateurs occasionnels de cannabis, ils ne sont considérés comme des toxicomanes que par une minorité des français interrogés (29% dans une enquête de 1997).

En ce qui concerne les mesures de répression contre le trafic de drogue, elles recueillent une très forte approbation de la population (94% en 1997). Les mesures coercitives envers les usagers sont jugées moins efficaces que les actions de prévention et d'information.

Il est intéressant, pour terminer ce panorama chiffré, de retenir la position des médecins telle qu'elle a pu être évaluée dans un sondage "le Quotidien du médecin -Indice médical" publié en juin 1998 [18]. En effet, si 58% des médecins interrogés (sur un échantillon national représentatif de 162 médecins généralistes et 140 spécialistes) estiment que le cannabis n'est pas une drogue dure, ils se prononcent en majorité (64%) contre sa dépénalisation. Seulement 16% se prononcent en faveur de la dépénalisation de sa consommation, et 3% en faveur de celle de la vente.

2.6.2.5. Limites des données actuelles

L'étude des résultats des enquêtes de consommation en population générale montre que leur comparaison est malaisée.

En effet les choix méthodologiques peuvent être très différents, de même que la nature et la structure des échantillons retenus. Seules les enquêtes effectuées sur des échantillons représentatifs de la population permettent d'extrapoler le niveau et les comportements de consommation des produits illicites à l'ensemble de celle-ci.

Par ailleurs, la difficulté commune à ces enquêtes fondées sur des déclarations au sujet de la consommation de produits illicites est la fiabilité des réponses, qui peuvent être entachées d'insincérité.

2.6.2.5.1. Manque de rigueur

L'amplification médiatique des résultats des enquêtes dans le domaine incite à la plus grande rigueur quant à l'utilisation des données chiffrées.

On peut d'emblée remarquer (voir Tableau 3.), que les échantillons sont de petite taille (un millier d'individus). Ils sont en général constitués par la méthode des quotas, qui exclue certaines catégories de personnes, notamment celles fréquemment absentes de leur domicile. Certaines enquêtes posent des questions peu précises, ne permettant même pas parfois de différencier les substances.

Un exemple intéressant [100] illustre bien la prudence nécessaire, notamment en ce qui concerne l'application des pourcentages obtenus à la population générale.

L'enquête S.O.F.R.E.S. 1992 [34] a été effectuée sur un échantillon de 1167 personnes de 12 à 44 ans, représentant une population évaluée à 24,5 millions de français. Or l'estimation de population de l'I.N.S.E.E. pour l'année 1992 et dans cette tranche d'âge est de 28 millions d'individus. Les 19% de consommateurs de cannabis ne représentent donc pas 4 millions mais bien 5,3 millions d'individus !

L'enquête Publimétrie - Grande écoute 1997, cinq ans plus tard avance le chiffre de 7 millions de consommateurs de cannabis, chiffre qui découle de l'application du pourcentage obtenu pour les "15 ans et plus" à la population totale, quel que soit l'âge. Si l'on rapporte le pourcentage obtenu à la classe d'âge concernée, on obtient 5,8 millions d'individus.

Des deux premiers chiffres erronés, on déduit hâtivement que "le nombre de consommateurs de cannabis en France a doublé en cinq ans". Des chiffres corrigés, on déduit que ce nombre a en réalité augmenté de 500 000 en cinq ans ... L'impact psychologique est bien différent entre ces deux résultats.

2.6.2.5.2. Effet d'âge

La consommation de cannabis varie éminemment en fonction des tranches d'âge.

L'influence de l'âge est telle qu'elle rend difficile toute comparaison entre des études qui ne prennent pas en compte les mêmes classes d'âge : il s'avère incontournable de raisonner en terme de structure par âge. Le graphique ci-dessous, proposé dans le rapport de l'O.F.D.T. [100] illustre bien cette répartition.

2.6.2.5.3. Formulation des questions

La formulation même des questions joue un rôle dans les taux obtenus. Par exemple, concernant la consommation au cours des derniers mois, il n'est pas équivalent de proposer : "je fume du haschich de temps en temps" ou "je fume du haschich régulièrement". De même, l'ordre dans lequel sont avancées les différentes propositions n'est pas sans conséquence sur la réponse.

Si les problèmes de formulation des questions et des modalités ne semblent pas devoir impliquer de biais réhibitoires, on peut envisager de ramener tous les résultats disponibles à la tranche d'âge commune à tous les exercices, à savoir [18-44 ans] et les rendre ainsi comparables au mieux, même si les divergences méthodologiques ne doivent pas être éludées.

2.6.2.5.4. Choix des indicateurs

L'indicateur "consommation au cours de la vie" (life time prevalence) permet d'avoir une bonne indication de l'expérimentation de cannabis. Il ne doit pas être interprété au delà de cette signification quelque peu restrictive. En effet, la majorité de ces "expérimentateurs" n'ont goûté qu'une seule fois à cette substance, même si ce chiffre englobe également les consommateurs occasionnels et réguliers. Il convient donc pour éviter toute erreur d'interprétation, de garder à l'esprit le caractère composite de cette variable. De plus, la consommation au cours de la vie subit un effet d'âge qui la fait augmenter à prévalence constante de par la pérennité du phénomène. Ainsi, à prévalence constante chez les jeunes, l'indicateur sera plus élevé dans les années 90 compte tenu du fait de son ancienneté. En effet, le nombre d'expérimentateurs âgés de 40 ans est plus élevé en 1990 car arrivent à cet âge les jeunes consommateurs âgés de 20 ans en 1970. Il semble actuellement prudent de conclure à une relative stabilité dans la prévalence au cours de la vie.

L'indicateur "consommation au cours de l'année" (last year prevalence) est pertinent lorsqu'il s'agit de mesurer le caractère occasionnel et régulier de l'usage de cannabis. On considère que parmi les individus ayant consommé du cannabis au cours des douze derniers mois s'inscrivent une forte majorité d'usagers occasionnels et réguliers, mais aussi quelques usagers expérimentaux qui ont pris de cette substance "par hasard" dans cette période. Ces derniers se compensent vraisemblablement avec des consommateurs occasionnels qui n'auraient rien pris au cours de l'année écoulée. Ici encore, il semble plus prudent de noter une relative stabilité dans la prévalence au cours des douze derniers mois.

Le rapport de l'O.F.D.T. [100] conclue que le dispositif actuel ne permet pas d'obtenir des tendances précises en matière d'observation des consommations de cannabis. Les ordres de grandeur retrouvés sont toutefois cohérents avec l'estimation de l'O.F.D.T. précédemment réalisée (1996) qui évaluait à 7 millions le nombre de personnes (tous âges confondus) à avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie et à 2 millions le nombre de ceux à en avoir consommé au moins une fois au cours de l'année écoulée.

Un raisonnement en terme de tendance plutôt qu'en terme de prévalence (très délicate et coûteuse à estimer de façon précise) pourrait améliorer le système d'information sur l'usage des substances psychoactives. De même, la mise en place d'un processus de surveillance des évolutions de consommation semble préférable à un instrument de mesure très fine d'un phénomène de consommation dont, en ce qui concerne le cannabis, la banalisation ne fait plus de doute. Il apparaît ainsi opportun de construire un dispositif pérenne qui permette de comparer, à méthodologie équivalente et quels que soient les biais qui pèseront toujours sur les effectifs, les années les unes après les autres.

2.6.3. Production et trafic

Le chanvre indien est cultivé dans le monde entier, en quantités beaucoup plus importantes que le pavot ou le cocaïer.

L'Afrique du Sud est le principal producteur mondial de cannabis, avec une production estimée à 22 000 tonnes par an [75].

Les Etats-Unis et le Mexique se disputent la place de premier producteur mondial de marijuana (autour de 7000 tonnes par an), devant la Colombie, le Mexique et les Caraïbes (Belize, Costa Rica, Jamaïque, Iles Vierges, Trinidad et Tobago, Porto Rico). Les autres zones de production se situent en Asie du Sud Est (Thaïlande, Laos, Cambodge) et en Afrique (Nigeria, Ghana, Côte d'Ivoire, Gambie). En Europe, les Pays-Bas produisent des quantités non négligeables en appartement ou en serre (environ 50 tonnes par an, dont la concentration en 9THC atteint 14 à 18 %).

Le Maroc, le Pakistan, l'Afghanistan et le Liban sont les quatre principaux producteurs de haschich mondiaux. On estime que chacun de ces pays produit environ 2000 tonnes par an, mis à part le Liban dont la production est en déclin depuis le début des années 90. De nouveaux producteurs émergent, comme le Kazakhstan, le Kirghizistan, et même l'Ukraine, la Biélorussie, la Géorgie et l'Azerbaïdjan.

Aux Etats Unis, 30 à 50 % de la demande est couverte par la production locale, le reste étant importé du Mexique, des caraïbes et d'Asie du Sud Est. Sur le marché européen, c'est surtout le haschich marocain qui est présent. Aux Pays-Bas, 60 % de la consommation de marijuana est couverte par la production locale.

Les quantités consommées annuellement en France, estimées à partir des enquêtes en population générale, seraient de 125 tonnes de résine de cannabis, représentant une dépense de 4,4 milliards de francs [100]. En 1997, 51,6 tonnes de résine de cannabis ont été saisies en France (Voir Figure 7), dont 8,7 tonnes destinées au marché français, ce qui représente donc environ 5 à 10% du trafic estimé. Le haschisch constitue 96 à 98% des quantités de cannabis saisies.

Le cannabis saisi en France provient essentiellement du Maroc (80%), soit directement, soit via l'Espagne (en général par transport routier, notamment en voitures de tourisme). En 1998, les deux tiers des quantités saisies étaient en transit, vers les Pays-Bas, le Royaume Uni et les autres pays du Nord de l'Europe, ainsi que vers l'Italie. Il semblerait cependant que la source africaine de cannabis, bien que toujours très active, soit actuellement relayée par celle des Pays-Bas [100].

Un kilo de haschich de qualité moyenne acheté en gros au Maroc vaut environ 3 000 F. [29]. On le retrouve à Paris à 15 000 F., il est ensuite vendu au détail en barrettes et rapport entre 25 000 et 40 000 F. aux revendeurs. La différence représente le bénéfice engrangé par les systèmes criminels. Par ailleurs, les phénomènes de culture et d'autoproduction connaissent de plus en plus un engouement massif. L'augmentation du nombre de saisies de plants de cannabis en témoigne : 38115 en 1997 contre 1591 en 1997 selon l'O.C.T.R.I.S..

Nous venons de rappeler les caractéristiques botaniques et pharmacologiques du cannabis ainsi que les caractéristiques de la consommation de cette plante. Il est maintenant important de nous pencher sur les effets de cette consommation et sur les facteurs qui peuvent faire basculer un consommateur de l'usage récréatif aux complications psychiatriques.

3. De l'usage récréatif aux pathologies psychiatriques

Certains consommateurs de cannabis font un "usage récréatif" de la drogue. La consommation est alors le plus souvent groupale, durant des temps de loisir. La recherche de moments de plaisir est au premier plan des motivations exprimées par ces consommateurs. Par ailleurs, la consommation de cannabis n'a pas dans ce groupe de conséquences sur leurs activités socioprofessionnelles par exemple. Convivialité, appartenance à un groupe marquée par le respect de rituels, mais aussi transgression des interdits, défi, sont des notions bien connues.

Malheureusement la consommation de cannabis peut s'inscrire dans un tout autre cadre, celui de la pathologie mentale. Elle intervient alors dans une recherche d'automédication, pour soulager une souffrance psychique naissante ou déjà installée.

Cette troisième partie de notre travail nous conduira de la description des effets psychotropes habituels liés à l'usage de cannabis, rassemblés sous le terme d' "ivresse cannabique" et recherchés dans le cadre d'un usage récréatif, à la pathologie psychiatrique avec les complications potentielles de l'usage de cannabis, à type de pharmacopsychose notamment.

Cet état des lieux des effets pathogènes ouvre sur la question des liens entre cannabis et schizophrénie, liens que nous étudierons en nous appuyant sur les études internationales récentes et que nous illustrerons par la présentation de cas cliniques issus de notre pratique quotidienne. Ceux-ci donnent à réfléchir sur les rapports entre psychose et cannabis (voire toxiques en général), rapports que nous aborderons sous un angle psychodynamique selon deux axes particulièrement prégnants dans notre illustration clinique : psychose et L(1)oi et psychose et mort.

Cette troisième partie est également l'occasion d'ouvrir le débat sur la pertinence du terme de toxicomanie appliqué à la consommation de cannabis.

3.1. Effets psychotropes

Nous nous proposons dans ce chapitre de mettre en lien les descriptions françaises des effets cliniques du cannabis des auteurs du XIXème siècle et les descriptions actuelles, afin de mieux percevoir leurs rapports.

3.1.1. Descriptions classiques

Elles sont marquées par l'intensité littéraire des textes. BAUDELAIRE et GAUTIER mettent dans ceux-ci tout l'esthétisme de leur écriture et toute l'acuité de leur introspection, tandis que MOREAU DE TOURS propose une description plus scientifique des phénomènes ressentis.

3.1.1.1. Baudelaire et Théophile Gautier

On retrouve dans l'œuvre de ces deux auteurs des descriptions extrêmement intéressantes de leurs propres expériences de la consommation de cannabis. Ces textes [12], [46], sont empreints du romantisme de l'époque et les perceptions qu'ils rapportent sont particulièrement mises en valeur par la qualité de l'écriture.

BAUDELAIRE distingue dans les suites immédiates de l'ingestion de dawamesk, trois phases de l'ivresse cannabique :

La première se caractérise par une excitation hypomaniaque et une dissociation de la pensée : "C'est d'abord une certaine hilarité, saugrenue, irrésistible, qui s'empare de vous. (...) Bientôt, les rapports d'idées deviennent tellement vagues, le fil conducteur qui relie vos conceptions si ténu, que vos complices seuls peuvent vous comprendre."

"Après cette première phase de gaieté enfantine, il y a comme un apaisement momentané. Mais de nouveaux événements s'annoncent bientôt par une sensation de fraîcheur aux extrémités (qui peut même devenir un froid très intense chez quelques individus), et une grande faiblesse de tous les membres."

La deuxième est la phase d'hyperacuité sensorielle et d'hallucinations, que l'auteur décrit d'une façon exceptionnelle, dans une véritable poésie clinique : "C'est à cette période de l'ivresse que se manifeste une finesse nouvelle, une acuité supérieure dans tous les sens. L'odorat, la vue, l'ouïe, le toucher participent également à ce progrès. (...) C'est alors que commencent les hallucinations. (...) Les sons se revêtent de couleurs, et les couleurs contiennent de la musique. (...) Ces analogies revêtent alors une vivacité inaccoutumée ; elles pénètrent, elles envahissent, elles accablent l'esprit de leur caractère despotique. (...) Vous prêtez d'abord à l'arbre vos passions, votre désir ou votre mélancolie ; ses gémissements et ses oscillations deviennent les vôtres, et bientôt vous êtes l'arbre."

"Un pareil état ne serait pas supportable s'il durait trop longtemps et s'il ne faisait bientôt place à une autre phase de l'ivresse. Cet état nouveau est ce que les Orientaux appellent le kief. Ce n'est plus quelque chose de tourbillonnant et de tumultueux ; c'est une béatitude calme et immobile, une résignation glorieuse."

A la remarquable finesse de cette description fait suite une précision sémiologique au sujet de l'emploi du terme "hallucination" dans le cas de l'ivresse cannabique : "Une nuance très importante distingue l'hallucination pure, telle que les médecins ont souvent l'occasion de l'étudier, de l'hallucination ou plutôt de la méprise des sens dans l'état occasionné par le hachisch. Dans le premier cas, l'hallucination est soudaine, parfaite et fatale ; de plus, elle ne trouve pas de prétexte ni d'excuse dans le monde des objets extérieurs. Le malade voit une forme, entend des sons où il n'y en a pas. Dans le second cas, l'hallucination est progressive, presque volontaire, et elle ne devient parfaite, elle ne se mûrit que par l'action de l'imagination. Enfin elle a un prétexte. Le son parlera, dira des choses distinctes, mais il y avait un son. L'œil ivre de l'homme pris de hachisch verra des formes étranges ou monstrueuses, mais avant d'être étranges ou monstrueuses, ces formes étaient simples et naturelles." Cette précision indique que selon l'auteur, les distorsions perceptives dans l'ivresse cannabique relèvent plus de l'illusion que de l'hallucination.

"Mais le lendemain ! le terrible lendemain ! La hideuse nature, dépouillée de son illumination de la veille, ressemble aux mélancoliques débris d'une fête."

BAUDELAIRE décrit également les effets à long terme de la consommation cannabique : "Vos organes physiques n'en recevront aucune atteinte. Plus tard peut-être, un trop fréquent appel au sortilège diminuera-t-il la force de votre volonté, peut-être serez-vous moins homme que vous ne l'êtes aujourd'hui."

L'actualité des questions soulevées est étonnante. Nous savons combien BAUDELAIRE a exploré les paradis artificiels, cherchant à exprimer désespérément l'antagonisme de la chair et de l'esprit. On peut penser que c'est dans cette dynamique qu'il apporte dans ce texte à la fois une description hédoniste de la consommation cannabique, et une mise en garde contre les risques d'une utilisation chronique, qu'il place comme origine d'une atteinte de la liberté voire de l'humanité de chacun : "Je veux (...) définir et analyser le ravage moral causé par cette dangereuse et délicieuse gymnastique, ravage si grand, danger si profond, que ceux qui ne reviennent du combat que légèrement avariés, m'apparaissent comme des braves échappés de la caverne d'un Protée multiforme, des Orphées vainqueurs de l'Enfer. (...) On dit, et c'est presque vrai, que cette substance ne cause aucun mal physique, aucun mal grave, du moins. Mais peut-on affirmer qu'un homme incapable d'action, et propre seulement aux rêves, se porterait vraiment bien, quand même tous ses membres seraient en bon état ?"

Et il conclue : "Il me semble qu'au point de vue de la philosophie spiritualiste, la même flétrissure morale s'applique à toutes les inventions modernes qui tendent à diminuer la liberté humaine et l'indispensable douleur." ; "C'est l'infailibilité même du moyen qui en constitue l'immoralité, comme l'infailibilité supposée de la magie lui impose son stigmaté infernal. Le hachisch, comme toutes les joies solitaires, rend l'individu inutile aux hommes et la société superflue pour l'individu, le poussant à s'admirer sans cesse lui-même et le précipitant jour à jour vers le gouffre lumineux où il admire sa face de Narcisse."

Nous serons amenée dans notre réflexion au cours des chapitres suivants, à reprendre et à discuter certains de ces éléments qui nous paraissent être parmi les arguments fondateurs du débat.

Théophile GAUTIER quant à lui, en reste plus à une description de ses perceptions lors des réunions du "Club des hachichins", récit là encore particulièrement évocateur, dont nous ne citerons qu'un extrait : "Un engourdissement général m'envahit ! Il me sembla que mon corps se dissolvait et devenait transparent. Je voyais très nettement dans ma poitrine le haschich que j'avais mangé, sous la forme d'une émeraude d'où s'échappaient des millions de petites étincelles... Autour de moi, c'étaient des ruissellements et des écroulements de pierreries de toutes couleurs... Je voyais encore mes camarades à certains instants, mais défigurés, moitié hommes, moitié plantes, avec des airs pensifs d'ibis, debout sur une patte d'autruche, battant des ailes, si étranges que je me tordais de rire dans mon coin... L'un de ces messieurs m'adressa en italien un discours que le haschich, dans sa toute-puissance, me transposa en espagnol." (...) "Dans un air confusément lumineux voltigeaient, avec un fourmillement perpétuel, des milliards de papillons dont les ailes bruissaient comme des éventails... Mon ouïe s'était prodigieusement développée : j'entendais le bruit des couleurs. Des sons verts, rouges, bleus, jaunes, m'arrivaient par ondes parfaitement distinctes. Un verre renversé, un craquement de fauteuil... retentissaient en moi comme des roulements de tonnerre ; ma propre voix me semblait si forte que je n'osais parler, de peur de renverser les murailles ou de me faire éclater comme une bombe... J'étais si absent de moi-même, si débarrassé du moi, cet odieux témoin qui vous accompagne partout..." 19.

3.1.1.2. Moreau de Tours

L'approche de MOREAU DE TOURS est décrite comme étant à visée d'expérimentation scientifique. Sa formation médicale lui permet de comparer son propre ressenti aux éléments sémiologiques collectés par les aliénistes de l'époque, à la lumière des théories alors en vigueur sur les origines de la folie. L'ensemble de son travail a été publié sous le titre "Du haschich et de l'aliénation mentale" [90].

Outre une élation de l'humeur, il rapporte des phénomènes hallucinatoires, une hyperesthésie et une fuite des idées, qu'il décrit sous le terme de "fantasia", qui comporte également des manifestations physiques à type de frémissements musculaires, d'acouphènes et de bouffées vasomotrices. Il fit par ailleurs l'hypothèse que des facteurs intrinsèques (notamment l'état psychoaffectif du sujet) et environnementaux avaient une influence sur la nature de la réaction à l'intoxication cannabique.

"En général, il ne faut guère moins de la grosseur d'une noix de dawamesk, c'est à dire environ trente grammes, pour obtenir quelques résultats. Avec la moitié ou seulement le quart de cette dose, on éprouvera une gaieté plus ou moins vive, ou même un peu de fou rire ; mais ce n'est qu'avec une dose beaucoup plus élevée qu'on obtiendra les effets que l'on désigne généralement dans le Levant sous la dénomination italienne de fantasia."

MOREAU DE TOURS décrit ces manifestations dans un déroulement en quatre phases successives :

- sensation de bien-être physique et psychique, de bonheur intime à faire partager (consommation groupale),
- hyperesthésie, illusions, hallucinations, labilité émotionnelle intense,
- retour à une jouissance tranquille, à un apragmatisme impuissant et bienheureux, phase connue sous le terme arabe de kif, le sujet "plane",
- endormissement.

Au sein de ces quatre phases principales, il distingue une progression en huit temps, qu'il dénomme "phénomènes" et dont le rappel est intéressant sur le plan sémiologique :

- sentiment de bonheur : "C'est réellement du bonheur que donne le haschich, et par là j'entends des jouissances toutes morales et nullement sensuelles, comme on serait peut-être tenté de le croire."

- dissociation de la pensée : "Ces idées (...) qui viennent on ne sait d'où, deviennent de plus en plus nombreuses, plus vives, plus saisissantes." "L'action du haschich venant à affaiblir la volonté, la puissance intellectuelle qui domine les idées, les associe, les relie entre elles (...)." "Il en résulte une succession non interrompue d'idées fausses et d'idées vraies, de rêves et de réalité, qui constitue une sorte d'état mixte de folie et de raison (...)."

- distorsion temporelle : "Le temps semble d'abord se traîner avec une lenteur qui désespère (...) toute idée précise de durée nous échappe, le passé et le présent se confondent."

- hyperacuité auditive : "Le sens de l'ouïe, comme tous les autres sens, est rendu extraordinairement impressionnable par l'action du haschich.", "La musique la plus grossière (...) vous exalte jusqu'au délire ou vous plonge dans une douce mélancolie."

- convictions délirantes : "Ce genre de lésion intellectuelle si fréquent dans l'aliénation mentale, et qui constitue à lui seul la classe d'aliénés la plus nombreuse, celle des monomaniaques, se rencontre également dans le haschich, mais alors seulement que le délire est porté à un degré très élevé, et auquel on se livre, rarement, de propos délibéré." "Bientôt une illusion (...) fit surgir une autre pensée fixe, qui paraissait être une conséquence de la première (...) : j'étais mort, on était sur le point de m'enterrer."

- exaltation des affects : "L'action surexcitante du haschich porte également sur des affections dont les causes sont passées, depuis plus ou moins de temps, à l'état de simples réminiscences (...). Cela est vrai surtout des sentiments amoureux, probablement à cause de cette tendance (...) vers le bonheur que détermine le haschich (...)."

- impulsions irrésistibles : "Les impulsions, ces sortes de mouvements instinctifs qui se font en nous, presque à l'insu de la conscience, acquièrent, par l'influence du haschich, une puissance d'entraînement extraordinaire, et même tout à fait irrésistible si l'action toxique est très intense."

- illusions et hallucinations : illusions visuelles, "(...) j'avais beaucoup considéré une fort belle gravure (...) d'un combat de cavalerie (...). Je m'écriais : 'je n'aime pas les chevaux qui ruent, même en peinture' ; il m'a semblé que celui-ci (...) m'avait lancé un coup de pied.", hallucinations auditives et visuelles, métamorphoses.

MOREAU rapporte également l'existence de troubles neurovégétatifs notables, mais d'apparition plus tardive que les effets psychotropes, notamment à type de bouffées vasomotrices, de tachycardie, de spasmes musculaires.

Finalement la description clinique initiale de MOREAU DE TOURS reste une référence, plus de 150 ans après sa publication.

Cependant, les auteurs actuels tempèrent l'intensité des symptômes décrits au XIX^{ème} siècle, par MOREAU DE TOURS comme par BAUDELAIRE ou GAUTIER. Cette modulation se fonde sur les variations de qualité du produit (le cannabis actuellement sur le marché aurait en effet une teneur moins élevée en 9THC que celui utilisé au siècle dernier), mais aussi sur des éléments individuels tels que structure psychique, personnalité, niveau culturel et intellectuel, possibilité de contrôle de l'expérience, ou encore sur le mode d'administration (effets plus rapides et de durée brève en cas d'inhalation, effets plus faibles mais plus durables en cas d'ingestion) et l'environnement.

3.1.2. Descriptions actuelles

Il faut remarquer que les descriptions actuelles des effets psychotropes du cannabis sont parfois contradictoires, reflétant le caractère complexe et polémique du débat de société qui est en cours à ce sujet.

Nous nous proposons de rappeler maintenant les éléments cliniques actuellement admis comme relevant des effets aigus et chroniques du cannabis, les éléments de classification standardisée qui s'y rapportent, avant d'introduire les notions de dépendance et de tolérance rapportées au cannabis.

3.1.2.1. Effets aigus : l'ivresse cannabique

L'ivresse cannabique, recherchée par les consommateurs, apparaît en dix à vingt minutes et dure environ trois à quatre heures. Elle associe des manifestations psychologiques et des symptômes physiques.

Les manifestations psychologiques sont très variables d'un individu à l'autre, voire même d'une consommation à l'autre chez le même individu, notamment pour les raisons précédemment évoquées. On retrouve : euphorie, bien-être, désinhibition, rire facile, logorrhée, sensation de stimulation intellectuelle. La perception temporelle est altérée (sentiment d'intemporalité, allongement du temps présent) tandis que toutes les perceptions sensorielles, et plus particulièrement auditives, sont intensifiées.

Le terme "hallucination" recouvre en fait en ce qui concerne les effets du cannabis différentes entités cliniques. L'ivresse cannabique peut en effet être émaillée de visions hypnagogiques transitoires, pouvant aller jusqu'à l'onirisme. En dehors de la distorsion temporelle, les illusions sont plus rares en cas d'inhalation du cannabis que lorsque ce dernier était ingéré sous forme de dawamesk. Les hallucinations sont elles aussi plus rares en ce qui concerne le cannabis fumé, et sont essentiellement acoustico-verbales.

Globalement, l'appréhension du monde est modifiée. Le sujet n'existe plus que dans l'expérience immédiate. Le mécanisme des associations se libère, dans une perte progressive des références habituelles. Le sujet perd le fil de sa pensée, d'une manière comparable aux troubles du cours de la pensée psychotique (barrages, fadings).

Il est bien entendu que la séparation des différentes phases de l'ivresse cannabique en fonction des effets ressentis, et notamment des effets psychotropes, est artificielle. Dans la pratique, les différentes phases s'entremêlent bien souvent, et certaines manifestations prédominent en fonction de multiples facteurs individuels et d'environnement.

Nous voyons ici combien cette description telle qu'elle est admise à l'heure actuelle diffère en intensité de celle proposée au XIX^{ème} siècle, ce qui nous invite à prendre en compte les effets potentiels en fonction de la teneur en principe actif.

Dans le but de disposer d'éléments de référence communs, il nous a semblé important de rappeler ici les critères diagnostiques proposés par la quatrième édition du Manuel Diagnostique et Statistique de l'Association Psychiatrique Américaine (D.S.M. IV) [8], pour les troubles mentaux organiques induits par le cannabis.

Les classifications cliniques standardisées ont pour but de permettre aux différents praticiens, quel que soit leur pays d'origine, d'avoir une base de réflexion commune fondée sur des éléments cliniques partageables.

Troubles mentaux organiques induits par le cannabis selon le D.S.M. IV [8]

Intoxication au cannabis :

- utilisation récente de cannabis

- modifications comportementales ou psychologiques inadaptées, cliniquement significatives (ex : altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, méfiance ou idéation persécutoire, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développées pendant ou peu après l'utilisation de cannabis,
- au moins deux symptômes physiques suivants apparus dans les deux heures qui suivent la prise de cannabis :
 - conjonctives injectées,
 - stimulation de l'appétit,
 - sécheresse buccale,
 - tachycardie,
- les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

Diagnostic différentiel avec les intoxications induites par d'autres substances psychoactives (alcool, hallucinogènes).

N.B. : Lorsque le diagnostic différentiel doit être établi sans que l'anamnèse permette de trancher ou sans que l'on dispose des résultats d'une analyse toxicologique des liquides biologiques, le trouble doit être qualifié de "provisoire".

Trouble délirant lié au cannabis :

- syndrome délirant organique survenu peu de temps après la prise de cannabis,
- non dû à un trouble physique ni à un autre trouble mental.

Diagnostic différentiel avec les troubles délirants anorganiques.

N.B. : Lorsque le diagnostic différentiel doit être établi sans que l'anamnèse permette de trancher ou sans que l'on dispose des résultats d'une analyse toxicologique des liquides biologiques, le trouble doit être qualifié de "provisoire".

Pendant la phase d'intoxication aiguë, les études ont montré une altération de la mémoire à court terme et de l'attention, une baisse des capacités de coordination motrice, un allongement du temps de réaction.

Les effets de somnolence produits par le cannabis sont la résultante de l'action combinée des différents cannabinoïdes, ce qui explique qu'ils ne soient pas identiques selon la source du cannabis et qu'ils soient liés à la concentration du produit. Plusieurs études ont démontré que, pendant la période d'imprégnation par du 9THC à hautes doses, les facultés d'apprentissage étaient légèrement altérées, surtout à cause d'un défaut d'attention. On ne note pas d'altération dans l'utilisation du vocabulaire. Il existe plutôt une altération de la mémoire à court terme, apparemment sans répercussion sur la capacité mnésique à long terme. Ces altérations doivent être prises en compte chez les adolescents scolarisés.

3.1.2.2. Effets chroniques : le syndrome amotivationnel

Le syndrome amotivationnel a été décrit par MCGLOTHIN et WEST en 1968 [86] et associé à l'apragmatisme, l'apathie, la perte de la capacité de projection dans l'avenir (perte de l'élan vital, à rapprocher de l'athymhormie schizophrénique), le désintérêt, l'émoussement des affects, le manque

d'ambition, diminution de l'efficacité intellectuelle, intolérance aux frustrations. Le champ relationnel et les capacités de communication se réduisent.

Les difficultés se manifestent souvent initialement dans le domaine scolaire ou professionnel. Le risque à long terme est celui d'une désinsertion sociale progressive du consommateur chronique de cannabis. La drogue envahit alors tout le champ de la vie psychique du sujet, et c'est dans ce cas que se trouvent les 5 à 10% de consommateurs de cannabis que l'on peut qualifier de toxicomanes.

On le rencontre essentiellement dans les cas de consommation de grandes quantités de cannabis, durant un temps prolongé. Il s'améliore à l'arrêt de l'intoxication.

L'existence de cette entité clinique reste contestée. S'agit-il des conséquences physiques de l'intoxication ? Le cannabis serait-il seulement le révélateur d'un état préexistant ?

Aux symptômes cardinaux décrits plus haut s'associent des troubles mnésiques et de concentration [56, 127]. La consommation chronique de cannabis entraîne effectivement un déficit de la mémoire à court terme, qui persiste après arrêt de l'intoxication. Il atteint également la mémoire de travail et les capacités attentionnelles [42]. Jusqu'à présent, peu d'études valables sur le plan méthodologique ont examiné les effets cognitifs du cannabis. Les difficultés méthodologiques et éthiques sont nombreuses : il apparaît difficile d'administrer à des volontaires sains une substance illicite, quant aux consommateurs chroniques, ils amènent avec eux un grand nombre de variables confondantes, notamment l'existence d'une consommation associée d'autres drogues (alcool en particulier) et d'antécédents neurologiques ou psychopathologiques. Par ailleurs, la forte lipophilie du cannabis rend inopérante toute tentative de corrélation entre taux plasmatique et taux cérébral [35].

Le déficit mnésique apparaît dose-dépendant, comme celui dû à l'alcool. L'importance de son évaluation est majeure, tant sur le plan théorique que pratique, notamment si l'on tient compte de l'importance de la consommation de cannabis chez les sujets jeunes [33].

D'autres études [76] complètent la description des troubles cognitifs en démontrant l'existence chez les fumeurs chroniques de cannabis, de difficultés à établir un compromis, à élaborer un jugement, et un affaiblissement des capacités de verbalisation et de communication.

L'étude de TENNANT et coll., [130], a porté en 1972 sur 36000 soldats, suivis sur trois ans. Elle fait état de 720 fumeurs de cannabis, dont 110 consommaient 50g de haschich par mois. C'est pour des doses de 50 à 600g de haschich par mois qu'apparaissent des troubles chroniques rassemblés sous le terme de syndrome amotivationnel et décrits comme apathie, léthargie, troubles du jugement, de la mémoire et de la concentration. L'auteur souligne le caractère réversible du tableau clinique à l'arrêt de l'intoxication. Cette étude a été, depuis sa publication critiquée par d'autres auteurs [98], qui affirment que ces observations, même si elles sont intéressantes, ne découlent pas d'une méthodologie rigoureuse, et ne peuvent être considérées que comme des éléments spéculatifs.

Certaines études par contre, et notamment celle de PAES [105], qui examine 3620 cas en 21 ans, ne décrivent pas de syndrome amotivationnel. NEGRETE [95] ne reconnaît pas non plus l'existence du syndrome amotivationnel en tant qu'entité clinique, avançant qu'il serait plutôt l'expression d'une "attitude philosophique", d'un déficit psychologique voire d'une simple asthénie physique. D'autres auteurs s'engagent dans cette voie [99].

On retiendra également l'apport de THOMAS [132], dans son article décrivant les modifications comportementales de 110 soldats américains consommant d'importantes quantités de cannabis (50 à 600 mg de haschich par mois pendant 3 à 12 mois). Il retient essentiellement des altérations cognitives : troubles de la mémoire, de la vigilance, de la concentration et du calcul mental ; des épisodes confusionnels parfois persistants ; un syndrome amotivationnel.

Le syndrome amotivationnel apparaît comme un diagnostic différentiel possible des évolutions schizo-phréniques déficitaires. L'inertie de la pensée est commune aux deux tableaux. Néanmoins, dans le cas du syndrome amotivationnel et contrairement aux schizo-phrénies

déficitaires, il n'y a pas de troubles de la pensée, qui demeure cohérente, ni de discordance, ni d'éléments de nature autistique. Le consommateur de cannabis a pleinement conscience de l'état de passivité et du refus d'investissement qu'il présente. Par ailleurs, les modalités évolutives sont différentes puisque l'évolution schizophrénique déficitaire est en général une évolution terminale et non réversible, alors que nous avons vu plus haut que le syndrome amotivationnel pouvait s'amender à l'arrêt de l'intoxication.

3.1.2.3. Effets résiduels

Une intéressante étude américaine coordonnée par POPE [112], s'attache à rechercher l'existence d'effets résiduels du cannabis. Ces effets résiduels doivent être distingués des effets connus de l'intoxication aiguë, des traits de personnalité des consommateurs de grande quantité de cannabis, ainsi que des pathologies psychiatriques préexistantes qui peuvent être révélées ou aggravées par l'usage de cannabis.

Il apparaît que ces effets résiduels peuvent être différenciés en deux groupes : ceux qui sont dus à la persistance dans le système nerveux central du (9THC dans les heures et les jours suivants l'intoxication aiguë ("effets de résidu"), et ceux qui sont dus à un effet psychotrope rémanent du (9THC, même après élimination totale du principe actif ("altérations centrales").

Les auteurs proposent une revue de la littérature visant à démontrer l'existence, pour le cannabis, de ces deux types d'effets résiduels. Les études disponibles sont soit des études avec administration contrôlée de cannabis à des volontaires sains, soit des études naturalistes de cohortes de forts consommateurs chroniques de cannabis.

Les deux types d'études sont entachés de limites méthodologiques. Le premier, pour des raisons éthiques et techniques, ne peut être de durée longue, et évaluent plutôt l'existence des "effets de résidu". Le deuxième, qui pourrait évaluer les "altérations centrales", présente l'inconvénient de ne pas pouvoir contrôler la période d'abstinence avant les tests.

Les conclusions s'orientent vers l'existence d'un bref "effet de résidu" (12 à 24 heures) après la prise de cannabis. Celui-ci entraîne des altérations cognitives au niveau attentionnel, de la mémoire visuelle et verbale et des capacités visuomotrices. L'évaluation de ces altérations cognitives devrait pouvoir bénéficier d'un approfondissement (étude des composants cognitifs, par exemple organisation, encodage, stockage et décodage de l'information).

En ce qui concerne les "altérations centrales", aucune étude ne conclue de manière significative à leur existence : "il n'y a pour l'instant aucune preuve de l'existence d'anomalies cérébrales irréversibles causées par l'usage de cannabis" [23]. Le débat n'est pas clos en conclusion de cette revue, qui propose la mise en œuvre de nouvelles études, de méthodologie plus précise.

Ces effets psychotropes sont ceux que l'on peut attendre de manière "classique" lors de la consommation de cannabis. Avant de passer aux applications pathogènes, envisageons maintenant ce qu'il en est de la notion de toxicomanie au cannabis.

3.2 La toxicomanie au cannabis

L'amateur de cannabis est-il nécessairement toxicomane ? Le "cannabinophile" est-il forcément "cannabinomane" ? Il paraît important, pour répondre à cette question, de définir les termes employés : drogues, différents types d'usage, différents niveaux de consommation.

On désigne sous le terme générique de "drogues" l'ensemble des substances psychoactives, sans préjuger de leur caractère licite ou non. Les médicaments psychotropes, détournés ou non de leur usage, comme les stupéfiants, peuvent être qualifiés de "drogues".

La communauté scientifique s'appuie sur les classifications diagnostiques standardisées (C.I.M.10 et D.S.M.IV) pour distinguer plusieurs types de comportements vis-à-vis de la prise de drogue. Usage (use), usage nocif ou abus (abuse) et dépendance (dependence) sont les critères actuellement retenus dans la plupart des études [66].

3.2.1 - Usage et abus

L'usage est une consommation qui n'entraîne pas de dommages. L'intensité de l'usage peut être variable. On distingue l'usage expérimental, occasionnel, régulier et nocif.

L'usage expérimental est un essai ponctuel, l'individu cherchant à explorer lui-même les effets de la substance, à titre de curiosité. C'est une consommation en général unique et sans lendemain.

L'usage occasionnel est le recours au produit dans des circonstances particulières, usage convivial par exemple dans le cas du cannabis. L'individu recherche une sensation de plaisir, un état de bien-être, d'apaisement ou de désinhibition. Cette recherche de plaisir à travers l'ivresse cannabique est mise en avant par tous les usagers de cannabis qui débutent leur intoxication.

L'usage régulier est au moins quotidien. Il implique l'existence d'une dépendance psychique. En l'absence de dépendance physique, il n'y a pas de syndrome de sevrage. L'usage quotidien perd en général son caractère convivial. Le cannabis est alors souvent utilisé pour lutter contre une tristesse importante, ou contre des manifestations anxieuses. Il s'agit d'une tentative d'automédication.

L'usage nocif entraîne ou peut entraîner des dommages, tant sur le plan physique que psychique, social ou judiciaire. Ceux-ci peuvent être directs, liés à la substance elle-même ou à son utilisateur, ou indirects, liés à des circonstances particulières (conduite automobile par exemple). Les dommages peuvent s'appliquer à l'utilisateur lui-même ou à un tiers. La notion d'usage nocif sous-tend une utilisation répétée, sur une durée longue.

Ces différents groupes ne sont pas exclusifs les uns des autres. La notion d'usage nocif, constitue par exemple un critère transversal, pouvant être retrouvé dans les trois précédents types de consommation, même s'il est plus volontiers relié à un usage régulier.

La Classification Internationale des Maladies, 10ème version (C.I.M.10) [104], propose la définition suivante de l'usage nocif :

Utilisation nocive pour la santé (C.I.M.10)
<p>Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé. Les complications peuvent être physiques ou psychiques.</p> <p>Le diagnostic repose sur des preuves manifestes que l'utilisation d'une ou plusieurs substances a entraîné des troubles psychologiques ou physiques. Ce mode de consommation donne souvent lieu à des critiques et a souvent des conséquences sociales négatives. La désapprobation par autrui, ou par l'environnement culturel, et les conséquences sociales négatives ne suffisent toutefois pas pour faire le diagnostic.</p> <p>On ne fait pas ce diagnostic quand le sujet présente un syndrome de dépendance, un trouble spécifique lié à l'utilisation d'alcool ou d'autres substances psychoactives.</p> <p>L'abus de substances psychoactives est caractérisé par une consommation qui donne lieu à des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux mais cette définition ne fait pas référence au caractère licite ou illicite des produits.</p>

Le Manuel Diagnostique et Statistique des maladies mentales, 4ème édition, (D.S.M.IV) [9], retient quant à lui le terme d'abus de substance psychoactive, dont il propose une définition rappelée ci-après.

Abus de substance psychoactive (D.S.M. IV)
<p>A - Mode d'utilisation inadéquat d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou à une souffrance cliniquement significative, caractérisée par la présence d'au moins une des manifestations suivantes au cours d'une période de 12 mois :</p> <p>1 - Utilisation répétée d'une substance conduisant à l'incapacité de remplir des obligations majeures, au</p>

travail, à l'école ou à la maison (par exemple absences répétées ou mauvaises performances au travail du fait de l'utilisation de la substance, absences, exclusions temporaires ou définitives de l'école, négligence des enfants ou des tâches ménagères).

2 - Utilisation répétée d'une substance dans des situations où cela peut être physiquement dangereux (par exemple lors de la conduite d'une voiture ou en faisant fonctionner une machine alors qu'on est sous l'influence d'une substance).

3 - Problèmes judiciaires répétés liés à l'utilisation d'une substance (par exemple, arrestations pour comportement anormal en rapport avec l'utilisation de la substance).

4 - Utilisation de la substance malgré les problèmes interpersonnels ou sociaux, persistants ou récurrents, causés ou exacerbés par les effets de la substance (par exemple, disputes avec le conjoint à propos des conséquences de l'intoxication, bagarres).

B - Les symptômes n'ont jamais atteint, pour cette classe de substance, les critères de la dépendance à une substance.

La frontière entre usage nocif et dépendance, si elle peut être distinguée dans la pratique clinique, devient beaucoup plus difficile à marquer lorsqu'il s'agit d'enquêtes épidémiologiques et statistiques. Ces deux concepts sont ainsi souvent appréhendés de manière globale sous le terme vague d' "usage à problème" [100]. Il est pourtant fondamental d'évaluer pour chaque drogue le pourcentage d'individus dépendants, ainsi que la notion d'une éventuelle tolérance.

3.2.2 - Notions de dépendance et de tolérance

Ces deux notions sont au centre de tous les débats autour de la toxicomanie.

Lorsque le cannabis est partout qualifié de drogue douce et que les partisans de son libre usage s'appuient sur l'absence de dépendance physique pour souligner son innocuité, il est particulièrement important, et notamment du point de vue du psychiatre, d'avoir une idée précise des données actuellement admises, et recueillant un consensus suffisamment large en ce qui concerne la dépendance et la tolérance potentielles.

3.2.2.1 - Dépendance

L'Organisation Mondiale de la Santé (O.M.S.) définit comme suit la notion de dépendance vis-à-vis des drogues toxicomanogènes, en différenciant dépendance psychique et dépendance physique.

· Dépendance psychique : condition dans laquelle la drogue produit "un sentiment de satisfaction et une impulsion psychique qui exigent une administration périodique ou continue de la drogue pour produire un plaisir ou bien pour éviter un état dépressif".

· Dépendance physique : "état d'adaptation qui se manifeste par des troubles physiques intenses quand l'administration de la drogue est suspendue. Ces troubles, c'est à dire les syndromes de retrait et d'abstinence se traduisent par des symptômes de nature psychique ou physique qui sont propres à chaque type de drogue".

Cette définition, largement adoptée, instaure une distinction radicale entre dépendance physique et dépendance psychique, distinction qui ne correspond plus aux données nouvelles des recherches en la matière.

La réaction individuelle à la prise d'une drogue dépend de facteurs multiples.

L'âge tout d'abord doit être pris en considération, car il influe sur l'activité dopaminergique cérébrale : maximale chez les sujets jeunes, elle entraîne une sensibilité accrue aux effets des drogues.

Au niveau cérébral, la distribution et le nombre de récepteurs, l'activité enzymatique de synthèse et de dégradation des neurotransmetteurs, entre en jeu.

Au niveau hépatique, l'activité des systèmes d'oxydation et de conjugaison joue aussi un rôle primordial.

Il est important de remarquer que ces caractéristiques individuelles sont éminemment liés à des facteurs génétiques. Une étude récente (1998) publiée dans l'American Journal of Psychiatry [66] se penche sur les caractéristiques de la consommation de cannabis (usage, abus ou dépendance) d'une population de 1934 jumelles. Il apparaît que les facteurs de risque génétique ont un impact modéré sur la probabilité de consommer de manière incidente du cannabis, alors que leur rôle est majeur dans les cas d'usage intensif, d'abus et a priori de dépendance.

Le D.S.M. IV [9] propose également une définition de la notion de dépendance, fondée sur la coexistence de trois critères parmi dix. Il est important de noter que cette classification s'attache à affirmer une dépendance, sans différencier dépendance physique et dépendance psychique, laissant de côté la dichotomie prônée par l'O.M.S..

Dépendance (D.S.M. IV) [9]

Affirmer une dépendance nécessite au moins trois des critères diagnostiques suivants :

- substance toxique souvent prise en quantité supérieure ou sur un laps de temps plus long que ce que la personne avait envisagé,
- désir persistant de la substance toxique après un ou plusieurs efforts infructueux pour réduire ou contrôler son utilisation,
- temps considérable passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance toxique (ex : la voler), la consommer (ex : fumer sans discontinuer), ou récupérer de ses effets,
- symptômes d'intoxication ou de sevrage fréquents quand le sujet est censé accomplir les obligations majeures de son rôle au travail, à l'école, à la maison (ex : ne va pas au travail car il a la "gueule de bois", va à l'école ou au travail "défoncé", est intoxiqué lorsqu'il s'occupe de ses enfants, est intoxiqué lorsque l'utilisation de la substance est physiquement risquée, comme conduire par exemple),
- des activités sociales, professionnelles ou de loisir importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation du toxique,
- poursuite de la consommation de la substance toxique malgré la connaissance de l'exacerbation des problèmes sociaux, psychologiques ou physiques persistants ou récurrents déterminés par l'utilisation de cette substance (ex : continuer à utiliser l'héroïne malgré des disputes familiales à ce sujet, dépression induite par la cocaïne, ou aggravation d'un ulcère par l'alcool),
- tolérance marquée : besoin de quantités nettement majorées de la substance toxique (c'est à dire au moins 50% d'augmentation) pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré, ou effet nettement diminué en cas d'usage continu de la même dose,

N.B. : les points suivants peuvent ne pas s'appliquer au cannabis, aux hallucinogènes ou à la

phencyclidine.

- symptômes caractéristiques de sevrage (voir les syndromes de sevrage spécifiques dans les troubles mentaux organiques induits par les substances psychoactives),
- la substance toxique est souvent prise dans le but de diminuer ou d'éviter les symptômes de sevrage,
- certains symptômes du trouble ont persisté au moins un mois, ou sont survenus de façon répétée sur une période prolongée.

La majorité des auteurs affirme qu'il n'existe pas de dépendance physique liée à la consommation de cannabis [31] : un arrêt, même brutal, de celle-ci, chez des utilisateurs réguliers, n'entraîne pas de syndrome de sevrage.

G. Nahas [94] reste en marge de cette opinion, en décrivant un syndrome de sevrage non spécifique, associant asthénie, irritabilité, troubles du sommeil, crampes digestives, diarrhées et spasmes musculaires.

Il reste néanmoins que la pharmacocinétique du produit est telle qu'un utilisateur régulier accumule dans ses tissus gras une quantité importante de cannabinoïdes dont l'élimination est lente. En cas d'arrêt brutal de la consommation, les taux plasmatiques de cannabinoïdes diminueront très progressivement, en général sur plusieurs mois.

L'existence d'une dépendance psychique est à l'inverse quasi-unaniment reconnue. Les symptômes décrits [105] sont en fait très proches de ceux décrits par Nahas : insomnie, d'endormissement, instabilité, sentiment d'incomplétude, difficultés de concentration, fatigabilité. Ils restent pourtant uniquement dans le registre psychique et cèdent habituellement sous traitement anxiolytique.

La dépendance au cannabis, plus que par une augmentation de chacune des doses, se traduit par une augmentation de la fréquence d'utilisation, jusqu'à un usage quotidien voire pluriquotidien de la substance. Son expression est plus ou moins marquée selon les individus. Une publication américaine de 1988 [58] étudie le syndrome de dépendance dans le cas de différentes drogues (cannabis, psychostimulants, barbituriques, tranquillisants, cocaïne, opiacés, hallucinogènes). L'auteur rappelle la définition du noyau symptomatique unidimensionnel du syndrome de dépendance, comportant une dimension d'incapacité distincte des conséquences sanitaires, sociales et autres directement liées à l'abus de drogue. L'étude porte sur les liens entre les symptômes de dépendance et les complications directement causées par l'abus de drogue. Les résultats montrent pour toutes les drogues, y compris le cannabis, une forte association des symptômes de dépendance entre eux, et avec les problèmes sanitaires et sociaux directement liés à l'usage de drogue. Cette étude confirme donc le concept de noyau symptomatique unidimensionnel de la dépendance, sans pour autant lui reconnaître un caractère distinct des problèmes associés.

La proportion de "toxicomanies au cannabis" ne dépasserait pas 5 à 10% [59].

Par ailleurs, l'intensité de la dépendance psychique au cannabis resterait bien en deçà de la dépendance provoquée par l'alcool, le tabac ou certains médicaments psychotropes (benzodiazépines et psychostimulants notamment) [59]. En ce qui concerne les études fondamentales sur l'animal, celles-ci n'ont pas mis en évidence de phénomène d'auto-administration de D 9THC (épreuve pharmacologique étudiant le phénomène de dépendance) [59].

3.2.2.2 - Tolérance

La tolérance est un mécanisme complexe, résultant d'altérations biochimiques cérébrales et hépatiques produites par la drogue, et nécessitant de la part de l'utilisateur une augmentation de la quantité de drogue absorbée afin de maintenir l'effet psychotrope à son niveau initial.

Schématiquement, on peut distinguer la tolérance métabolique et la tolérance fonctionnelle et tissulaire. La première résulte d'une élimination accélérée de la drogue, par le développement des actions enzymatiques hépatiques. La seconde a pour origine une modification des récepteurs synaptiques cérébraux, dont le nombre augmente.

La question de la tolérance induite par une prise chronique de cannabis reste actuellement encore controversée [31].

Certains éléments peuvent constituer un apport à la réflexion autour de cette question.

Remarquons tout d'abord que les consommateurs intermittents de cannabis ont peu tendance à augmenter les doses. Cette remarque est à modérer en sachant qu'un fumeur expérimenté inhale plus de substance psychoactive qu'un utilisateur novice, comme nous l'avons déjà souligné. L'étude du métabolisme du cannabis a par ailleurs montré que les mécanismes de dégradation enzymatique augmentent en rapport avec cet accroissement de la consommation.

D'autre part, les effets psychotropes du cannabis apparaissent contrôlables par les utilisateurs réguliers.

Il n'y aurait donc pas à première vue de phénomène de tolérance lors de la prise chronique de cannabis même si celle-ci entraîne des modifications telles dans l'expérimentation de la consommation qu'elle peut provoquer à elle seule une augmentation de la quantité de principe actif absorbé.

3.2.3 - Toxicomanie et conduites addictives

Les particularités de la consommation de cannabis, en lien avec la spécificité de la substance, nous incitent à réfléchir aux réalités que recouvre le terme d' "usager". L'usage de cannabis peut être différencié en plusieurs types, comme nous l'avons vu plus haut.

Dans l'usage toxicomaniaque, la dépendance psychique est bien présente, nécessitant un usage quotidien voire pluriquotidien. L'individu n'hésite pas à outrepasser les règles sociales pour obtenir le but recherché. Le cannabis permet alors de fuir une réalité vécue comme difficile. La consommation de cannabis n'est plus une fin mais un moyen permettant de contourner la réalité de la vie psychique. Le pourcentage de sujets concernés est très faible. C'est dans ce groupe que sont observées les complications. Ces consommateurs-là sont le plus souvent des garçons, ils ont un niveau d'éducation moindre que celui des consommateurs occasionnels et sont plus enclins à cumuler d'autres risques (alcool et tabac, en particulier), mais aussi consommation associée d'autres psychotropes (hallucinogènes, amphétamines, sédatifs ou autres).

La plupart des consommateurs sont occasionnels et ne font pas du produit un usage toxicomaniaque destiné à les faire mieux dormir, à les calmer ou à les aider à affronter l'existence. Sur ce plan, le cannabis et l'alcool se ressemblent. Il existe deux populations bien distinctes : il y a ceux qui boivent de temps en temps, entre amis et dans des limites raisonnables, les buveurs excessifs et les abuseurs. Mais avec l'alcool, le risque de dépendance est majeur, alors qu'il est exceptionnel avec le cannabis [118].

Cette tentative de gradation dans les différents usages possibles du cannabis ne préjuge bien sûr pas de la personnalité de l'utilisateur.

Bergeret, dans son ouvrage "Toxicomanie et personnalité" [16] souligne d'emblée la difficulté qui réside dans ce que les différents intervenants, médicaux, psychologiques, sociaux, éducatifs ou judiciaires, placent dans le terme "toxicomane" : "L'objet d'étude propre au psychologue, l'objet d'étude propre au pharmacologue et l'objet d'étude propre au sociologue et

que tous appellent 'toxicomane', ne peut correspondre aux mêmes définitions.". La réflexion qui suit et qui s'appuie sur différentes approches psychopathologiques de la personnalité du toxicomane, se limite au contexte culturel occidental et ne s'étend pas aux variantes ethnopsychiatriques.

Dans la loi n°70-1320 du 31/12/1970 "relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic de l'usage illicite de substances vénéneuses", l'usager est désigné sous les termes de "personne ayant fait un usage illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants" et de "toxicomane". L'usager de cannabis, comme l'usager d'héroïne ou de cocaïne, est un toxicomane au sens légal du terme.

La définition psychiatrique classique telle que la propose Henri Ey [41] relie la toxicomanie à la perversion : "La conduite toxicomaniaque constitue une perversion qui satisfait complètement son besoin (recherche du plaisir, évitement de la souffrance) par l'absorption habituelle et impérieusement exigée d'un ou plusieurs produits, appelés 'toxiques'. Elle se rapproche des perversions sexuelles dans la mesure où elle en possède le caractère fondamental : la régression à un 'plaisir partiel' ; ce serait un abus de langage que de parler de toxicomanie en dehors de tels critères.". Nous sommes ici bien loin de l'équivalence toxicomanie « usage illicite de stupéfiants.

Il est intéressant de remarquer que cette définition implique l'existence d'une exigence impérieuse de consommation, non seulement à la recherche du plaisir déjà éprouvé, mais également pour limiter la souffrance physique liée au manque. En l'absence de dépendance physique au cannabis, peut-on parler d'une "exigence impérieuse" pour l'usager ? Il semblerait ainsi que le terme de toxicomane, dans son acception psychiatrique, ne convienne pas à l'immense majorité des usagers de cannabis.

D'un point de vue psychopathologique, il est impossible de réduire la toxicomanie à une structure mentale unique [41]. Il existe des toxicomanies passagères et d'autres permanentes, des différences majeures en fonction de l'âge du sujet, et notamment entre l'adolescent et l'adulte. Une structure névrotique, psychotique, perverse ou psychopathique peut prédominer, la toxicomanie ne s'inscrivant alors que comme un mode, parmi d'autres, d'expression symptomatique.

Sans préjuger de l'existence d'une personnalité univoque chez le toxicomane, Bergeret [14] distingue deux éventualités : la personnalité toxicomaniaque à structure psychotique et la personnalité toxicomaniaque à structure névrotique.

La personnalité à structure psychotique selon Bergeret est caractérisée par son organisation autour de la violence. Un tiers environ de la population générale serait structurée sur ce mode, ce qui n'implique pas d'ailleurs une évolution constante vers une pathologie psychotique. L'auteur propose de considérer deux groupes d'individus, ceux qui évitent les poussées délirantes par l'intermédiaire de la drogue et ceux qui justifient leur délire en l'imputant à la drogue.

La personnalité toxicomaniaque à structure névrotique est retrouvée chez des individus plus âgés, présentant des carences imaginaires, des difficultés à accéder à un fonctionnement de représentations mentales et un besoin d'impliquer leur corps dans des passages à l'acte qui court-circuitent la pensée.

Bergeret conclue en avançant que chez la majorité des toxicomanes domine en fait une immaturité affective qui implique qu'aucune structuration solide, ni sur le mode névrotique, ni sur le mode psychotique, n'est possible. L'insatisfaction, le peu de confiance en soi, une angoisse importante et la peur de l'isolement, contrastant avec un anticonformisme de façade, les conduit à rechercher les situations de groupe, et plus particulièrement de groupe de semblables. Cette approche éclaire de manière intéressante la question de la personnalité du toxicomane, au sujet de laquelle Bergeret conclue que les personnalités rencontrées ne diffèrent finalement pas de celles rencontrées dans l'ensemble de la population.

D'autres auteurs, et notamment Guelfi proposent de réfléchir aux liens entre toxicomanie et psychopathie [52], sans non plus individualiser de personnalité spécifique.

Par ailleurs, on évoque souvent chez les toxicomanes une personnalité de type état-limite. Otto Fenichel et plus tard Heinz Kohut et Otto Kernberg développèrent largement le concept d'état-limite. Bergeret en propose la définition suivante : "L'état-limite se situe avant tout comme une maladie du narcissisme. Ayant dépassé le danger de morcellement, le Moi n'a pu accéder cependant à une relation d'objet génitale, c'est à dire au niveau des conflits névrotiques entre le Ça et le Surmoi. La relation d'objet est demeurée centrée sur une dépendance anaclitique à l'autre. Le danger immédiat contre lequel se défend l'état-limite, c'est essentiellement la dépression." [14]. L'application du concept d'état-limite au toxicomane est intéressant dans la mesure où elle met l'accent sur une relation d'objet de type anaclitique, une angoisse de perte d'objet et la prédominance symptomatique de la dépression.

Intéressons nous maintenant au concept d'addiction. L'addiction est un terme nosologique dont l'étymologie provient de l'ancien français "contraindre par corps". L'addiction, ou les conduites addictives, recouvre à la fois le recours contraignant à des produits toxiques, mais également à des actes répétitifs, et englobe de ce fait troubles du comportement alimentaire et suicides réitérés. Venisse propose une définition de l'addiction comme étant "la recherche avide d'un objet, la répétition, l'apparente dépendance, l'utilisation risquée du corps, la recherche de satisfactions immédiates et la proximité de la mort et de la destruction." [140]. L'addiction se joue au niveau du corps, c'est aussi un mode de relation au monde particulier, évitant la représentation de l'affect pour privilégier passage à l'acte et pensée opératoire. La pensée est détachée de l'acte, ou soumise à une adaptation directe à la réalité. Les auteurs classiques [41] s'accordent à reconnaître que le noyau de l'addiction se trouve dans les conduites les plus primitives, au niveau narcissique (selon Freud), de l'"amour primaire" (selon Balint), ou de la phase schizo-paranoïde (selon M. Klein). Les conduites d'addiction renvoient donc aux sources de la pathologie de l'oralité. La fixation orale ne permet pas au sujet d'accéder à des relations authentiquement génitales. Même si dans l'imaginaire collectif, le cannabis a la réputation de favoriser l'activité sexuelle, les éléments psychogénétiques précédemment développés permettent de comprendre qu'il s'agit en fait plus d'une organisation libidinale auto-érotique. Si la désinhibition permise par la drogue facilite le passage à l'acte sexuel, "il s'agit le plus souvent d'un rapport très ambivalent, quasi-exclusivement narcissique, sans amour objectal."

L'usage du cannabis relève-t-il d'une addiction [137] ? Au delà de la définition proposée ci-dessus, on pourrait répondre par l'affirmative, en considérant que "l'objet de l'addiction échoue à acquérir la valeur structurante d'un objet transitionnel, mais ne se fige pas pour autant en un fétiche, et trouve sa fonction dans l'entretien, à travers la rencontre avec une partie du corps du sujet, de l'illusion d'une jouissance possible hors de toute relation à l'autre." [140]. Cette mise en perspective de l'objet de l'addiction dans la psychogenèse nous paraît particulièrement intéressante en ce qui concerne le cannabis.

Comme nous l'avons évoqué plus haut, l'adolescence est une période de plus grande vulnérabilité vis à vis des conduites addictives. Il s'agit du moment crucial où les éléments de réalité liés à l'âge et aux transformations physiques imposent à l'adolescent de négocier la perte d'une position infantile de dépendance. Les expériences qu'il fait à cette période, notamment dans la recherche de limite et dans la transgression de l'interdit, si elles se fondent sur des processus identificatoires bien établis dans l'enfance, vont lui permettre d'acquérir une sécurité interne suffisante pour abandonner cette position infantile connue et rassurante et accepter les incertitudes liées à la vie adulte. Si au contraire les identifications dont il dispose sont vacillantes ou peu sûres, l'adolescent va être tenté de se maintenir dans un système de dépendance, dont l'usage de toxique peut représenter un symptôme. La manipulation du produit consommé donne l'illusion de la maîtrise et permet d'accéder au plaisir en faisant l'économie du désir. Le produit prend peu à peu suffisamment de place dans l'économie psychique de l'adolescent pour que les processus de pensée s'en trouvent réduits, ce qui freine par ailleurs la possibilité de ressentir le poids d'une angoisse existentielle. Il est bien évident que tout adolescent qui consomme du cannabis ne se verra pas pris dans une escalade vers les drogues dures. Néanmoins, cette consommation ne doit pas être banalisée.

Martel propose dans sa thèse de médecine [80] une intéressante étude clinique effectuée auprès de jeunes patients suivis à la Clinique Georges Dumas de Grenoble. Cet établissement accueille des adolescents et jeunes adultes (15-30 ans), présentant des troubles psychologiques en grande majorité d'ordre psychotique, mais susceptibles de poursuivre une scolarité ou un cursus universitaire. C'est une réflexion autour de la fonction particulière du cannabis chez ces jeunes, pris dans les enjeux de l'adolescence, compliqués de l'écllosion d'une pathologie psychique. Ces jeunes commencent par une consommation groupale pour évoluer vers une consommation solitaire, quotidienne voire pluriquotidienne. Ils dépassent rapidement la simple recherche d'une expérience de plaisir pour recourir au cannabis dans le but de soulager une tension interne (souffrance dépressive, angoisse voire manifestations psychotiques), dans une démarche d'automédication, qui n'est opérante qu'un temps, le cannabis entravant rapidement toute mise en place d'un travail psychique. Le cannabis vient éluder un travail psychique indispensable en enfermant le sujet dans un monde hors réalité, où tout se joue dans un remaniement imaginaire de grande envergure : il n'y est plus question de sexualité, l'altérité n'existe plus, la communication à l'autre ne passe plus par la parole. "La drogue supprime le deuil et permet une désymbolisation massive de la pensée avec une nouvelle mise en latence." [53]. L'auteur propose également une réflexion intéressante sur le signifié "joint". Le joint, favorisant la mise en lien, permettant une meilleure relation à l'autre, nous renvoie à l'image de la consommation groupale, de la douce euphorie partagée. Le joint comme colmatage, comme tentative d'étanchéité nous renvoie par contre à la lutte désespérée contre l'invasion dissociative, image malheureusement familière des urgences psychiatriques.

Il nous semble important, avant de poursuivre, de nous arrêter sur les rapports étroits de la toxicomanie, de la jouissance et de la mort. Nous aurons l'occasion plus loin, dans la réflexion psychopathologique qui suit la présentation de nos vignettes cliniques, de revenir sur les liens entre psychose et mort.

Bergeret écrit : "L'objet du toxicomane porte intrinsèquement en lui une carence libidinale tout autant que le signe de la mort, une mort sans marque de haine ni même d'érotisation." [16].

Freud propose dans 'Formulations concernant les deux principes du fonctionnement psychique' de concevoir le fonctionnement psychique comme étant régi selon deux principes, le principe de plaisir et le principe de réalité. Le premier postule que l'activité psychique s'écarte de tout ce qui peut faire surgir de la douleur pour ne rechercher que ce qui favorise le plaisir, lié à une réduction des quantités d'excitation. Le second modifie le premier, "dans la mesure où il réussit à s'imposer comme principe régulateur, la recherche de la satisfaction ne s'effectue plus par les voies les plus courtes, mais elle emprunte des détours et ajourne son résultat en fonction des conditions imposées par la réalité." [73]. Dans 'Au-delà du principe de plaisir', Freud découvre la compulsion de répétition, la tension qui ne disparaît pas, qui insiste. L'inconscient devient ce qui ne peut être résorbé dans l'homéostasie du plaisir.

Lacan proposera plus tard le terme de jouissance, après avoir mis en place une différenciation utile entre besoin, demande et désir. Le besoin peut être facilement imaginé : manger, boire, dormir, même s'il présente différents degrés. La demande, formulation du besoin, introduit l'ordre symbolique, tout en transformant le besoin. Quant au désir, il est l'effet de cette dépendance engendrée par la demande, effet du signifiant sur le besoin : "Le désir s'ébauche dans la marge où la demande se déchire du besoin." . La demande et le désir qui s'en détache orientent vers un objet singulier, unique, incomparable, qui ne peut s'échanger, absolu. Chez le toxicomane, le désir se voit souvent ramené au simple besoin ce qui implique la nécessité de l'action immédiate, afin de réduire les exigences du besoin, sans toutefois pouvoir mettre en œuvre les opérations symboliques permettant de parvenir à l'élaboration fantasmatique de véritables désirs.

La jouissance n'a rien à voir avec le plaisir. Elle est pour chacun une certitude alors même qu'il l'ignore. Elle est interdite dès lors qu'il y a des lois de la parole et du langage. La jouissance fait fi des mots pour ne se dire que dans l'action. Lacan situe la position du sujet dans l'état de jouissance en énonçant : "Je suis là où je ne pense pas.". Le plaisir est résolument transitoire, tandis que la jouissance est si radicalement permanente qu'elle en devient intemporelle. Le plaisir passe et disparaît tandis que la jouissance est une tension collée à la vie même. La jouissance pourrait ainsi être rapprochée de la compulsion de répétition décrite par Freud. "La

jouissance implique le narcissisme, selon Freud, dans le jeu du dédoublement, et partant, dans la proximité de l'affrontement où affleure la pulsion de mort." [119].

Interdit, jouissance et mort intimement liés dans l'approche psychodynamique du toxicomane, dès que le produit a pris une place centrale dans l'économie psychique du sujet. Ce n'est certes pas le cas de tous les usagers de cannabis, qui comme nous l'avons vu, ne sauraient être regroupés sous le terme générique de "toxicomanes". Il n'en reste pas moins que dans l'approche individuelle, la prise en compte de ces pistes de réflexion semble un premier pas dans l'évaluation de la dangerosité psychique de l'usage de cannabis.

Nous terminerons cet aperçu théorique en citant la définition que propose Racamier de la toxicomanie : "Quelque chose qui pulvérise, écrase et dissout l'activité mentale ; quelque chose qui peut s'emplit de jouissance ; un moyen de jouissance dans l'autodestruction psychique ? Deux réponses : la drogue, le paradoxe. Si vous voulez vous intoxiquer sans frais, devenez toxicomane du paradoxe. Tout au plus vous en coûtera-t-il une schizophrénie." [113], qui introduit de manière intéressante notre chapitre ultérieur sur les rapports du cannabis et de la schizophrénie.

3.2.4 - Théorie de l'escalade

Le risque souvent dénoncé par les détracteurs du cannabis est celui d'une possible "escalade" de l'utilisateur de cannabis vers d'autres drogues, dont la dangerosité apparaît comme plus importante, héroïne ou cocaïne par exemple.

Une étude scandinave publiée en 1993 [128], analyse le processus d'initiation à la consommation de drogues illicites en étudiant particulièrement trois moments clés du parcours : le moment où le sujet se voit proposer de la drogue, celui où il consomme du cannabis et enfin celui où il utilise des drogues par voie intraveineuse. Le questionnaire a été présenté à 23482 conscrits, âgés de 18 à 20 ans. Les liens entre ces moments clés et le contexte socio-familial, la consommation d'autres drogues illicites, la maîtrise des émotions, ont été évalués. Si beaucoup de conscrits ont essayé le cannabis, peu sont passés aux drogues intraveineuses. Ces derniers présentent particulièrement des difficultés socio-familiales et psychologiques, de même qu'un début précoce de leur consommation de cannabis.

Il semble que la plupart des études disponibles à ce sujet aillent dans ce sens. Olievenstein, même s'il reproche à la consommation illicite de cannabis d'exposer les usagers aux dealers vendant d'autres drogues, reconnaît que dans 95% des cas, les consommateurs de cannabis ne passent pas à d'autres drogues illicites [102].

Les enquêtes en population générale [100] montrent pourtant que l'idée de l'escalade du cannabis vers les "drogues dures" reste fortement ancrée dans l'opinion publique, selon des résultats de 1992 (la question n'a pas depuis été reposée), même s'il existe une différence très importante entre la perception des consommateurs de cannabis et celle des non consommateurs. En effet, si 5% seulement des consommateurs de cannabis évoluent vers un usage d'héroïne ou d'une autre drogue dure, on peut dire à l'inverse que la plupart des usagers d'héroïne ont effectivement commencé par une consommation de cannabis, élément qui garde un impact certain dans l'opinion publique.

Les statistiques avancées montrent donc qu'un tel risque est, en chiffre absolu, assez réduit. Cette constatation mathématique va pourtant à l'encontre de la perception clinique de nombreux praticiens. Le raisonnement médical conduit en effet à tenir compte de ce risque, qui existe dans un certain nombre de cas, même si ce nombre est limité.

3.4. Cannabis et schizophrénie

C'est donc vers cette interrogation quant aux liens entre cannabis et psychose que notre pratique clinique nous a conduite.

Les chapitres précédents nous ont permis de mieux situer la substance, son action pharmacologique, ses effets cliniques, ainsi que de réfléchir sur la réalité que recouvrent les termes vagues d'"usager" ou de "consommateur". Nous avons ensuite abordé les effets pathogènes du cannabis. Venons en maintenant plus spécifiquement aux liens entre cannabis et schizophrénie. Nous aborderons ce chapitre en proposant une revue de la littérature scientifique actuelle concernant ces liens, sous l'angle neurobiologique. Nous illustrerons l'importance de ceux-ci par trois vignettes cliniques, qui introduiront une réflexion psychodynamique centrée sur les rapports de la psychose, de la loi et de la mort.

3.4.1. Etudes actuelles

Les troubles mentaux liés à la consommation de cannabis sont connus depuis plus de 2000 ans [94], comme nous l'avons souligné dans notre rappel historique. La question des liens entre cannabis et schizophrénie sollicite de manière croissante l'attention des chercheurs.

Nous retiendrons dans ce chapitre l'hypothèse formulée précédemment, selon laquelle les épisodes psychotiques aigus comme les manifestations psychotiques chroniques liés à la consommation de cannabis diffèrent au niveau symptomatique de la schizophrénie proprement dite [21]. Schématiquement, on peut retenir que les premières sont marquées par l'agressivité, l'angoisse et un syndrome délirant paranoïde à thèmes le plus souvent mégalomaniaques ou persécutoires.

Quelle est alors la place du cannabis dans le déclenchement ou l'aggravation d'une évolution schizophrénique [57] ? Un lien de causalité peut-il être évoqué ? Pourquoi les patients schizophrènes consomment-ils plus de cannabis que la population générale ?

Rappelons brièvement ici que l'hypothèse neurobiologique la plus largement admise actuellement dans la schizophrénie est la théorie dopaminergique. Selon celle-ci, il existerait chez les sujets schizophrènes un excès de la neurotransmission dopaminergique dans certaines régions clés du cerveau, sans préjuger de son caractère primitif ou secondaire. Les systèmes les plus clairement en cause sont les systèmes mésolimbiques et mésocorticaux. Les manifestations productives de la schizophrénie pourraient être en lien avec une stimulation excessive des récepteurs D2 et D4, tandis que les manifestations déficitaires pourraient relever d'une stimulation excessive des récepteurs D3. Dans les deux cas, l'hyperstimulation ne relèverait pas d'une anomalie de l'activité présynaptique, mais plutôt d'une anomalie au niveau des récepteurs. L'hypothèse dopaminergique a été la clé de voûte de la modélisation du mécanisme d'action des neuroleptiques classiques, par blocage des récepteurs D2.

Mais le système dopaminergique est lui-même intégré au sein de systèmes de régulation beaucoup plus complexes, mettant en jeu d'autres neurotransmetteurs.

C'est ainsi qu'au cours des dix dernières années, l'incidence, notamment du système sérotoninergique, dans la détermination de la maladie, a mobilisé l'attention des chercheurs de façon croissante et a participé au développement des neuroleptiques atypiques ou antipsychotiques (affinité importante pour les récepteurs 5HT2).

Plusieurs arguments suggèrent une implication des systèmes cannabinoïdes dans la neurobiologie de la schizophrénie. Ces hypothèses sont fondées sur les points communs entre les effets du cannabis chez les sujets sains et certains symptômes de la schizophrénie : sensibilité accrue au cannabis chez les patients schizophrènes ; regroupement entre les domaines fonctionnels et anatomiques des récepteurs cannabiques et des circuits neuronaux en jeu dans la schizophrénie.

A l'heure actuelle, les pistes de recherche s'orientent vers l'exploration de trois modèles tendant à expliquer la fréquente comorbidité de l'abus de drogue (cannabis en particulier) et de la schizophrénie [39] :

(le modèle de vulnérabilité suppose que l'abus de drogue peut entraîner ou aggraver l'émergence de troubles schizophréniques chez un individu fragilisé,

(le deuxième modèle postule que les patients schizophrènes tentent, en consommant de la drogue, d'atténuer certains de leurs symptômes psychotiques (c'est l'explication donnée par les patients eux-mêmes [39]),

(le troisième modèle avance que les patients tentent plutôt par cette consommation, de diminuer les effets secondaires du traitement neuroleptique, en particulier les effets extrapyramidaux.

La littérature scientifique récente comporte de nombreuses études tentant d'apporter des éléments de réponse et de compréhension [13, 28, 37, 68, 78, 103, 106, 117, 126, 136, 142, 143]. Nous avons tenté de les regrouper selon qu'elles étayaient telle ou telle des trois hypothèses précédentes.

Remarquons tout d'abord que la plupart des études récentes s'accordent sur l'importance du nombre de patients schizophrènes ayant recours de manière abusive aux drogues psychotropes en général : 35 à 60%, ce qui est significativement plus élevé que dans la population générale (16% dans un échantillon représentatif de la population des Etats-Unis en 1988) [39]. Une étude néo-zélandaise récente (1999) a confirmé ce haut niveau de consommation de cannabis chez des patients admis en urgence à l'hôpital psychiatrique pour des états psychotiques aigus [122] : 86% des patients avaient déjà consommé une fois du

cannabis au cours de leur vie, tandis que 31% des analyses urinaires étaient positives pour le cannabis.

3.4.1.1. Cannabis et vulnérabilité

Plusieurs études avancent des résultats en faveur de l'existence d'une vulnérabilité psychologique particulière préexistant chez les individus consommateurs de cannabis chez lesquels émerge un trouble schizophrénique.

C'est le cas de l'étude de HALIKAS (1972) [55] portant sur cent consommateurs réguliers de marijuana et cinquante non consommateurs, qui retrouve dans les deux groupes une forte proportion d'éléments psychopathologiques : la moitié relevait d'un diagnostic psychiatrique, un tiers recevait le diagnostic de troubles affectifs primaires, tandis que 10% du groupe des consommateurs apparaissaient comme "psychopathes". Tous les éléments du diagnostic psychiatrique préexistaient à la consommation de cannabis. L'auteur conclue que les consommateurs de cannabis sont issus d'une population à haut risque psychiatrique, mais que les éléments pathologiques précèdent en général l'intoxication.

Pour d'autres, le cannabis est un facteur précipitant de l'éclosion d'une schizophrénie et un facteur aggravant de l'évolution d'une schizophrénie déjà révélée, sans qu'on puisse affirmer par contre que le cannabis est un facteur causal de la maladie.

Citons ainsi l'étude d'ANDREASSON [9], qui a porté sur 45 570 conscrits suédois de la classe d'âge 1949-1951, qui ont été suivi médicalement sur une période de quinze ans (1969-1983). Deux questionnaires nominatifs ont été soumis à ces jeunes hommes, visant à étudier personnalité et habitus de chacun. La non-réponse aux questions sur la toxicomanie était un facteur d'exclusion de l'étude. Chaque sujet a ensuite rencontré un psychologue, dans le cadre d'un entretien directif, associé à des tests psychologiques. En cas de suspicion de trouble psychiatrique intervient un entretien psychiatrique aboutissant à l'élaboration d'un diagnostic, côté suivant la classification standardisée (C.I.M.8). Les résultats sont en faveur d'une forte corrélation entre exposition au cannabis et apparition d'une schizophrénie, même si cette étude ne permet pas de déterminer si l'abus de cannabis précède la schizophrénie ou inversement. Soulignons ici que l'obtention d'une corrélation entre deux éléments n'implique pas l'existence d'un lien de causalité direct entre eux.

Les résultats de cette étude ont été repris dans l'analyse plus précise d'un sous-échantillon de la population initiale [10]. Les résultats sont en faveur d'un risque relatif (RR) de schizophrénie élevé dans cette population de consommateurs de cannabis (RR = 4, intervalle de confiance 95%) par rapport aux non-consommateurs. Aucune autre drogue n'a pu être incriminée dans l'émergence de la maladie, de même que la préexistence de troubles psychiques. Le mode de début de la maladie semble plus brutal chez les usagers de cannabis.

L'étude initiale d' ANDREASSON a été critiquée [65] par d'autres auteurs qui relèvent différents points litigieux, notamment l'absence de prise en compte des consommations associées d'autres toxiques, alors que l'implication de drogues comme les amphétamines a été démontrée dans le genèse de troubles schizophréniques. De même ANDREASSON ne précise pas l'intervalle de temps écoulé entre la consommation de cannabis et l'éclosion des symptômes schizophréniques, ce qui peut induire une sur-représentation de celle-ci, en confondant les épisodes aigus de pharmacopsychose cannabique et les cas de schizophrénie.

Une étude américaine de 1991 (DIXON et al.) [39] portant sur 83 patients schizophrènes montre que ceux-ci consomment essentiellement du cannabis, parmi d'autres drogues "psychotomimétiques" (cocaïne, psychostimulants, hallucinogènes). D'importantes différences cliniques sont mises en évidence entre les consommateurs et les non-consommateurs : les premiers ont des symptômes de moindre intensité et répondent plus rapidement au traitement (on peut penser que le sevrage contribue à diminuer les symptômes, et que les schizophrènes qui peuvent se procurer de la drogue, faisant ainsi preuve de certaines facultés d'adaptation sociale, ont un meilleur pronostic [91]). Cependant les patients schizophrènes abuseurs de

drogues ont besoin de plus d'hospitalisations et ont une compliance thérapeutique moindre que les autres, ainsi qu'un risque accru de suicide. Les auteurs concluent que l'usage de drogue contribue à rendre défavorable le pronostic de formes initialement peu sévères de schizophrénie.

Une autre étude (1991) [83, 84] concerne l'usage de cannabis dans un échantillon important (908 personnes) de patients admis en urgence à l'hôpital psychiatrique. Cet échantillon est décrit en terme d'âge, de sexe, de consommation de cannabis (réponses personnelles et analyses urinaires) et de diagnostic psychiatrique initial. Un tiers des individus a reconnu avoir consommé du cannabis au moins une fois dans sa vie, tandis que 13% avaient des tests de dépistage urinaires positifs à l'entrée. Il s'agit essentiellement d'hommes jeunes. L'auteur conclue que la probabilité d'un diagnostic initial de psychose augmente avec l'existence reconnue d'une consommation cannabique, et/ou sa mise en évidence sur les tests urinaires. Il ouvre la discussion sur le fait que le cannabis dans cette étude peut n'être qu'un marqueur d'autres facteurs encore indéterminés à ce jour, mais prédisposant à l'apparition d'une maladie psychotique.

Il faut également retenir l'étude d'ALLEBECK et coll. [6], étude rétrospective réalisée en 1993 sur des dossiers hospitaliers de la région de Stockholm (Suède) ouverts de 1971 à 1983. La méthode utilisée a initialement consisté à sélectionner les dossiers associant les diagnostics de dépendance au cannabis et de psychose. La réévaluation des diagnostics selon les critères du D.S.M. III-R a ensuite permis de mettre en évidence les cas de schizophrénie. Le diagnostic de schizophrénie a ainsi pu être posé dans la moitié des cas de psychoses. Dans la majorité d'entre eux, on retrouve une consommation régulière de cannabis pendant au moins un an avant l'apparition de la maladie, ce qui semble confirmer l'argument que le cannabis est un facteur de risque de la schizophrénie, et non que la schizophrénie est un facteur favorisant la prise de cannabis. Par ailleurs, il ressort de cette étude que la schizophrénie associée à la prise de cannabis a souvent un déclenchement brutal, avec prédominance des symptômes positifs (états délirants à mécanisme hallucinatoire, hallucinations essentiellement visuelles et auditives, états d'agitation).

L'étude de LINSZEN [79] en 1994 cherche également à étayer l'hypothèse d'une relation entre abus de cannabis et psychose. Il s'agit d'une étude prospective, sur un an, ayant pour objectif d'étudier la relation entre la consommation de cannabis et l'évolution symptomatique d'une pathologie schizophrénique de début récent, évaluée à l'aide de l'échelle B.P.R.S. 28. L'étude a porté sur 93 patients, âgés de 15 à 26 ans. Les résultats suggèrent que la consommation de cannabis et plus particulièrement la consommation d'importantes quantités est au minimum un facteur de risque pour la maladie psychotique et pour l'aggravation de la schizophrénie, voire même un possible facteur précipitant. L'importance des quantités consommées est corrélée avec une augmentation de la fréquence des psychoses. Par ailleurs, cette étude développe les effets d'une consommation occasionnelle de cannabis par des sujets schizophrènes, et décrit une diminution de l'anxiété et des symptômes dépressifs, associée à une diminution des effets indésirables des neuroleptiques associés. Les résultats sont donc bien comparables à ceux de l'étude précédemment citée.

Ces résultats sont confirmés par une étude espagnole de 1994 [81] qui montre par ailleurs que le facteur prédictif de rechute le plus puissant chez les patients schizophrènes est la poursuite de l'intoxication cannabique.

Une étude française (1998) [74] montre que les patients "à double diagnostic" (présentant à la fois une dépendance toxicomaniaque et un autre trouble psychiatrique) ne constituent pas un groupe homogène en terme de pathologie psychiatrique associée. Il s'agit essentiellement d'hommes, en difficultés sociales ; leur pathologie psychiatrique est particulièrement grave et nécessite des hospitalisations plus fréquentes et plus longues que celles des patients non-consommateurs de toxiques. Le toxique le plus largement utilisé est l'alcool, suivi du cannabis pour les patients schizophrènes. Ce sont d'ailleurs ces derniers qui représentent le sous-groupe le plus important de patients "à double diagnostic".

Ces résultats sont confirmés par d'autres études, notamment celle de KRYSTAL et al., récemment publiée (1999) [69]. Une autre étude récente [22] confirme l'impact important de

l'abus de cannabis sur l'évolution à long terme des patients schizophrènes, dans le sens d'une nette aggravation.

3.4.1.2. Cannabis et automédication

PERALTA, dans une étude de 1992 sur l'influence de l'abus de cannabis dans la schizophrénie [110], suggère que la consommation de cannabis par les patients schizophrènes peut atténuer les symptômes négatifs, ce qui irait dans le sens de l'hypothèse d'une automédication. La discussion porte sur les liens possibles entre cette observation clinique et les éléments neurobiologiques précédemment cités, concernant l'activité du 9THC au niveau des neurotransmetteurs (augmentation des concentrations cérébrales de dopamine, diminution des concentrations cérébrales d'acétylcholine).

3.4.1.3. Cannabis et correction des effets secondaires des neuroleptiques

Considérons l'étude de 10 cas de patients schizophrènes présentée en 1984 par KNUDSEN [67], qui décrit une aggravation notable des troubles schizophréniques dans la suite de la prise de cannabis, sans que les conditions du traitement neuroleptique (traitement adapté, efficace et bien toléré) n'aient changé. Il est par ailleurs intéressant de noter que plusieurs patients de cette série disent consommer du cannabis pour diminuer les effets secondaires du traitement neuroleptique, notamment le ralentissement psychomoteur et l'émoussement des affects. L'auteur conclue que la consommation de cannabis constitue un facteur de risque pour les patients schizophrènes et propose l'hypothèse d'une interaction inhibitrice entre cannabis et neuroleptiques. Cette interaction pourrait avoir lieu par blocage de l'acétylcholine, notamment au niveau hippocampique, par le cannabis. Une autre explication résiderait dans l'augmentation, induite par le cannabis, de la libération synaptique de dopamine.

L'objectif de D.C. D'SOUZA et coll. (Yale) était de comparer les effets du tétrahydrocannabinol (THC) chez des schizophrènes et des sujets témoins [40]. En étudiant les effets du produit à diverses doses sur les symptômes de la maladie, ils ont montré la plus grande sensibilité des schizophrènes au 9THC, ce qui pourrait expliquer l'appétence des patients pour le cannabis.

Dans cet essai randomisé, en double insu, schizophrènes et sujets témoins ont suivi un protocole de trois jours : 2,5 mg de 9THC par voie intraveineuse à J0, 5 mg de 9THC à J1 ; placebo à J2. Les doses de 9THC administrées par voie intraveineuse étaient censées représenter l'équivalent d'un et demi à trois et demi "joints" inhalés. Plusieurs évaluations ont été effectuées : P.A.N.S.S. 29 (symptômes positifs et négatifs), altérations perceptives et symptômes anxieux rapportés par le sujet, M.M.S. 30 permettant une appréciation rudimentaire du fonctionnement cognitif, tests cognitifs évaluant l'attention et les fonctions fronto-temporales, motricité.

Chez les schizophrènes, les symptômes positifs (par exemple, les hallucinations) ont augmenté en fonction de la dose de 9THC. Les sujets témoins ont rapporté des expériences perceptives identiques aux symptômes positifs des malades. Le 9THC a entraîné une altération des performances cognitives (tâches de rappel immédiat et différé et test mettant en jeu la mémoire de travail, la fluence verbale et l'attention sélective). La désorganisation conceptuelle reste l'effet le plus marqué du 9THC. Le dysfonctionnement cognitif apparaît indépendamment des symptômes négatifs évalués par l'échelle P.A.N.S.S., qui n'étaient pas modifiés.

L'intensité et la nature des effets du 9THC chez les schizophrènes suggèrent qu'il existe dans cette population une plus grande sensibilité au cannabis. Par ailleurs, le 9THC réduit l'intensité de l'anxiété, de l'akathisie et de la dyskinésie notées chez les malades (la baisse des scores de dyskinésie est à rapprocher des expériences réalisées chez l'animal, dans lesquelles les stéréotypies du rat diminuent sous cannabis).

Cette étude conclue donc à une sensibilité accrue des patients schizophrènes aux effets psychotropes du cannabis : renforcement des symptômes positifs, mais aussi anxiolyse et

réduction des effets secondaires extrapyramidaux des neuroleptiques. L'inconvénient méthodologique est le mode d'administration du principe actif psychotrope (voie intraveineuse), de même que la courte durée du protocole (trois jours), qui éloignent les conditions expérimentales des conditions usuelles de consommation.

En conclusion, on peut donc avancer trois possibilités :

le cannabis, révélateur d'une psychose déjà installée mais jusqu'alors latente,

le cannabis, catalyseur d'une psychose chez un individu ne présentant aucun trouble psychopathologique préexistant,

le cannabis, inducteur d'une psychose (psychose cannabique, rôle causal).

La plupart des études récentes suggèrent que l'abus de cannabis n'est pas un facteur étiologique de la schizophrénie, mais influence son mode d'apparition, son évolution et sa symptomatologie [37], dans le sens d'une aggravation des symptômes et de l'évolution.

3.4.2. Vignettes cliniques

Nous nous proposons ici de présenter trois cas cliniques illustrant les rapports complexes des drogues psychotropes, et en particulier du cannabis et de la psychose.

3.4.2.1. Alexis B., 27 ans

C'est en urgence qu'Alexis B. arrive, au début de l'été 1999, au service d'accueil d'un des hôpitaux psychiatriques de Lyon.

3.4.2.1.1. Circonstances d'hospitalisation

Il vient de passer la nuit en garde à vue dans les locaux d'un commissariat, dans les suites d'une altercation avec une patrouille de Police.

La veille, au volant de sa voiture, il roulait à tombeau ouvert en plein centre ville. C'est dans ces conditions qu'il a été interpellé. Rapidement, la confrontation avec les forces de l'ordre a mal tourné. Alexis était convaincu que sa mission de "Sauveur de l'humanité" ne pouvait souffrir aucun retard. Il a agressé verbalement et physiquement les policiers, persuadé d'ailleurs de reconnaître parmi eux "un collègue de l'armée" qui le "suivait depuis Marseille". Alexis en est sûr, il est "au centre d'un complot organisé par l'armée, avec la complicité de la police".

C'est à l'issue de la garde à vue qu'il est conduit au service d'accueil d'urgence de l'hôpital psychiatrique, par son père. Une hospitalisation à la demande d'un tiers (H.D.T.) est alors

immédiatement déclenchée, devant l'intensité du syndrome délirant, la mise en danger qui en résulte et l'incapacité à consentir valablement aux soins indispensables. Il est alors décrit par le médecin de garde comme étant extrêmement angoissé, dans un état de tension psychique intense. Il est rapidement orienté vers le service d'hospitalisation de son secteur.

L'état clinique du patient reste durant les premiers jours très préoccupant. Le syndrome délirant est massif, sans l'ombre d'une critique. Les mécanismes interprétatifs et intuitifs sont au premier plan, associés à des thèmes persécutoire et de grandeur. L'angoisse domine le tableau, et renforce une instabilité comportementale importante. La reprise d'un traitement neuroleptique per os n'entraîne pas d'emblée d'amélioration symptomatique.

3.4.2.1.2. Éléments biographiques

Sur le plan biographique, Alexis est l'aîné d'une fratrie de deux garçons. Ses parents, tous deux ouvriers, vivent dans un village de la périphérie de Lyon. Son frère, également ouvrier, a quitté le domicile de ses parents pour vivre, non loin de là, avec sa concubine.

Alexis a poursuivi une scolarité secondaire de très bon niveau, jusqu'au baccalauréat (série C), qu'il présente pour la première fois à l'âge de 17 ans. Il échoue.

C'est à cette époque (1989) qu'apparaissent les premiers signes préoccupants. Alexis surinvestit les cours de philosophie, qui le plongent dans un questionnement pseudo-existential dans lequel il s'enferme peu à peu. "Connais-toi toi-même." devient l'aphorisme qu'il applique jusqu'à l'extrême. Parallèlement, sa consommation de cannabis (sous forme de haschich fumé dans des joints), augmente en quantité et se modifie. Même si Alexis n'a, depuis l'enfance, jamais eu beaucoup de copains, il fumait auparavant avec quelques connaissances, en groupe. Il fume de plus en plus seul, retiré dans la pénombre de sa chambre.

Alexis obtient son baccalauréat l'année suivante (1990). Il présente sa candidature à l'entrée en classes préparatoires aux grandes écoles scientifiques. Il est accepté en classe de Mathématiques supérieures. Il abandonne au bout d'un an, s'orientant alors vers des études d'électronique, en Institut Universitaire de Technologie. Réussissant la première année, il abandonne en cours de deuxième année, à deux mois des examens finaux (1993). Alexis s'engage alors dans l'Armée de l'Air, où il entame une formation dans le domaine des liaisons radios. Il a alors 22 ans, en 1994.

Alexis se marie la même année, avec la première femme avec laquelle il a une relation amoureuse. Le couple vit à Marseille. Alexis continue à consommer régulièrement du cannabis.

C'est lors de sa première veille radiophonique, en 1995, qu'a lieu l'accès délirant conduisant à sa première hospitalisation en psychiatrie, à Lyon. Alexis est alors adressé, en H.D.T., par le service d'urgence du Centre Hospitalier Général d'une ville voisine de Lyon, pour état délirant aigu. Il a, dix jours auparavant, consommé un cocktail de plusieurs toxiques : cocaïne, L.S.D., ecstasy et haschich. Il a ensuite quitté brutalement son domicile marseillais pour une errance pathologique qui le conduit dans la région de Lyon, où vivent ses parents. Son récit de cet épisode permet d'avancer qu'il est alors en proie à un état délirant aigu de mécanisme interprétatif et hallucinatoire (hallucinations cénesthésiques). Il a parcouru en voiture, d'un trait, le trajet reliant Marseille à Lyon, à toute vitesse, forçant les péages autoroutiers.

C'était la première fois qu'Alexis consommait cocaïne, L.S.D. et ecstasy. Sa consommation de cannabis par contre remontait déjà à plusieurs années : il fume régulièrement du haschich depuis l'âge de 16 ans.

Sa mère d'ailleurs l'avait conduit consulter un psychiatre alors qu'il avait 18 ans. Elle s'inquiétait de cette consommation de "H" et trouvait son fils "bizarre". Aucun suivi, aucun traitement médicamenteux n'avait alors été mis en place.

Lors de cette première hospitalisation, en 1995, Alexis est décrit comme très tendu, dans un état d'agitation psychomotrice important. Le discours, bien que logorrhéique, reste cohérent. On ne retrouve pas au premier plan, lors de l'entretien d'accueil, d'idées délirantes. Alexis se plaint d'une insomnie rebelle, évoluant depuis plusieurs jours. Dans le service hospitalier qui l'accueille, l'analyse sémiologique du médecin décrit un syndrome dissociatif avec discordance. Le délire est qualifié de délire paranoïde, polymorphe, à thème persécutoire. Le patient est en proie à des hallucinations visuelles et cénesthésiques qui l'amènent à vivre des scènes très angoissantes, de combat avec des serpents notamment.

Cette première hospitalisation permet, avec la mise en route d'un traitement neuroleptique adapté, une nette amélioration des symptômes présents à l'entrée et le rétablissement d'un contact relationnel satisfaisant. Alexis ne critique pourtant pas cet épisode, pour lequel on conclue à l'époque à une probable origine toxique. Il repart vers Marseille où il reprend son poste dans l'armée, et continue à vivre avec sa femme. Le couple n'a pas d'enfant.

La situation se dégrade en 1996, avec une nouvelle hospitalisation en urgence à l'hôpital psychiatrique de Marseille, encore dans un contexte d'agitation délirante. Depuis 1997, il ne travaille plus et a quitté le domicile conjugal pour retourner vivre chez ses parents, où il reste prostré dans sa chambre, en proie à une clinophilie sidérante. Il se désintéresse de tout, sauf dit-il, de l'ésotérisme. Sa femme lui annonce sa décision de le quitter. Leur divorce sera prononcé en 1998.

Début de l'été 1997. Alexis est à nouveau adressé en urgence à l'hôpital psychiatrique, dans les suites d'une tentative de suicide, par absorption de benzodiazépines. A son arrivée, le tableau clinique est dominé par la verbalisation d'idées suicidaires. Tout en redisant sa volonté de mourir et sa conviction d'être incurable, il cherche à banaliser son geste. L'état clinique d'Alexis est décrit par le médecin qui le reçoit dans les termes de "syndrome dépressif". A posteriori, on peut se poser la question de la différence entre suicide dépressif et suicide "existentiel".

Alexis continue à fumer du "H". Il explique que cela lui permet de "surmonter [son] caractère timide et réservé". Il critique désormais un peu plus les épisodes délirants précédents, mais continue à fréquenter les soirées "raves", probablement dans une recherche désespérée de l'apaisement de son angoisse.

Le lendemain de son admission, il demande à quitter l'hôpital et à "signer une décharge". Ses parents ne veulent pas s'engager dans la mise en place d'une hospitalisation sous contrainte. Alexis s'engage à consulter rapidement le psychiatre libéral qui le suit. Il repart avec ses parents.

Quatre jours plus tard, il est de retour, en H.D.T.. Il a tenté de se pendre au domicile de ses parents, après avoir à nouveau absorbé des benzodiazépines. C'est sa mère, qui, entendant un bruit sourd, a été alertée et a pu "dépendre", selon sa propre expression, Alexis. Son hospitalisation se prolonge trois mois, au cours desquels est obtenue un début d'amélioration symptomatique. Malgré la persistance patente du syndrome délirant, de même que l'intensité de la conviction délirante, Alexis est persuadé d'être "spirituellement et philosophiquement en avance", et victime pour cela d'un complot. Il n'accepte le traitement neuroleptique que parce que celui-ci permet de diminuer un peu l'intensité de son angoisse.

A l'hospitalisation à temps plein succède une hospitalisation séquentielle, la mesure d'H.D.T. ayant été levée. Alexis demande à arrêter cette prise en charge en octobre 1997, souhaitant à nouveau contacter le psychiatre libéral qui le suivait. Son père le soutient dans cette démarche. En l'absence d'indication d'hospitalisation d'office, Alexis quitte donc l'hôpital, accompagné de son père.

3.4.2.1.3. Description clinique

C'est donc un peu plus d'un an et demi plus tard que nous le rencontrons, au cours de sa dernière hospitalisation. Il vit au domicile de ses parents. Il est maintenant divorcé. Les symptômes de repli ont peu à peu réapparu. Alexis reste nuit et jour confiné dans sa chambre, aux volets fermés. Il continue à fumer du haschich. Il arrive même que ce soit sa mère qui le lui apporte. Le déficit émotionnel de cette vie est par moment bouleversé par des éclosions de violence, particulièrement dirigées contre sa mère.

En entretien, l'intensité de sa souffrance s'illustre dans son instabilité comportementale, son regard traqué, le caractère diffluent de ses propos, leur abondance logorrhéique et la dissociation de sa pensée. Alexis nous explique qu'il a "débusqué les renards qui lui veulent du mal" (notons ici que cet élément est resté obscur pour nous, et qu'il n'a en tout cas pas de lien direct avec le patronyme d'Alexis). Durant l'hospitalisation, son état reste très fluctuant. Il alterne des moments où les mécanismes de projection sont tels qu'ils excluent toute possibilité de verbalisation de sa souffrance, et des moments où celle-ci peut être plus facilement exprimée pour son propre compte. C'est alors qu'Alexis parle de l'annonce récente, par son ex-femme, du fait qu'elle est enceinte de son compagnon actuel. Dans un moment délirant, il a d'ailleurs expliqué à sa mère qu'il était bien le père de cet enfant à naître, conçu avec sa femme, deux ans auparavant. Il évoque aussi sa crainte de perdre sa famille, expliquant que sa maladie a retenti sur la structure familiale à la manière d'une substance explosive. L'acuité de ces propos nous incite à proposer une rencontre familiale.

3.4.2.1.4. Entretiens familiaux

C'est ce que nous faisons à deux reprises. Monsieur et Madame B. répondent favorablement à notre proposition, d'autant que depuis l'entrée de son fils, Madame B. assaille le service d'appels téléphoniques, au cours desquels elle dépose elle aussi, auprès des différents interlocuteurs, une grande souffrance.

Lors du premier entretien familial, Madame B., avant de pouvoir parler, fond en larmes. Elle nous demande de confirmer que son fils est "foutu", elle-même ajoute : "Il ne guérira jamais", "Il ne pourra jamais avoir une vie normale". Son mari prend alors la parole. Il est très exalté, parle fort, fait de grands gestes. Il explique que ce sont "ces salauds de dealers" qui ont "mis [son] fils dans cet état", "c'est cette merde qu'il prend". Il se lance ensuite dans une grande diatribe contre "ces salauds de politiciens", auxquels ils reprochent de ne "rien faire contre la drogue". Monsieur B., garde, durant tout l'entretien cette position très paranoïaque. Il n'est pas alors en mesure d'entendre quoi que ce soit sur la maladie de son fils. Sa femme, elle, continue à pleurer, puis dit : "Je me demande des fois si j'ai bien fait de le dépendre, le jour où il a voulu se pendre.". La mort plane sur cet entretien.

La teneur du deuxième entretien familial est d'une toute autre nature. Monsieur B. est beaucoup moins exalté, il adopte une position de prostration résignée, un peu à distance. Il exprime alors une tristesse majeure, son sentiment que "les malheurs s'accumulent". Il évoque le suicide de son beau-frère, le handicap lourd d'une nièce à la suite d'une méningite à l'âge de quatre ans, le retard psychomoteur de son deuxième fils lié à une hypoacousie non diagnostiquée dans l'enfance, et enfin "Alexis, hospitalisé ici.". Madame B. pleure. Elle évoque le diagnostic de schizophrénie, comme quelque chose dont elle est sûre aujourd'hui, après s'être documentée, auprès d'associations, à la télévision. Ils en sont persuadés, leur fils ne pourra "jamais être normal, comme les autres". Pour eux, un tel diagnostic a bel et bien une valeur "d'arrêt de mort". Madame B. parle ensuite de ses nuits d'insomnie, de son angoisse permanente. "Si mon fils pouvait aller bien, j'irai bien moi aussi. Pour l'instant, ça ne vaut pas la peine qu'on s'occupe de moi.". La famille reste dans la recherche d'un lien de causalité direct entre l'état de leur fils et un facteur précis : la drogue pour le père (et le cannabis en particulier), et son propre état psychique pour la mère. Madame B. emploie étonnamment un vocabulaire emprunté au monde de la drogue, nous demandant par exemple si "Alexis a des hallus ?". Elle nous dira peu après qu'elle a été amenée à approvisionner son fils en cannabis lorsque celui-ci était en proie à une clinophilie telle qu'il ne sortait même plus acheter son shit. Le fantasme de mort reste toujours aussi fort. Monsieur B. en vient à expliquer combien il était opposé à la venue de tout enfant dans leur couple. Il accuse sa femme d'avoir insisté pour qu'ils aient des

enfants. Il est intimement convaincu que ses deux fils ne devront en aucun cas avoir eux-mêmes d'enfant. La tristesse, l'angoisse et la culpabilité dominent cet entretien familial.

Un troisième entretien familial a lieu la semaine suivante. Il n'est plus question de drogue, ni de schizophrénie, ni de tristesse. Les parents constatent que les symptômes de leur fils se sont apaisés. Ils pensent déjà à reprendre leur vie "comme avant". L'élaboration d'un projet de soins pour Alexis, préservant pour lui un espace individuel différencié, n'est pas à l'ordre du jour. Alexis le perçoit bien. Il reste au cours de cet entretien avec ses parents, dans une position de retrait très infantilisée.

Il sort de l'hôpital quelques semaines plus tard, avec une proposition de suivi ambulatoire au centre médico-psychologique de la ville voisine de son domicile. Il viendra trois fois en consultation, puis téléphonera pour annuler le rendez-vous suivant. Il est de nouveau chez ses parents, a probablement repris sa consommation de cannabis, arrêté son traitement neuroleptique. Il veut retourner consulter le psychiatre libéral qui le suivait auparavant...

3.4.2.1.5. Commentaire et discussion

Cette observation clinique reflète l'intrication complexe de la consommation de cannabis et de l'évolution des processus psychotiques, et particulièrement schizophrénique. L'histoire d'Alexis est semblable à celle de nombreux autres jeunes patients que nous avons pu rencontrer au cours de notre internat. Nous avons choisi de la présenter car elle rassemble des pistes de réflexion empruntant à la fois au modèle biologique et au modèle psychodynamique.

Remarquons d'abord les caractéristiques de la consommation de cannabis d'Alexis[B1]. Comme la majorité des usagers de cannabis, Alexis commence à fumer du haschich, sous forme de joints, à l'adolescence. Sa consommation est alors groupale et conviviale. Peu à peu elle se modifie, avec l'apparition de véritables signes d'appel, qui ont ici été négligés : Alexis s'isole, fume seul, sa consommation s'accroît quantitativement, sa mère commence à le trouver "bizarre", il se réfugie dans une intellectualisation pseudo-philosophique. Il est bien entendu plus facile a posteriori de redonner du sens à ces signes d'appel. D'autant plus que l'adolescence est une période de remaniement physique et psychique durant laquelle un repli, des "bizarreries" peuvent être l'expression transitoire de cette crise physiologique. Il semble pourtant important d'être particulièrement à l'écoute de ces signes, en s'assurant par exemple d'un suivi psychologique temporaire.

L'histoire de la maladie d'Alexis débute par une bouffée délirante aiguë, dans les suites de l'absorption d'un cocktail de drogues psychotropes (cocaïne, L.S.D., ecstasy), sur fond de consommation chronique de cannabis. Les éléments cliniques décrits à l'époque s'intègrent parfaitement dans le tableau d'une pharmacopsychose aiguë : bouffée délirante aiguë, polymorphe, de début brutal, sans prodrome. L'état délirant est de mécanisme hallucinatoire (hallucinations cénesthésiques) et interprétatif, et de thème persécutoire. La conviction délirante est inébranlable. Malgré l'existence d'un syndrome dissociatif avec discordance, on conclue à l'époque à une origine toxique, par absorption d'un cocktail hallucinogène particulièrement détonant. On remarque d'ailleurs que lors de cette première hospitalisation, aucun bilan toxicologique n'est demandé.

L'étude de l'anamnèse, enrichie des éléments actuels, permet de penser qu'Alexis était certainement envahi dès l'adolescence, par un processus schizophrénique débutant. Sa consommation de cannabis a pu initialement avoir un rôle anxiolytique. Dans un deuxième temps, elle a pu servir d'objet de réassurance pour Alexis, qui pouvait lui attribuer par exemple des perceptions délirantes débutantes. Enfin, en association avec d'autres drogues psychotropes et particulièrement avec des hallucinogènes puissants (L.S.D. et ecstasy), le cannabis a pu jouer le rôle de détonateur dans la survenue de la bouffée délirante inaugurale.

Le cannabis et la drogue en général, nous semblent également avoir un rôle particulièrement important dans l'organisation familiale.

Dans la relation entre Alexis et sa mère tout d'abord, on remarque le rôle particulier de cette dernière, amenée à approvisionner son fils en cannabis, dans les périodes où celui-ci ne pouvait plus sortir de chez lui. Madame B. voudrait se positionner en tant que "mère de toxicomane", et nous avons pu remarquer qu'elle emploie à plusieurs reprises des termes appartenant au vocabulaire du milieu de la drogue. Madame B. se situe là dans une proximité confusionnante avec son fils.

Dans le mode de fonctionnement psychique du père, le cannabis fait fonction d'objet de projection. "Tout ce qui arrive à Alexis, c'est la faute du cannabis.". Le conflit parental s'exprime autour de la substance, entre un père convaincu que le cannabis a conduit son fils à l'hôpital psychiatrique et une mère percevant certainement que la consommation de ce produit apaise certains symptômes, et préférant de ce fait enfreindre l'interdit, aller à l'encontre de la parole paternelle, dans une position qui ne peut qu'inquiéter son fils et renforcer les modes de défense de chacun. Dans la famille B., parler du cannabis a permis jusqu'ici de faire l'économie d'une prise de conscience de l'existence de la schizophrénie du fils et de son retentissement sur chacun des membres du groupe familial.

L'inconsistance du discours familial est particulièrement notable, avec des changements radicaux de position des différents protagonistes lors des trois entretiens familiaux. Où peut alors se situer la permanence de la Loi du père qui fonde ? Comment ne pas souligner cette volonté clairement affichée lors du dernier entretien de repartir "comme avant", comme si de rien n'était ? Au-delà du déni d'altérité qui s'impose à Alexis, quel est le rôle joué pour les parents par le maintien de la chronicité de la maladie de leur fils ?

La dernière hospitalisation a conduit Alexis et ses parents à mettre un peu de côté la construction défensive autour de la substance. Elle a ainsi permis d'aborder une autre problématique, celle de la mort. Mort de l'image idéale que les parents avaient construite de leur fils, un fils "qui réussissait à l'école, qui devait avoir un brillant avenir.", mort psychique de ce fils, lorsque la maladie est trop forte et qu'il ne peut que rester enfermé dans sa chambre à fumer du haschich, mort réelle qu'il recherche, comme acte fondateur de sa qualité de sujet, et que les parents attendent, comme point final de leur détresse.

3.4.2.2. Bertrand C., 18 ans

Nous rencontrons Bertrand lors de sa première hospitalisation en psychiatrie. Il a 18 ans. C'est au début de l'été 1999. L'abord de cette histoire clinique est différent de celui de l'histoire d'Alexis, dans la mesure où nous n'avons pas ici le même recul anamnestique.

3.4.2.2.1. Circonstances d'hospitalisation

Bertrand est accompagné en urgence au service d'accueil de l'hôpital psychiatrique de son secteur, par son père, deux de ses oncles et un ami de la famille. D'emblée le père s'adresse à l'infirmière : "C'est un cas sérieux, il peut être violent.", et présente un certificat médical de leur médecin traitant, attestant que le jeune homme est en proie à un état de dissociation psychotique avec troubles du comportement et angoisse majeure, nécessitant son hospitalisation d'urgence sans son consentement, selon les modalités de l'hospitalisation à la demande d'un tiers (H.D.T.).

Il semble que la situation s'aggrave depuis quelques mois. C'est une tendance à l'isolement, au repli qui a alerté les parents. Bertrand s'enferme seul dans sa chambre la majeure partie de la journée. L'agressivité verbale envers ses parents est devenue peu à peu physique, avec des colères clastiques et de multiples bris d'objets appartenant aux parents. Ils ont alors consulté, sans leur fils, un psychiatre au centre médico-psychologique proche de leur domicile. Celui-ci, à l'écoute du tableau évoqué, a vivement conseillé une consultation spécialisée pour Bertrand, voire la mise en route d'une H.D.T. si ce dernier refusait de rencontrer un médecin. C'est plus

de trois mois après cette première consultation que cette mesure d'hospitalisation est déclenchée.

3.4.2.2.2. Éléments biographiques

Bertrand est le deuxième enfant d'une fratrie de deux. Il a une sœur de neuf ans son aînée, qui est mariée, a un enfant de deux ans, et exerce le métier de professeur d'histoire dans une ville voisine. Son père est également professeur. Sa mère est secrétaire.

Bertrand est décrit par ses parents comme étant très proche de son grand-père maternel, immigré d'origine italienne, présentant manifestement des séquelles psychiques qui sont reliées par la famille à sa déportation en camp de concentration durant la deuxième guerre mondiale.

Il a suivi une scolarité secondaire brillante, jusqu'au baccalauréat (série littéraire), qu'il a obtenu, avec mention, à l'âge de 17 ans. Inscrit ensuite en faculté de lettres, il a, peu après le début de l'année universitaire, abandonné ses études.

Ces éléments biographiques nous sont amenés par les parents de Bertrand, lors d'un entretien familial en début d'hospitalisation, à un moment où le patient n'est pas en mesure d'aborder lui-même la réalité de son histoire.

Les parents évoquent des "difficultés dès l'enfance", décrivant leur fils comme "très coléreux", intolérant à la frustration. Depuis la classe de quatrième, sont apparus de manière insidieuse des troubles du comportement à type de difficultés de concentration, d'instabilité. Colérique, parfois agressif, Bertrand est très dispersé en classe. Parents et enseignants tolèrent la situation, car les résultats scolaires demeurent, et lui permettent de se maintenir parmi les meilleurs élèves de sa classe. Cette période (1992-1995), correspond, à la maison, à la séparation des parents. Ceux-ci évoquent d'abord une mutation professionnelle du père, avant d'ajouter que cette séparation était en fait sous-tendue par une mésentente conjugale qui allait crescendo. Ils concluent, en évoquant leur situation actuelle "Nous vivons ensemble, mais nous ne nous entendons pas.". Bertrand reste donc seul au domicile parental avec sa mère, laquelle est rapidement dépassée par les troubles du comportement de son fils. Celui-ci semble vouloir attiser le conflit parental, en saisissant chaque opportunité d'opposer son père à sa mère. Décrit alors comme très projectif, il multiplie les tentatives de clivage entre ses parents, s'appuyant sur leur mésentente réelle.

La situation perdure, jusqu'à l'épisode actuel, qui remonte en fait à l'obtention du baccalauréat, en 1998. Bertrand apparaît alors très désemparé dans les suites de l'examen. Ce sont ses parents qui décident de l'inscrire en faculté de lettres pour la rentrée suivante. Leur fils entre alors dans la période d'aggravation de ses troubles la plus préoccupante, marquée par un repli sur lui-même, une rupture des contacts sociaux. Il vit depuis la rentrée universitaire dans un appartement à proximité de la faculté où il est inscrit. Il ne sort plus, ne se lave plus, les détritrus les plus divers commencent à s'amonceler chez lui. Les parents se heurtent à sa violence. Bertrand n'est pas en mesure de demander de l'aide, si ce n'est peu de temps avant son hospitalisation, lors d'un appel téléphonique à son beau-frère, auquel il pu lui dire : "ça ne va pas.".

La sœur de Bertrand évoque par ailleurs des troubles du langage d'apparition précoce, expliquant que son frère n'a jamais utilisé de vocabulaire adapté aux différentes situations rencontrées. Il pouvait aussi bien déclamer des vers en s'adressant à un autre jeune dans la rue, que parler en verlan à sa grand-mère. Dans l'enfance, il lui arrivait de s'exprimer uniquement au moyen de phrases apprises par cœur, dans tel ou tel livre, tel ou tel feuillet.

3.4.2.2.3. Description clinique

Le début de l'hospitalisation est marquée par l'intensité du syndrome dissociatif. La pensée de Bertrand est extrêmement diffuse, paralogique. Les associations d'idées sont floues et

compliquées, coupées par de nombreux barrages. On retrouve également des troubles du langage, dont le niveau global est en discordance avec la situation (langage souvent très emphatique), et dans lequel se glissent de nombreux néologismes. Son discours est hermétique et énigmatique, rythmé par des rires immotivés.

Bertrand semble très méfiant. Sa présentation est étrange. Il semble contrôler, au prix d'un effort pesant, un état délirant sous-jacent très actif. Celui-ci apparaît par moment : le jeune homme explique alors qu'on peut lire en lui, grâce à un "système d'ondes perturbatoires". On retrouve également un automatisme mental, Bertrand explique qu'il perçoit des "diversions de sa pensée". Le syndrome délirant est à thème d'influence : il est sous contrôle "d'ondes", "en liaison directe radio". Son calme apparent contraste avec une tension interne à fleur de peau, qui s'exacerbe massivement lorsqu'il est confronté à son père. Cette tension se manifeste par un déchaînement de violence verbale, pouvant laisser craindre un passage à l'acte hétéro-agressif.

Le déni des troubles est massif. Bertrand en est sûr, il va bien, par contre, dit-il, "il faudrait enfermer les parents.". Pour conforter ce déni, il utilise de multiples rationalisations morbides, empruntant à la fois à la psychanalyse et à la philosophie.

3.4.2.2.4. Consommation de cannabis

Rapidement, lors des premiers entretiens, Bertrand aborde avec nous sa consommation de cannabis. Celle-ci dure depuis cinq ans environ. Il a commencé à fumer des joints au sein d'un groupe d'adolescents de son collègue. Consommation groupale qui passe d'abord des joints aux shu-bangs (système confectionné avec un tube en carton troué à une extrémité et où l'utilisateur réalise un foyer en papier aluminium). Un changement radical est repéré il y a un an, concomitant du début de l'aggravation de ses troubles. Le cannabis prend alors de plus en plus de place dans la vie de Bertrand. Sa consommation devient quotidienne. Il s'isole pour fumer. Il dit en ressentir un certain apaisement. Peu à peu l'isolement et la rupture des contacts sociaux se doublent d'une véritable clinophilie et d'un pragmatisme inquiétant.

Les parents n'évoquent pas spontanément l'existence d'une éventuelle consommation de cannabis voire d'autres drogues par leur fils. A notre sollicitation, c'est le père qui répond. Il explique que la première crise clastique est survenue un soir où son fils avait "fait le mur" pour rejoindre des copains, avec lesquels il fumait des joints. Ne le trouvant pas dans sa chambre, il était parti à sa recherche dans le village et l'avait trouvé en train de fumer du haschich au milieu d'un groupe d'adolescents. C'est au retour à la maison que Bertrand "s'est mis à tout casser.". Son père nous dit être averti, de par sa profession, de la consommation de cannabis chez les jeunes, tout en affirmant qu'il n'aurait jamais pensé que son fils en consomme lui aussi. La mère adopte une position incrédule, et dit ne pas savoir ce dont il s'agit. Les mots les plus simples sont prononcés par sa sœur, qui reconnaît que son frère fume effectivement du cannabis, et situe le début de cette consommation en classe de troisième.

3.4.2.2.5. Commentaires et discussion

Les troubles psychiques de Bertrand, quoique de prise en charge très récente, existent depuis plusieurs années. La structure familiale a fait preuve d'une grande tolérance vis-à-vis de ceux-ci, qu'elle est arrivée peu à peu à tolérer. La sœur dit bien, à propos des troubles du langage : "nous étions habitués."

L'épisode ayant conduit à l'hospitalisation n'est pas aussi bruyant que celui décrit dans le cas précédent. Lorsque la symptomatologie "négative" prédomine initialement, il semblerait que les soins soient initiés avec retard. Dans ce cas, ce n'est finalement pas le retrait négativiste de Bertrand qui a inquiété ses parents, mais bien plutôt ses accès d'agressivité à leur rencontre.

Ce retrait négativiste peut parfaitement s'inscrire dans le tableau des conséquences d'une consommation chronique de cannabis, consommation quotidienne et à doses importantes, évoquant alors l'entité clinique décrite précédemment sous le terme de "syndrome amotivationnel".

Même s'il est souvent hasardeux d'avancer un diagnostic à l'issue d'une première décompensation psychique, il semblerait dans ce cas qu'il s'agisse bien d'une entrée dans un processus schizophrénique. Le caractère précessif des signes d'appel repérés par rapport à la consommation cannabique plaide en tous cas dans ce sens. L'usage de cannabis interviendrait là encore comme une tentative d'automédication, le patient insistant beaucoup sur une sensation d'apaisement de son angoisse. A nouveau, on retrouve une modification des modalités de cette consommation, qui précède l'aggravation symptomatique.

3.4.2.3. Cédric D., 23 ans

Le cas de Cédric est encore différent. Il s'agit d'un jeune patient rencontré à cinq reprises en consultation dans un centre médico-psychologique.

Cédric est venu consulter sur les conseils de son médecin généraliste, vers lequel sa mère l'a orienté. Il dit d'emblée : "Les filles me font peur."

3.4.2.3.1. Éléments biographiques

Cédric est l'aîné d'une fratrie de trois garçons. Il a un frère de 22 ans et un de 13 ans. Il vit avec eux chez sa mère, qui est sans emploi.

Son père est décédé en 1993, à l'âge de 40 ans, d'une cirrhose hépatique. Cédric avait alors 17 ans. Ses parents avaient divorcé en 1988. Sa mère lui a parlé de l'alcoolisme de son père et de la conception de son petit frère lors d'une relation extraconjugale. Après le divorce, le père a vécu seul. Il buvait beaucoup, après son travail, et encore plus depuis la séparation. Cédric se souvient de la mort de son père, il était en train de lui parler et "ne s'est pas immédiatement aperçu qu'il était mort."

Cédric a suivi avec difficulté une scolarité jusqu'en 4ème. Il a ensuite été orienté vers un brevet d'études professionnelles en automobile. Il a travaillé un an comme intérimaire dans une usine de construction automobile, et est actuellement au chômage depuis six mois. Il vient de postuler au moment où je le rencontre, pour un emploi d' "aide maternelle" dans une commune voisine.

Il n'a pas d'antécédent psychiatrique particulier. Il signale deux antécédents somatiques : un décollement de rétine post-traumatique en 1997 et une ingestion accidentelle de "durcisseur de résine", la même année. Il a fait son service militaire sans difficulté.

3.4.2.3.2. Description clinique

Cédric a un contact particulier. Il parle très doucement, au point qu'on a du mal à l'entendre, et évite le plus souvent le regard de l'autre, ou reste de longs moments les yeux rivés dans ceux de son interlocuteur.

Il exprime de manière assez floue ses préoccupations actuelles, en commençant par ses lectures "certaines B.D. qui me font trop gamberger.". Il parle aussi de son questionnement autour de son identité sexuelle, puis de la mort de son père, dont il ne peut finalement rien dire à personne. "Je suis tout bizarre. Si j'en parlais, ça ferait peur à tout le monde."

Cédric reconnaît qu'il est inquiet d'une certaine dispersion de ses idées. Il se plaint également d'une insomnie rebelle (endormissement tardif vers 4 à 5 heures, rumination idéique).

La symptomatologie se renforce au cours des consultations suivantes. Cédric apparaît de plus en plus anxieux. Il présente une logorrhée difficile à canaliser. Se dit "bizarre", emprunte des symptômes à une émission de télévision "sur les phobies".

Il décrit également depuis quelques mois un repli sur lui-même important, associé à un désinvestissement de ses principales activités et de lui-même également (ne se lavait plus...).

Il a aussi parfois l'impression qu'on se moque de lui. Il lui arrive également d'interpréter des "signes", selon par exemple que tel ou tel objet a pu être déplacé. Il existe ainsi une discrète tonalité persécutoire, sans mise en évidence d'un syndrome délirant manifeste.

Cédric est inquiet de ce qu'il pourrait être amené à dire lors des consultations. Il n'arrive pas à sortir d'une description factuelle du flou qui l'entourne. Il ne peut notamment pas du tout aborder la mort de son père.

Lors de la dernière consultation, il termine en disant "je vais bien". Devant notre interrogation par rapport aux éléments qu'il rapportait au cours de cet entretien, il termine en expliquant "je dis ça pour ne pas revenir la prochaine fois.". Il ne viendra effectivement pas au rendez-vous suivant.

3.4.2.3.3. Consommation de cannabis

Cédric consomme du cannabis depuis six ans, à dose importante et de manière quotidienne. Il le fume grâce à un système de shu-bang. Il y associe une consommation d'alcool, essentiellement du whisky, qu'il dit boire surtout le week-end. Il fume et boit depuis plusieurs années lors de rencontres avec des connaissances de son âge, mais également tout seul. Il explique que cette consommation de cannabis et d'alcool le calme. Il a pourtant arrêté de fumer brusquement, il y a un mois, dans les suites d'une expérience qu'il décrit comme un vécu de dépersonnalisation. Il avait alors ressenti une modification corporelle extrêmement inquiétante, qui l'a conduit, dans le contexte de malaise psychique dans lequel il se trouvait, à avoir "très peur", et à décider d'arrêter sa consommation de cannabis.

3.4.2.3.4. Discussion et commentaires

La symptomatologie présentée est floue, empruntant à la fois à des éléments d'allure psychotique et à un tableau d'allure phobique. La consommation de cannabis est ancienne, décrite d'emblée comme un moyen d'apaiser des tensions, de diminuer une angoisse. Le vécu de dépersonnalisation a été suffisamment inquiétant pour entraîner l'arrêt immédiat de toute consommation de cannabis.

Cinq entretiens dans un cadre de consultation ambulatoire ne permettent pas d'avancer formellement sur le plan de la structure psychique. On pourrait évoquer un tableau de type état-limite. L'utilisation de cannabis viendrait là colmater une angoisse, éviter le travail de deuil indispensable, et maintenir de ce fait le patient dans un mouvement dépressif chronique.

3.4.3. Approche psychodynamique

La mise en forme de ces réflexions cliniques, à partir des trois vignettes que nous venons de présenter, nous conduit à nous interroger sur la place de la consommation de cannabis chez les patients psychotiques. Il nous semble s'agir là d'ailleurs du cas particulier d'une approche plus globale sur la place des toxiques en général, chez les patients psychotiques.

BERGERET distingue, chez le toxicomane de structure psychotique, deux formes d'intégration du produit dans le mode de fonctionnement psychique [16]. Une première forme clinique est l'investissement de la drogue du "pouvoir de récupérer une réalité conforme aux aberrances ressenties". Le psychotique cherche alors à conserver une certaine unité de sa personnalité et un contact suffisant avec une "réalité" sur mesure. La deuxième forme clinique correspond aux personnalités dont l'intensité des symptômes est telle que le débordement délirant ne peut plus être dénié. C'est alors la drogue qui sert de justification à ce débordement : l'individu est délirant par l'effet de la drogue et non par celui de la psychose. Ces deux formes peuvent se succéder dans le temps : "la seconde forme succède à la première dès que les défenses opérant contre l'irruption des représentations délirantes n'arrivent plus à contenir l'angoisse dans des limites compatibles avec le maintien d'un contact suffisant avec les exigences de la réalité extérieure."

Nous avons abordé plus haut l'intérêt du modèle neurobiologique. Pourtant, dans les histoires singulières présentées ci-dessus, d'autres pistes apparaissent, s'intégrant dans une réflexion psychodynamique que nous souhaitons développer maintenant selon deux axes.

Il nous semble en effet que ces histoires individuelles amènent clairement deux pistes de réflexion, que nous ne ferons qu'ébaucher tant elles ont vastes, celle des rapports entre psychose et Loi et celle des liens entre psychose et mort.

3.4.3.1. Psychose et Loi (I)

Il n'est bien entendu pas question de confondre ici Loi symbolique et loi sociale, mais de réfléchir à l'impact que peut avoir l'existence de la deuxième sur le fonctionnement du psychotique, dont on sait qu'il n'a pu intégrer la première.

Il n'y a pas d'élaboration de la personne humaine sans la Loi.

Dans la théorie lacanienne, la Loi appartient au champ du symbolique. "Le symbolique désigne l'ordre des phénomènes auxquels la psychanalyse a affaire en tant qu'ils sont structurés comme un langage." [73]. La Loi est ce qui affirme la différence. Elle représente en cela la somme des castrations symboligènes. "C'est dans le Nom du Père qu'il nous faut reconnaître le support de la fonction symbolique qui, depuis l'orée des temps historiques, identifie sa personne à la figure de la Loi." [71].

L'interdit de l'inceste prononcé par le père est la coupure qui met définitivement l'être en condition de vie, en lui interdisant le retour aux origines et en assurant la différence des générations. "La mère sans être le pôle d'attraction d'un impossible retour à une béatitude originelle ; le père, hors d'un conflit légal, qui pourtant doit avoir été assumé, et tenu comme mémoire de l'interdit venant de lui, dans une dialectique du Père Mort, en tant que symbolique, posant la différence toujours nouvelle qui constitue la vie et ses pulsions." [119]. LACAN a ainsi formulé cette très importante conjonction entre le Père Mort, le meurtre du Père, et la Loi, parlant de FREUD : "(...) la nécessité de sa réflexion l'a mené à lier l'apparition du signifiant du père, en tant qu'auteur de la Loi, à la mort, voire au meurtre du Père, montrant ainsi que si ce meurtre est le moment fécond de la dette par où le sujet se lie à vie à la Loi, le Père symbolique en tant qu'il signifie cette Loi est bien le Père Mort." [70]

L'interdit de reprendre une forme indifférenciée (dans un lieu empli de jouissance, au-delà du plaisir, où il n'y a plus rien, y compris plus de réalité), place le sujet dans l'obligation, pour vivre, d'exercer son désir, force qui pousse à acquérir ce qui manque. Le désir, moteur de la vie, recherche son objet. Or l'objet manquant est irréprésentable, c'est seulement le manque (et non la nature de l'objet) qui peut être révélé. La différence sexuelle est une différence symbolique. La parole, ouverte par l'interdiction du retour au néant des origines, permet de faire une demande à un autre, permet d'exprimer le désir : "Mettant en jeu le désir, la Loi témoigne de l'Autre là où il manque, dans l'absence." [139]. La Loi fonde l'homme parlant : "La Loi ne se conçoit que pour un être de parole." [139].

"La Loi est l'instance qui brise toute relation duelle ou plutôt qui n'autorise pas l'installation d'une telle relation, dont les deux paroxysmes, basculant constamment l'un dans l'autre, sont la fusion et l'opposition. La relation duelle (spéculaire) plonge toujours ses racines dans le corps à corps, voire le corps en corps, de l'enfant et de la mère. Si rien ne vient la briser, s'il n'y a aucune instance représentant la Loi, le commandement et l'obéissance ne sont plus ordonnés à la libération de la parole qui fonde le sujet. (...) Il n'y a plus de Loi, la parole est perdue et le temps aussi." [139].

La forclusion est le mécanisme spécifique qui est, dans la théorie lacanienne, à l'origine du fait psychotique. La forclusion est "un rejet primordial d'un 'signifiant' fondamental hors de l'univers du symbolique du sujet." [73]. Le psychotique, enfermé dans le désir de sa mère, ne peut aboutir à la triangulation œdipienne primitive. C'est la théorie de la forclusion du Nom du père, "faillite primordiale, manque à jamais d'une expérience qui ne permettra pas la symbolisation, l'accès au langage, la métaphore paternelle, l'accès à la Loi de la 'castration humanisante' (F. Dolto)." [41].

"Dans la 'structure' psychotique ou plus exactement dans la 'destruction' de la psychose, il n'y a pas l'ombre d'une contre-distinction entre le champ pulsionnel et le champ du désir." [139]. Or "le commandement de la Loi ne s'entend que comme parole universellement adressée à chacun. Dit et redit au nom de tous, il a été ou sera contredit par chacun. Et telle est la fonction de la Loi : elle détermine les pulsions ; elle ne les nie pas (ce qui serait de la

répression) ; elle les avoue." [139]. Le psychotique est donc aux prises avec ses pulsions, coupées du champ du symbolique, et ne pouvant s'inscrire dans le cadre structurant de la Loi paternelle.

La consommation de cannabis, comme celle des autres drogues illicites est actuellement interdite par la loi en France. Lorsqu'il consomme du cannabis, le psychotique transgresse l'interdit posé par la loi sociale. Se poser dans la transgression d'une loi nécessite de reconnaître l'existence de celle-ci, et par là reconnaître l'existence d'un interdit, fut-il seulement social. Pourrait-on alors postuler que la transgression de la loi sociale permet au psychotique, dont on a vu qu'il ne peut accéder à la Loi symbolique, la mise en place d'une organisation prothétique visant à colmater la béance laissée par la non-intégration de la Loi paternelle ?

Remarquons pour terminer que les trois vignettes cliniques présentées ont en commun le registre dissociatif du phénomène psychotique. De manière empirique d'ailleurs, il apparaît que les liens entre toxiques et psychoses se font majoritairement dans le champ des psychoses dissociatives. Rares sont les descriptions retenant une psychose paranoïaque. Serait-ce un argument supplémentaire pour penser que le paranoïaque, en tant qu'il incarne la loi, n'a pas besoin de rejouer la transgression ?

3.4.3.2. Psychose et mort

L'usage d'un toxique, quel qu'il soit et quelle que soit sa toxicité réelle, a à voir avec la mort, comme nous l'avons abordé précédemment. Le cannabis n'échappe pas à cette proximité. La réflexion au sujet de ce rapport entre toxique et mort s'enrichit ici d'une troisième dimension, celle de la structuration psychotique, et des propres liens entre psychose et mort.

M. KLEIN donne à la pulsion de mort, dès l'origine de la vie, une fonction autodestructrice qui s'exprime par des fantasmes de haine et d'agression, dont la constance et l'intensité amènent à des positions psychotiques infantiles. La toute puissance des pensées infantiles s'impose dans une perspective de relation. Mais par quels mécanismes la pulsion de mort revient-elle ensuite sur le devant de la scène psychique, dans la mélancolie ou dans les épisodes délirants psychotiques ?

La pulsion de mort est une force inconsciente tendant à la réduction complète des tensions, comme l'a proposé FREUD dans "Au delà du principe de plaisir" [73]. La mort comme destin de tous, aboutissement de la vie, inconnue et certitude existentielle ; ou la mort comme état premier, d'avant la vie. L'abord mental de la mort peut dans certaines circonstances réactiver le fantasme des origines. Les liens sont étroits entre les deux morts, celle d'avant la vie et celle d'après la vie.

LACAN a montré que la structuration psychotique ne permet pas d'accéder à l'ordre du symbolique. "La mort, chez le psychotique, par l'impossibilité d'être incluse dans les signifiants comme élément zéro, et par la forclusion qui exclut le père de la relation à la mort, à la Loi, et à l'Autre, est ravivée comme question énigmatique posée par les ruptures psychotiques. Lorsque la référence symbolique devient urgente et pourtant fait défaut, devant ce qui ne peut être pensé, quand l'agressivité, ou la relation duelle, ou la pensée duelle, amènent au bord de l'impossibilité, une collusion s'établit entre l'inaccessible concept de la mort et la pulsion de mort elle-même, qui devient ainsi 'parlante', dans l'acte ou le propos délirant, révélant la tentative d'obturer la faille symbolique." [119]. S'il n'y a donc pas de symbolisation possible de la pulsion de mort pour le psychotique, il y a parfois nécessité pour lui de la mettre en acte. C'est ainsi que Denis VASSE écrit : "Les psychotiques provoquent incessamment la vie qui n'est pas vie pour eux et la mort qui n'est pas mort pour eux. Comme pour échapper à une identification spéculaire dernière entre la vie et la mort, ultime violence faite au sujet qui en est exclu, celui-ci singe sur le mode pulsionnel de l'instantanéité la vie et la mort (...). Ce n'est qu'à mourir que les psychotiques peuvent vivre : ils sont invivables disent les parents. Livrés à la vie et à la mort qui s'opposent en d'infinis reflets, ils sont sans histoire. Ils échouent à naître dans un monde humain. Ils ne peuvent qu'y n'être." [139].

La fonction du Père Mort a été très nettement indiquée par FREUD. Le mythe du Père Tué est exposé dans 'Totem et Tabou', puis dans 'Malaise dans la civilisation', avant de participer à la construction, proposée comme mythe historique sur le meurtre originel, de 'Moïse et le monothéisme'. Il n'est bien sûr pas question ici du père mortel ou immortel, mais par contre de l'impossible accession au statut symbolique du fantasme meurtrier particulier au complexe œdipien : "Le sacrifice reste toujours à accomplir, comme s'il n'y avait pas d'accès possible à une médiation symbolique : ceci constitue une lourde pesée, une charge épuisante pour le psychotique : son conflit n'est pas celui d'une castration mais d'un affrontement légal toujours en attente. Le sacrifice peut donner lieu à un glissement du fantasme dans la réalité vers le meurtre ou le suicide." [119]. "Et si l'on pense à l'adage de Freud, 'si vis vitam, para mortem. Si tu veux pouvoir supporter la vie, soit prêt à accepter la mort.', cette acceptation, jamais tenue par le psychotique, n'est possible que par la mise en place du Père Mort, c'est-à-dire la traversée œdipienne, laissant émerger un temps mythique d'une mort première et une Loi que porte le Père en tant que symbolique et que mène jusqu'à la fin le désir." [119].

Le toxique pourrait ainsi être utilisé par le psychotique comme l'instrument d'une "petite mort". "Quelles que soient les élaborations théoriques on reconnaîtra une attraction entre la Folie et la Mort qui pour le psychotique est décelable dans la démarche qui s'efforce de se placer au lieu de cette mort impossible, d'une redoutable proximité. Cette fixation de la schizophrénie se figerait comme annihilation de l'esprit." [119].

Pour terminer ce rappel sur les conceptions analytiques des rapports entre psychose et mort, nous concluons avec ROSOLATO : "Ce qu'il faut souligner c'est cette exigence de retour de la psychose, qui suivant son impossible interrogation, trouve la mort, comme fin mais aussi comme point d'origine, pour fermer un cercle où la mère et la mort se confondent." [119].

Cette troisième partie nous permet de retenir plusieurs éléments fondamentaux concernant le cannabis :

- Si l'ivresse cannabique est bien décrite et communément admise, l'existence d'un syndrome amotivationnel en cas de consommation chronique est plus discutée.
- Seul 5% environ des consommateurs de cannabis ont avec cette substance un rapport toxicomaniaque sur le plan psychodynamique, ou une vulnérabilité particulière sur le plan neurobiologique. Le travail du clinicien réside en partie dans l'évaluation de la place du toxique dans la vie psychique de l'individu.
- La pathogénicité du cannabis sur le plan somatique est encore mal démontrée. Deux pistes émergent pourtant : celle des complications respiratoires (bronchite chronique et cancers) et celle du risque lié à certaines activités (conduite automobile par exemple). Un ralentissement possible des capacités cognitives ne doit pas être banalisé, notamment chez les adolescents.
- Sur le plan psychiatrique, si l'existence de pharmacopsychose aiguë cannabique est assez largement reconnue, celle d'une psychose cannabique chronique reste critiquée. Les liens entre cannabis et schizophrénie, sans être totalement établis, s'orientent vers l'existence d'une vulnérabilité particulière où le cannabis intervient comme facteur précipitant l'éclosion d'une schizophrénie latente et aggravant son évolution, et comme moyen d'automédication pour les patients. Au delà de ce modèle neurobiologique, l'intérêt d'une approche psychodynamique en pratique clinique quotidienne est réaffirmé.

4.1. Textes internationaux

L'acte de naissance du droit international de la drogue se situe au XIXème siècle, dans la solution d'un conflit qui oppose le Royaume-Uni et la Chine impériale. Les Britanniques en effet organisent une part de leur commerce international autour du troc de l'opium produit par leurs colonies indiennes. La Chine, elle, tente vainement d'interdire, sur son territoire, l'usage de cette drogue. Le traité de Nankin, signé en 1842 entre les deux pays, arrive difficilement à normaliser la situation. Tandis qu'en Grande-Bretagne s'installe un mouvement prohibitionniste... C'est à partir de celui-ci que plusieurs commissions gouvernementales sont mises en place, avec pour mission l'étude des dangers entraînés par l'usage de l'opium.

4.1.1. Premières réflexions communes

La première conférence internationale sur l'opium a eu lieu à Shanghai en 1909, suite notamment à la demande de Monseigneur BRENT, évêque de Manille, adressée au Président ROOSEVELT [20].

C'est plus particulièrement en 1912, lors de la deuxième conférence sur l'opium, organisée à La Haye, que s'expriment officiellement les premières interrogations sur l'action du cannabis : "La conférence estime désirable d'étudier la question du chanvre indien d'un point de vue statistique et scientifique, dans le but d'enrayer ses abus, si cela se révèle nécessaire, par voie de règlement intérieur ou d'accord international.". Deux visions s'affrontent, celle des Etats-Unis, défendant une position prohibitionniste, et celle des puissances coloniales, largement impliquées dans le commerce de l'opium.

La troisième édition de cette conférence, en 1925, à Genève, sera le théâtre d'une nouvelle prise de position, de la part du représentant égyptien : "Il est une autre substance qui est au moins aussi dangereuse que l'opium, si ce n'est plus, et que mon gouvernement serait heureux de voir figurer dans la même catégorie que les autres stupéfiants déjà mentionnés. Je parle du haschich, le produit du Cannabis sativa.". Cette requête fut diversement suivie, même si le cannabis est mentionné dès lors parmi les substances contrôlées. La France, le Royaume-Uni et la Chine s'accordent sur un système de production et de distribution contrôlée par un monopole d'état, concernant l'opium, la coca, le cannabis et leurs dérivés. Les parties qui s'engagent doivent fournir des évaluations chiffrées de leurs besoins en stupéfiants et soumettre production, importation et exportation à des autorisations délivrées par le Comité central permanent de contrôle des stupéfiants, créé à cette occasion.

En 1931, lors de la convention de Genève, le terme de "drogue" remplace officiellement celui de "stupéfiant".

De 1931 à 1953 ont lieu six conventions visant à renforcer les contraintes et les sanctions relatives à l'usage et au trafic de drogue.

La multiplication de ces réunions internationales montre l'avancée hésitante du législateur dans le domaine si délicat des substances toxicomaniaques. Elles ont néanmoins le mérite de préparer le texte international qui régit depuis ce domaine.

4.1.2. La Convention unique internationale (1961)

La Convention unique internationale sur les stupéfiants est signée à New York en 1961. Les 77 pays signataires s'engagent à "limiter exclusivement à des buts médicaux et scientifiques la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce des drogues couvertes par la convention."

Ce texte s'applique à 108 plantes, substances naturelles ou synthétiques, réparties en quatre tableaux. Il organise le contrôle des substances stupéfiantes dont l'usage doit être réservé à des fins exclusivement médicales ou scientifiques, et remplace les précédents traités existants. Les quatre tableaux ont été établis par un comité technique en fonction de leur danger et de leur valeur thérapeutique :

Tableau I : substances présentant les risques d'abus les plus importants (une centaine, parmi lesquelles on peut retenir les opiacés synthétiques ou semi-synthétiques, la feuille de coca, la cocaïne, le cannabis, la méthadone).

Tableau II : neuf substances présentant des risques moins importants et qui sont utilisées à des fins médicales (codéine et substances synthétiques).

Tableau III : préparations pharmaceutiques qui incluent des substances des tableaux I et II, mais à des concentrations suffisamment faibles pour ne pas provoquer d'effet néfaste.

Tableau IV : six substances du tableau I (dont l'héroïne et le cannabis), considérées comme particulièrement dangereuses et dont la valeur thérapeutique est inexistante.

A noter en ce qui concerne le cannabis, que seules les sommités fleuries et fructifères de la plante étaient concernées par le texte, à l'exception des feuilles...

La France, comme 135 autres pays dans le monde, a ratifié cette convention. Elle a d'autre part complété pour son territoire le texte international, par le décret du 19/12/1988, qui étend l'interdiction au cannabis dans son ensemble, y compris les feuilles et la résine.

Deux autres textes internationaux suivent, en 1971 (Convention de Vienne sur les psychotropes) et en 1972 (Protocole de Genève qui renforce le contrôle de l'O.N.U. sur la limitation des cultures de drogue à visée médicale et scientifique).

4.1.3. La Convention sur les psychotropes (1971)

La Convention sur les substances psychotropes de 1971 s'applique à une soixantaine de substances d'origine synthétique qui n'ont pas fait l'objet de classement dans la Convention unique. Ces substances, uniquement destinées à un usage médical et scientifique, sont aussi classées en quatre tableaux. C'est dans le deuxième tableau, regroupant les substances "susceptibles d'entraîner des abus mais dont la valeur thérapeutique est faible ou moyenne" qu'est classé le THC, principe actif psychotrope du cannabis.

4.1.4. La Convention des Nations Unies (1988)

Il s'agit d'un texte visant à renforcer la collaboration judiciaire internationale dans le domaine de la lutte contre le trafic de drogue.

Adoptée à Vienne le 19/12/1988, elle a été ratifiée par la France en 1989 et est entrée en vigueur en 1991.

La France a, par une loi de novembre 1990 (loi n°90-1010 du 14/11/1990), adapté sa législation aux dispositions de l'article 5 de cette convention, pour permettre la confiscation de stupéfiants et de produits tirés d'infractions relatives aux stupéfiants.

4.1.5. La Convention de Schengen (1990) et le Traité d'Amsterdam (1997)

Il nous semble important de terminer ce rappel des textes internationaux en vigueur par quelques lignes sur les Accords de Schengen. Même si ce texte n'est pas spécifique de la législation internationale en matière de drogue, les dispositions prises en matière de libre circulation des personnes et des biens ont des conséquences non négligeables sur l'harmonisation des politiques anti-drogue européennes.

Le 14 juin 1985, la France, l'Allemagne et les pays du Benelux décidaient, à Schengen, au Luxembourg, de supprimer progressivement les contrôles à leurs frontières communes : l'accord de Schengen était signé. Cinq ans plus tard, en juin 1990, les mêmes états déterminaient les conditions de mise en œuvre de cette initiative, dans le cadre de la convention d'application de l'accord de Schengen. Le noyau initial des pays fondateurs a été progressivement rejoint par l'Italie (1990), l'Espagne et le Portugal (1991), la Grèce (1992), l'Autriche (1995) et enfin le Danemark, la Finlande et la Suède (1996), donnant à l'espace de Schengen des dimensions européennes, à l'exception notable du Royaume-Uni et de l'Irlande. Le traité d'Amsterdam (22/10/1997) consacre cette évolution en intégrant l'accord de Schengen à l'Union européenne, tout en préservant la position particulière du Royaume-Uni et de l'Irlande.

Les Etats signataires des Accords de Schengen se sont engagés à respecter la spécificité des politiques de chacun des Etats en matière de drogues et à lutter contre les effets secondaires néfastes de leur politique nationale. Les difficultés restent nombreuses en matière de lutte contre le trafic de stupéfiants. Un rapport de la Commission des affaires étrangères du Sénat, présenté en décembre 1998 [82], dresse à ce sujet un bilan en demi-teinte : les flux de stupéfiants en provenance des Pays-Bas ne sont pas ralentis, même si la coopération franco-néerlandaise en matière de stupéfiants a nettement progressé et si "la politique néerlandaise en matière de stupéfiants est devenue par ailleurs plus rigoureuse". La France justifie de ce fait le maintien des contrôles aux frontières avec la Belgique et le Luxembourg, en vertu de la clause de sauvegarde prévue à l'article 2§2 de la convention d'application de l'Accord de Schengen.

La France a ratifié ces conventions internationales, et se voit dans l'obligation de placer son droit interne en accord avec leurs dispositions. La législation française actuelle, que nous allons

maintenant étudier, concerne "le cannabis, la plante et sa résine, les préparations qui en contiennent ou sont obtenues à partir du cannabis, de sa plante ou de sa résine.", et considère le 9THC comme stupéfiant.

4.2. Législation française

Les premiers interdits prononcés à l'encontre du cannabis l'ont été en Egypte, comme nous l'avons vu au cours du rappel historique. C'est lors de la conquête d'Egypte, que NAPOLEON, soucieux de protéger ses troupes, interdit la consommation du haschich. Cette interdiction est confirmée par l'ordonnance du 17 Vendémiaire an IX (8/10/1800) : "Il est interdit sur tout le territoire égyptien de boire la forte liqueur préparée par certains musulmans avec une herbe appelée haschich et de fumer les sommités fleuries du chanvre." [94].

Rappelons que la loi du 19/07/1845, qui réglementait la vente, l'achat et l'emploi des substances vénéneuses (72 produits dont l'opium, la morphine, la cocaïne), n'avait pas pour but de réprimer l'usage euphorisant de ces produits, mais leur détournement à des fins criminelles.

Avec l'apparition des premières fumeries d'opium en France, le premier texte français en matière d'usage de drogue est une loi de 1916 (loi du 12/07/1916) instituant le "tableau B des substances vénéneuses", qui en réglementait strictement l'emploi et la vente et créait le délit d'usage. Un décret de la même année (décret du 14/09/1916) interdit la détention de ces substances en la qualifiant de délit. Le cannabis est concerné par cette interdiction.

Par la suite, la loi du 29/07/1939 et un décret de novembre 1951 précisent que "ceux qui font usage de stupéfiants en société" ou "ceux qui en facilitent l'usage à titre onéreux ou gratuit" sont passibles de peines d'amende et d'emprisonnement, et que "les peines seront doublées à

l'encontre de ceux qui fabriquent ou cultivent illicitement des substances ou des plantes classées comme stupéfiants."

La loi du 24/12/1953 prévoit pour la première fois une obligation de soins pour le "drogué malade".

Il est intéressant de noter qu'il n'existe pas en droit positif français de définition de la drogue ou de la toxicomanie. Il n'y a pas non plus de corrélation entre les classifications scientifiques des drogues en fonction de leur dangerosité, en termes d'action sur le système nerveux central, de dépendance et de tolérance, et le régime juridique auquel elles sont soumises.

A l'heure actuelle, le texte légal de référence en France en matière de toxicomanie reste la loi du 31/12/1970, dont nous nous proposons maintenant de rappeler les principes et l'application.

4.2.1. La loi du 31/12/1970

La législation française en matière de stupéfiants repose sur la loi n° 70-1320 du 31/12/1970, dite "loi de 70", "relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses". Celle-ci associe un volet sanitaire et un volet répressif. Usagers et trafiquants de cannabis tombent toujours sous le coup de cette loi, dont nous nous proposons d'étudier l'intérêt théorique et les limites pratiques [5]. Il faut ici noter que le nouveau Code Pénal (N.C.P.), entré en vigueur en 1994, renforce nettement la lutte et la répression contre l'usage et le trafic de stupéfiants.

Nous présenterons d'abord les articles de la loi tels qu'ils ont été initialement votés, avant de souligner les modifications intervenues depuis 1970, avec notamment les dispositions complémentaires qui ont été votées, mais également les changements introduits par l'entrée en vigueur du N.C.P..

Le Code de la santé publique (C.S.P.) dispose, dans son article RS.181 : "sont interdits la production, la mise sur le marché, l'emploi et l'usage : du cannabis, de sa plante et de sa résine, des préparations qui en contiennent ou de celles qui sont obtenues à partir du cannabis, de sa plante ou de sa résine ; des tétrahydrocannabinols, de leurs éthers, sels, ainsi que des dérivés précipités et de leurs préparations."

4.2.1.1. Principes

Le fondement de cette loi repose sur le refus de laisser un individu aliéner sa liberté et menacer sa santé.

Elle concerne l'ensemble des "substances vénéneuses", substances ou plantes figurant sur la liste des stupéfiants fixée par arrêté ministériel (arrêté du 22/02/1990) qui comporte les stupéfiants classés comme tels dans la Convention unique de 1961 (qui fait figurer le cannabis et ses dérivés aux tableaux I et IV) ainsi que certaines substances (amphétamines, hallucinogènes) classées dans la Convention sur les psychotropes.

La loi de 1970 a fait l'objet de nombreuses analyses, débats et controverses. Ses objectifs peuvent être résumés en trois points [100] :

- _ Répression sévère du trafic.
- _ Principe de l'interdiction de l'usage des stupéfiants avec proposition d'alternative thérapeutique à la répression de l'usage.
- _ Gratuité et anonymat des soins pour les usagers demandant un traitement.

4.2.1.1.1. Répression de l'usage et du trafic

Ce sont les dispositions de la loi concernant la répression de l'usage qui sont, dans le cas du cannabis, les plus remises en question.

Ces dispositions répressives constituent l'article 2 de la loi, qui forme l'essentiel des articles du C.S.P. relatifs aux "restrictions au commerce des substances vénéneuses" (art. L.626 à L.630-3 C.S.P., sauf art. L.626-1, L.627-2 à 7, L.629-2, L.630-3 C.S.P.).

L'usage des substances vénéneuses, classées comme stupéfiants par voie réglementaire, est prohibé par les articles L.628 et L.629 du C.S.P.. Ces deux articles précisent les peines encourues :

"Seront punis d'un emprisonnement de deux mois à un an et d'une amende de 500 à 15 000 F. ou de l'une de ces deux peines seulement, ceux qui auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants." (art. L.628 C.S.P.) et "Dans le cas prévu à l'article L.628, les tribunaux devront ordonner la confiscation des substances ou plantes saisies (...)." (art. L.629 C.S.P.).

Les modifications amenées par l'entrée en vigueur du N.C.P. pour ces deux articles, suppriment les minima d'emprisonnement et d'amende et élèvent le montant de l'amende à 25 000 F..

La loi de 1970 sanctionne donc l'usage, public ou privé, de toute substance stupéfiante, telle que définie plus haut, sans distinction de la nature de la drogue ou de la quantité absorbée, et même si cet usage n'entraîne aucune nuisance perceptible par l'entourage. Elle ne retient pas non plus du caractère occasionnel ou habituel de l'usage.

Le trafic (acquisition, détention, transport, emploi, offre et cession) est réprimé par les articles L.626 et L.627 du C.S.P., qui prévoient deux à dix ans d'emprisonnement et 5 000 à 50 000 000 F. d'amende. En cas d'importation, d'exportation ou de fabrication, la peine d'emprisonnement est de dix à vingt ans. Le quantum de ces peines sera doublé en cas de récidive.

Par ailleurs d'autres faits peuvent être incriminés, il s'agit notamment de la facilitation, de l'aide, de l'incitation ou de la provocation à la consommation de produits stupéfiants. L'article L.630 du C.S.P. réprime la provocation, qu'elle ait été ou non suivie effectivement d'une consommation, les peines sont de un à cinq ans d'emprisonnement et/ou une amende de 5 000 à 500 000 F.. La provocation inclut le fait de présenter les stupéfiants sous un jour favorable.

Des peines complémentaires peuvent être prononcées. Il s'agit notamment de confiscation, fermeture administrative ou judiciaire d'établissement, d'interdiction de séjour, de déchéance des droits civiques, de retrait du permis de conduire ou du passeport. Les trafiquants étrangers peuvent en outre être interdits, de manière temporaire ou définitive, de séjour sur le territoire français (mesure mise en application à l'expiration de leur peine principale).

Les moyens légaux donnés aux services de police dans le cadre de la répression du trafic de stupéfiants vont au-delà des règles habituelles de droit commun, avec un délai de garde à vue pouvant atteindre quatre jours, la possibilité d'effectuer des perquisitions de jour comme de nuit, et une contrainte par corps pour assurer le paiement des amendes pouvant aller jusqu'à deux ans de prison (elle ne peut excéder quatre mois en droit commun).

4.2.1.1.2. Volet sanitaire

Le caractère novateur de cette loi à l'époque de sa conception réside dans l'articulation originale qu'elle propose entre volet répressif et volet sanitaire : l'usage de drogues illicites est un délit, mais un arrêt de la procédure est possible si l'usager accepte les soins, que la justice peut par ailleurs lui imposer.

Les dispositions sanitaires constituent l'article 1 de la loi, forment les articles L.355-14 à L.355-21 du C.S.P., et proposent des dispositions thérapeutiques substitutives et alternatives à la répression de l'usage. Ce volet thérapeutique est habituellement désigné sous le terme d'injonction thérapeutique, ce qui constitue un raccourci réducteur, alors que les mesures édictées couvrent aussi les champs du traitement spontané nominal ou anonyme et celui du traitement sous astreinte [5].

En ce qui concerne la grande majorité des usagers de cannabis, il semble bien que les possibilités fournies par l'injonction thérapeutique et les autres mesures sanitaires ne soient pas d'un intérêt de premier plan, c'est pourquoi nous ne les détaillerons pas dans ce travail.

4.2.1.2. Application

Il existe manifestement, en ce qui concerne l'usage de cannabis, une différence entre la répression totale prônée par les textes de loi et l'application qui est faite de ceux-ci dans la pratique. La multiplication des textes administratifs, des décrets d'applications, des circulaires et des notes diverses en est le reflet.

4.2.1.2.1. D'une circulaire à l'autre

La première circulaire d'application du ministère de la Justice (1971) 31 rappelle que la loi de 1970 "a pour objet à la fois d'aggraver les pénalités en matière de trafic et d'inciter les usagers à se faire soigner.". Les parquets ont entière liberté d'appréciation, mais la circulaire précise que l'incrimination d'usage doit être utilisée pour les faits d'acquisition, de détention et de transport pour usage personnel, et qu'elle ne peut être utilisée seule dès lors que sont constitués les faits de cession ou d'offre de stupéfiants. Elle rappelle également que les personnes inculpées pour usage de stupéfiants ne peuvent relever de mesures de détention provisoire.

Deux ans plus tard, une nouvelle circulaire 32, critique en les qualifiant d'"errements" les poursuites engagées contre des usagers détenteurs de très petites quantités de drogue, au titre de l'article L.627 (réprimant le trafic). La question de la frontière entre usager et revendeur est posée. Même si la loi distingue clairement usage et trafic, l'appréciation de la frontière entre les deux est laissée à l'appréciation des magistrats. Deux tendances se dessinent : entre 1970 et 1980, l'usager-revendeur est essentiellement considéré comme un usager, tandis qu'un renversement de position est amorcé à partir des années 1980, dans les suites d'une nouvelle circulaire en 1977 33 notamment, mais aussi dans le mouvement général visant à renforcer la sécurité en luttant contre la délinquance.

Le rapport de la commission PELLETIER [109], publié en 1978, est un premier état des lieux en matière de drogue en France, huit ans après l'adoption de la loi. Le bilan met en lumière les difficultés posées par les usagers : c'est la voie judiciaire qui prédomine pour eux, avec un nombre croissant de mises en détention provisoire, face à des mesures d'injonction thérapeutique qui fonctionnent mal, tiraillées entre système judiciaire et système sanitaire qui collaborent difficilement. La commission propose dans ses conclusions de différencier les usagers selon le type de produit utilisé.

La circulaire PEYREFITTE 34 s'appuie sur les conclusions du rapport précédent pour avancer que l'usager de cannabis ne peut pas être considéré comme un "véritable toxicomane", il ne relève pas d'une cure de sevrage ni des mesures d'injonction thérapeutique. Une simple mise en garde doit lui être signifiée, en dehors des cas de multiples réitérations, où une mesure d'injonction thérapeutique pourra être prononcée. La position du ministre de la Justice n'est qu'indicative pour les parquets, il n'en reste pas moins que cette circulaire a été perçue à l'époque comme une dépénalisation de fait de l'usage de cannabis.

La circulaire BADINTER en 1984 35 pose à nouveau la question de l'usager-revendeur. Déplorant les peines de prison ferme pour simple usage, elle incite néanmoins à ne plus excuser un délit par l'usage de drogue, et à appliquer de manière stricte la loi lorsqu'il s'agit de trafic. Elle revient sur les difficultés d'application des mesures d'injonction thérapeutique et leur peu d'efficacité.

Changement de majorité politique, nouvelle circulaire, en 1987, la circulaire CHALANDON 36 propose de différencier les usagers, non pas en fonction du produit qu'ils consomment, mais en fonction du caractère occasionnel ou régulier de leur consommation : si l'usage d'une drogue (quelle qu'elle soit) se révèle occasionnel, et que "l'intéressé présente des garanties suffisantes d'insertion sociale", un simple avertissement lui sera signifié. La volonté d'une relance des mesures d'injonction thérapeutique est signifiée. Cette circulaire abroge les dispositions prises par les précédentes.

L'application de la loi de 70 dans les années 1990 reste dans la continuité des dix ans précédents, avec deux nouvelles circulaires (en 1993 et 1995), qui confirment les grandes lignes de la circulaire CHALANDON : distinction usager occasionnel, régulier et usager-revendeur, volonté de relance de l'injonction thérapeutique, dont une définition précise des indications est proposée : tous les consommateurs d'héroïne et de cocaïne et les gros consommateurs de cannabis dépendants, ou associant le cannabis à d'autres drogues.

Le 17/06/1999 a été publiée la dernière circulaire en la matière, intitulée "Les réponses judiciaires aux toxicomanes" 37, et signée du Garde des Sceaux Elisabeth GUIGOU. Elle s'appuie sur les résultats du rapport ROQUES pour rappeler l'évolution récente de la toxicomanie en France, et la nécessité d'une approche globale des drogues licites et illicites. Elle préconise une adaptation des réponses judiciaires fondée sur la prise en compte de la situation personnelle (médico-sociale et psychologique notamment), de chaque usager : "Pour mieux prendre en compte la toxicomanie des personnes qui lui sont déférées, l'institution judiciaire doit faire appel à des compétences spécialisées.". Cette adaptation va donc dans le sens d'une individualisation croissante de la décision judiciaire, grâce à une utilisation renforcée des expertises médico-psychologiques ou psychiatriques et des enquêtes sociales. Les mesures alternatives aux poursuites doivent être privilégiées, pas seulement sous forme d'injonction thérapeutique, mais aussi de classement avec avertissement, de classement avec orientation vers une structure médico-sociale, ou de classement sous condition. De même, il est rappelé que les mesures d'emprisonnement ferme pour usage simple doivent être un "ultime recours", et que les peines alternatives doivent être préférées. Pour les jeunes, une approche éducative doit prévaloir.

L'abstinence totale n'est plus le seul objectif de prévention, qui se recentre sur la lutte contre le passage de l'usage occasionnel à l'abus ou à la dépendance.

De cette évolution découle le débat actuel sur la dépénalisation des drogues, au premier plan desquelles figure le cannabis. Ces dissonances permettent au CIRC de conclure : "Aujourd'hui, le cannabis fait partie du paysage quotidien et son interdiction est de moins en moins comprise et de moins en moins respectée." [29].

4.2.1.2.2. Les chiffres des services policiers et judiciaires

Il reste actuellement difficile de savoir ce qu'il en est des peines d'emprisonnement pour usage de cannabis. On sait que les positions des différents ressorts en France sont très disparates. Sur quelles bases se fondent de telles disparités, quels sont les éléments qui interviennent dans le déclenchement de l'action publique ou au contraire dans le classement sans suite ? On peut réfléchir au jugement rendu par le Tribunal correctionnel de Coutances (Manche) en 1994 : un an d'emprisonnement et 20 000 F. d'amende pour la possession de trois grammes de haschich [29] ou à l'arrêt de la Cour d'Appel de Paris qui a condamné en décembre 1996 un jeune homme de 21 ans, pour avoir cultivé un pied de cannabis dans son jardin, à trois mois de prison avec sursis et à 15 000 F. d'amende.

D'un point de vue général, les interpellations pour infractions à la législation sur les stupéfiants ont fortement augmenté ces dernières années [100]. Cette évolution témoigne de mouvements contradictoires : forte croissance des interpellations des usagers de cannabis, diminution de celle des usagers d'héroïne.

Le bilan 1998 de l'O.C.R.T.I.S., rendu public en mai dernier [75] confirme cette évolution : entre 1993 et 1998, le nombre d'usagers de cannabis interpellés a été multiplié par 2,5. Les usagers simples (toutes drogues confondues) sont moins fréquemment placés en garde à vue : 45% en 1997 (contre 60% en 1993). Sur l'ensemble des usagers simples interpellés, 97,2% sont laissés libres en 1997, (cette remise en liberté n'implique pas de facto un abandon des poursuites).

Le graphique suivant montre l'augmentation importante du nombre des interpellations pour usage et usage-revente de cannabis, entre 1993 et 1998.

Cette forte croissance ne peut être interprétée de manière univoque. Elle associe probablement l'impact de plusieurs facteurs, parmi lesquels interviennent certainement des modifications de l'action des services de police et de gendarmerie, selon les instructions données par les parquets et visant, dans les suites de la circulaire de 1995, à signaler de manière plus systématique les usagers. La banalisation de l'usage de cannabis, de même que la transformation de son contexte d'usage a probablement joué aussi un rôle dans cette hausse.

Les chiffres de l'O.C.T.R.I.S. montrent également une augmentation de la part des mineurs interpellés pour usage et usage-revente de stupéfiants (tous produits confondus). Cette augmentation de la part des mineurs et jeunes adultes (moins de 21 ans) interpellés contribue pour 70% à l'augmentation des interpellations des usagers entre 1995 et 1997.

Qu'en est-il concrètement des suites de l'interpellation ? L'affaire peut être classée sans suite, des poursuites pénales peuvent être entamées, ou une injonction thérapeutique peut être prononcée.

Globalement, le nombre d'injonctions thérapeutiques prononcées a été en forte progression entre 1992 et 1995, avant de ralentir en 1996 et de diminuer en 1997 [100]. En ce qui concerne les usagers de cannabis, l'application de l'injonction thérapeutique à des usagers non dépendants semble se généraliser et être de plus en plus utilisée à des fins préventives. En 1997, 60% des injonctions suivies (c'est à dire ayant donné lieu à un contact avec le système sanitaire) concernaient des usagers de cannabis [100]. Cette tendance statistique est particulièrement intéressante au regard de l'intérêt relatif de la mesure d'injonction thérapeutique dans le cas précis de la consommation de cannabis. Effectivement, lorsque le nombre de mesures d'injonction thérapeutique prononcées est rapporté au nombre d'usagers de cannabis interpellés, la proportion apparaît très faible. Elle pourrait correspondre au pourcentage d'usagers dépendants (dont nous avons vu qu'il pouvait être évalué aux alentours de 5 à 10% des consommateurs de cannabis). Dans les suites de la circulaire de 1995, visant à renforcer la mise en œuvre des mesures d'injonction thérapeutique, deux types d'attitude ont pu être adoptés par les parquets : l'application de l'injonction thérapeutique aux usagers de cannabis dépendants (hypothèse que nous soulevions précédemment), ou l'utilisation de cette mesure à des fins d'information et de prévention, par le contact qu'elle institue avec le milieu médico-social.

Si des poursuites sont engagées, elles le sont dans la majorité des cas sur la base de plusieurs infractions. En 1996 par exemple, les poursuites et les condamnations comportant trois ou quatre infractions sont très fréquentes [100], permettant, selon les magistrats, une meilleure incrimination des faits. Les pratiques de qualification diffèrent selon les parquets, et la multi-incrimination ne facilite pas de ce fait l'observation des évolutions. En 1996, on dénombrait 6676 condamnations pour usage en infraction principale, chiffre relativement stable pour la période 1993-1996, cette stabilité contrastant d'ailleurs avec la forte augmentation du nombre d'interpellations pour usage simple dans la même période. Les condamnations en infractions associées, comportant au moins une infraction d'usage, étaient en 1996 au nombre de 15493 en 1996, chiffre en nette augmentation par rapport à 1991 (11 505). Dans ce cas, les condamnations sanctionnant l'usage seul étaient au nombre de 3 019 en 1996, contre 4 242 en 1991. Cette baisse du chiffre absolu s'accompagne d'une baisse de la part des condamnations

pour usage seul dans l'ensemble des condamnations en infractions associées. En 1997, les peines d'emprisonnement ferme, d'une durée moyenne de 2,4 mois sont prononcées dans 14% des condamnations pour usage seul (contre 3,5 mois et 24% en 1991). Dans 35% des cas, l'usager est condamné à une peine d'emprisonnement avec sursis, souvent assortie d'une mise à l'épreuve au cours de laquelle l'usager doit se soumettre à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale. Dans 30% des cas, la peine est une amende, dans moins de 10% est prononcée une peine de substitution ou une mesure éducative. On remarque entre 1993 et 1997 une diminution constante du nombre d'usagers de stupéfiants placés en détention provisoire pour infraction d'usage. Au 1er janvier 1997, 197 personnes étaient incarcérées, dans le cadre de la détention provisoire, pour consommation de drogues illicites.

Dans le but d'étayer la réflexion des législateurs, plusieurs commissions d'étude ont été mises en place, dans les suites de la commission PELLETIER, par différents gouvernements successifs, toutes tendances politiques confondues. Nous nous appuyerons sur les rapports de celles-ci pour développer notre discussion générale, dans la dernière partie de ce travail.

4.2.1.3. Discussion

La loi de 70 fait l'objet, comme nous aurons l'occasion de le rappeler plus loin, de multiples débats. L'articulation entre répression et soins, dans le domaine de la toxicomanie, amène à formuler quelques remarques et certaines réserves, plus encore en ce qui concerne le cannabis.

On remarque d'abord que l'usager est désigné indifféremment sous les termes de "personne ayant fait un usage illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants" et de "toxicomane". L'usager de cannabis, comme l'usager d'héroïne ou de cocaïne, est un toxicomane au sens légal du terme. La loi assimile donc la consommation d'une substance et la toxicomanie, au risque de paraître méconnaître les phénomènes de dépendance et les dangers respectifs des différents produits [141]. C'est la consommation de stupéfiants qui est visée en elle-même par la loi, comme trouble de l'ordre public, relevant d'une répression spécifique. Il n'est pas à ce niveau question de trouble d'ordre médical. Et pourtant, l'alternative proposée à la répression est une prise en charge sanitaire.

Or à l'heure actuelle, il n'existe pas de traitement spécifique de l'addiction. Qu'en est-il donc de cette injonction, prescrite par le législateur, mise en œuvre par le magistrat, sans évaluation médico-sociale préalable ? L'ensemble des intervenants spécialisés sont très critiques par rapport à ces dispositions, à l'image de cet article paru en 1997 dans la revue "Interdépendances" : "La formule génère la confusion des genres et le malaise de chacun : le

prévenu toxicomane n'est pas un prévenu comme les autres, le magistrat devient un prescripteur médical et le médecin l'exécutant d'une sentence." 38.

Le cannabis, à la marge des substances stupéfiantes, met en exergue de manière cruciale, les limites de cette loi. On sait, effectivement, dans le cas de cette substance, que les mesures d'ordre sanitaire prévues par la loi, n'ont que très peu d'intérêt.

La question qui s'ouvre alors est celle du maintien, depuis trente ans, de cette loi, au sujet de laquelle de nombreux éléments de réflexion laissent penser qu'une refonte serait nécessaire. Qu'en est-il vraiment du poids des enjeux financiers, économiques et politiques du commerce des substances illicites ?

Il apparaît également dans l'exposé précédent, qu'une des difficultés de la législation en matière de drogue en France réside dans l'autonomie de décision de chaque parquet. Les circulaires ont une valeur indicative et n'ont en aucun cas force de loi. Chaque Procureur de la république peut donc choisir de tenir compte en priorité des circonstances et des spécificités locales, au détriment de l'orientation du gouvernement marquée par la circulaire en vigueur.

4.2.2. Dispositions complémentaires

La volonté constante des pouvoirs publics de renforcer la lutte contre le trafic de drogue se traduit par le vote ultérieur de plusieurs lois, dont nous rappelons ci-après les grandes lignes. Deux principales dispositions légales sont à retenir dans le cadre du trafic de cannabis.

4.2.2.1.1. Loi du 17/01/1986 : répression des revendeurs

La loi n° 86-76 du 17/01/1986 crée l'incrimination de cession ou d'offre de stupéfiants au bénéfice d'un particulier, pour sa consommation personnelle, et prévoit des peines d'emprisonnement (un à cinq ans) et/ou d'amende (5 000 à 500 000 F.).

En abaissant la peine maximale encourue, elle permet la comparution immédiate des revendeurs interpellés en flagrant délit (procédure qui n'est possible que pour des délits punissables de cinq ans maximum d'emprisonnement).

4.2.2.1.2. Loi du 31/12/1987 : répression du blanchiment de l'argent

La loi n° 87-1157 du 31/12/1987 formalise deux objectifs : la création d'un institut national chargé de l'enseignement, de la recherche, de l'information et de la prévention des toxicomanies et la mise en place de plusieurs dispositions nouvelles destinées à développer la lutte contre les trafics nationaux et internationaux.

L'incrimination du blanchiment de l'argent de la drogue de même que l'aggravation de la répression de la cession en vue de l'usage par des mineurs, dans des centres d'enseignement ou administratifs et l'augmentation du délai de prescription à dix ans (comme en matière criminelle) pour des trafiquants coupables du délit d'importation, exportation ou fabrication de stupéfiants deviennent possibles.

D'autres mesures concernent l'extension de la zone maritime d'intervention des douanes ainsi que la possibilité pour les douaniers de demander un examen médical en vue de la recherche de drogue. De nouvelles possibilités sont offertes aux magistrats, comme la saisie conservatoire des biens d'un trafiquant mis en examen ou des mesures d'exemption ou d'atténuation de peine pour des trafiquants "repentis".

4.2.2.1.3. Autres textes

Le dispositif de lutte contre le blanchiment de l'argent de la drogue a été très rapidement complété par la loi du 23/12/1988 (délit douanier de blanchiment dans le cas de relations financières avec l'étranger) et la loi du 12/07/1990 (participation des organismes financiers à la lutte contre le blanchiment des capitaux provenant du trafic de stupéfiants).

Rappelons encore que la loi du 14/11/1990 introduit dans le droit français les dispositions de l'article 5 de la Convention des Nations unies du 20/12/1988 visant la saisie et la confiscation des produits du trafic de stupéfiants.

La loi du 13/05/1996 institue un délit général de blanchiment de produits du crime. Cette incrimination plus générale complète les textes précédents afin de limiter les possibilités de contournement de la loi. Elle prévoit également les conditions d'application de la convention du Conseil de l'Europe du 08/11/1990, qui rend désormais possible la recherche, l'identification, la prise de mesures conservatoires et la confiscation du produit de toute infraction commise sur le territoire des états ayant signé cette convention. Elle renforce encore la répression du trafic en instaurant deux nouveaux délits (non-justification de ressources de personnes en relation habituelle avec des trafiquants ou usagers de drogues ; incitation de mineurs à transporter, détenir, offrir ou céder des stupéfiants) et en donnant la possibilité aux associations de lutte contre la toxicomanie de se porter partie civile.

La loi du 29/04/1996 permet d'arraisonner en dehors des eaux territoriales, les navires suspectés de participer au trafic de stupéfiants.

La loi du 19/06/1996 précise le cadre du contrôle de la fabrication et du commerce de certaines substances susceptibles d'être utilisées pour la fabrication illicite de stupéfiants ou de substances psychotropes.

Rappelons enfin que le trafic de stupéfiants peut également être réprimé en tant que délit douanier (contrebande et délits assimilés). Il ne s'agit alors pas, comme dans la loi de 1970, d'un délit spécifique aux stupéfiants. Ces délits sont réprimés par une peine de prison de 3 ans maximum et par des amendes égales à deux fois et demie la valeur de la marchandise fraudée, estimée à partir des prix fixés par le marché clandestin.

4.2.2.2. Modifications liées à l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal

Le nouveau Code pénal (N.C.P.), entré en vigueur en 1994 (en application des lois du 22/07/1992 portant réforme du Code pénal), reprend la plupart des dispositions de la loi de 1970, inscrites initialement dans le Code de Santé Publique (C.S.P.), à l'exception de celles concernant l'usage. Ce sont donc les dispositions relatives à la lutte contre le trafic de stupéfiants qui ont été intégrées au N.C.P., avec certaines modifications. La loi du 16/12/1992 a modifié certains articles du C.S.P. et en a inséré quelques uns dans le Code de procédure pénale.

Les dispositions de lutte contre le trafic de drogue sont nettement renforcées.

L'incrimination en matière de répression du trafic de stupéfiants bénéficie d'une définition très large : "transport, détention, offre, cession, acquisition ou emploi illicite". L'article 222-37 N.C.P. prévoit dans ces cas une peine d'emprisonnement de 10 ans et/ou une peine d'amende de 50 000 000 F..

Selon les articles 222-35 al.1 et 222-36 al.1 N.C.P., l'importation et l'exportation de stupéfiants sont punies de dix ans d'emprisonnement et/ou de 50 000 000 F. d'amende et la production ou la fabrication de stupéfiants sont qualifiées de crimes et passibles de 30 ans de réclusion criminelle.

Les infractions commises dans le cadre du trafic organisé sont aussi qualifiées de crime. La production, la fabrication, l'importation et l'exportation de stupéfiants en bande organisée également, sont passibles d'une peine pouvant aller jusqu'à trente ans de réclusion criminelle. Le dirigeant d'une organisation de trafic encourt quant à lui la réclusion criminelle à perpétuité.

Ces crimes sont jugés par une Cour d'assises, composée, comme en matière de terrorisme, uniquement de magistrats professionnels (au nombre de sept).

Les tableaux suivants proposent un aperçu synoptique des différents textes, incriminations et sanctions précédemment exposés.

Textes	Incriminations	Sanctions	
		Emprisonnement	Amende
L.628 C.S.P.	Usage illicite de stupéfiants	1 an	25 000 F.
L.630 C.S.P.	Provocation (même non suivie d'effet) au délit prévu à l'art. L.628 C.S.P. ou à l'une des infractions prévues aux art. 222-34 à 222-39 du C.P. Présentation de ces infractions sous un jour favorable. Provocation (même non suivie d'effet) à l'usage des substances présentées comme ayant les mêmes effets que les stupéfiants.	5 ans	500 000 F.
Art. 222-39 al.1 N.C.P.	Offre ou cession en vue de consommation personnelle	5 ans	500 000 F.
Art. 222-39 al.2 N.C.P.	Offre ou cession à des mineurs ou dans des centres d'enseignement ou d'éducation ou dans des locaux de l'administration	10 ans	500 000 F.
Art. 227-18 al.1 N.C.P.	Provocation d'un mineur à l'usage de stupéfiants	5 ans	700 000 F.
Art 227-18 al.2 N.C.P.	Circonstance aggravante : mineur <15 ans	7 ans	1 000 000 F.
Art. 227-18-1 al.1 N.C.P.	Provocation d'un mineur au trafic de stupéfiants (transport, offre, cession)	7 ans	1 000 000 F.
Art 227-18-1 al.2 N.C.P.	Circonstance aggravante : mineur < 15 ans	10 ans	2 000 000 F.
Art. 222-37 al.1 N.C.P.	Transport, détention, offre, cession, acquisition, emploi illicite de stupéfiants	10 ans	50 000 000 F.
Art. 222-37 al.2 N.C.P.	Facilitation de l'usage (ordonnance fictive ou de complaisance)	10 ans	50 000 000 F.
Art. 222-36 al.1 N.C.P.	Importation ou exportation illicites	10 ans	50 000 000 F.

Art. 222-39-1 N.C.P.	N.C.P.	Non justification de ressources correspondant au train de vie et relation habituelle avec une personne se livrant au trafic ou à l'usage de stupéfiant	5 ans	500 000 F.
Art. 222-39-1 N.C.P.	al.2	Circonstance aggravante : mineur < 15 ans	10 ans	500 000 F.
Art. 324-1 N.C.P.		Blanchiment simple de l'argent	5 ans	2 500 000 F.
Art. 324-2 N.C.P.		Blanchiment aggravé : commis de façon habituelle ou en utilisant les facilités que procure l'exercice d'une activité professionnelle, ou commis en bande organisée	10 ans	5 000 000 F.
Art 222-38 al.1 N.C.P.		Blanchiment de l'argent provenant du trafic de stupéfiants (importation, acquisition, cession, transport, détention)	10 ans	5 000 000 F.

Tableau 6. : Répression des infractions à la législation sur les stupéfiants en France d'après [100]

Textes		Incriminations	Sanctions	
			Réclusion criminelle	Amende
Art. 222-35 N.C.P.	al.1	Production ou fabrication illicite de stupéfiants	20 ans	50 000 000 F.
Art. 222-35 N.C.P.	al.2	Si les faits sont commis en bande organisée	30 ans	50 000 000 F.
Art. 222-36 N.C.P.	al.2	Importation ou exportation illicites de stupéfiants en bande organisée	30 ans	50 000 000 F.
Art. 222-34	N.C.P.	Direction ou organisation d'un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants	Réclusion criminelle à perpétuité	50 000 000 F.
Art. 222-38	N.C.P.	Blanchiment de l'argent provenant de crimes cités aux art. 222-34, 222-35, 222-36 al.2 N.C.P.	De 20 ans à la réclusion criminelle à perpétuité	50 000 000 F.

Tableau 7. : Répression des infractions à la législation sur les stupéfiants en France (crimes), d'après [100]

Comme nous venons de le constater, la répression du trafic a été renforcée à plusieurs reprises depuis 1970, par l'augmentation des peines encourues, ou par la création de nouveaux délits (offre et cession, blanchiment). La répression de l'usage, par contre, objet de nombreux débats, n'a pas été modifiée depuis trente ans en France. Cette relative constance sur le plan législatif

ne doit pourtant pas faire méconnaître les mouvements marqués par les multiples circulaires et autres textes rédigés par les administrations en charge de la Justice et de la Santé.

4.3. Législation comparée

4.3.1. En Europe

D'un point de vue épidémiologique, la consommation de cannabis se stabilise actuellement dans les pays dans lesquels elle a atteint un niveau élevé, et augmente légèrement dans les autres [100].

Le cannabis reste la drogue illicite la plus consommée dans les pays de l'Union européenne. Le type d'usage le plus rencontré est l'usage occasionnel ou intermittent. Selon les pays, 5 à 30% de la population adulte a déjà consommé au cours de leur vie du cannabis, ce chiffre allant jusqu'à 40% chez les jeunes adultes. La consommation au cours de l'année écoulée varie entre 1 et 9%, jusqu'à 20% chez les jeunes adultes.

Tous les pays européens ne disposent pas d'information en terme de prévalence, ce qui rend difficile la tentative de situer un pays par rapport à l'ensemble des autres. La prévalence de l'usage dans les douze derniers mois chez les jeunes adultes semble assez proche en France (8%), en Allemagne (8%), au Danemark (7%), et même en Espagne (11%). Chez les 15-16 ans, la prévalence au cours de la vie semble particulièrement élevée au Royaume-Uni, en Irlande et aux Pays-Bas.

L'usage du cannabis n'est incriminé dans pratiquement aucun pays d'Europe en dehors de la France, du Luxembourg et du Portugal (l'Espagne et la Belgique répriment l'usage en public).

Les Pays-Bas, l'Espagne et l'Italie établissent à propos de la possession en vue de l'usage et à propos du trafic, une distinction entre "drogue dure" et "drogue douce" (les peines prévues en théorie étant moindres dans le deuxième cas).

L'Irlande et le Royaume-Uni établissent une distinction entre "opium" et "autres drogues" et non pas entre "drogues dures" et "drogues douces".

L'Allemagne et le Danemark incriminent et répriment l'acquisition en vue de l'usage, ce qui revient, de manière indirecte, à incriminer et réprimer l'usage.

La France et le Royaume-Uni apparaissent comme les pays où le cannabis occupe la part la plus importante dans les interpellations en matière de drogue [100]. En 1996 par exemple : 79% en France, 77% au Royaume-Uni, loin devant l'Allemagne (43%), l'Espagne (56%) et même la Belgique (65%).

Alors qu'en France 79% des interpellations concernant le cannabis se rapportent à l'usage, cette proportion est plus élevée encore au Royaume-Uni (88%), en Suède ou en Autriche. En Allemagne, les usagers de cannabis interpellés ne représentent que 64% des interpellations.

En ce qui concerne les quantités de cannabis saisies en Europe, la tendance a été à une forte augmentation entre 1990 et 1994 (multiplication des quantités par 2,7), avant de diminuer de 1994 à 1998. En 1996, 659 tonnes de cannabis ont été saisies en Europe, principalement aux Pays-Bas, en Espagne, au Royaume-Uni, en France et en Belgique.

4.3.1.1. Pays-Bas

C'est aux Pays-Bas que la consommation de cannabis a été dépénalisée pour la première fois en Europe, en 1975.

La politique et la législation néerlandaises en matière de drogues reposent sur la distinction entre "drogues dures" et "drogues douces". Cette distinction est fondée sur le risque sanitaire encouru par le consommateur de drogue.

En 1976, l' "Opiumwet", loi portant dispositions en matière d'opium et d'autres stupéfiants, a introduit une différence entre les "drogues comportant un risque inacceptable" (héroïne, cocaïne, L.S.D., amphétamines, ecstasy, huile de cannabis) et les "produits traditionnels dérivés du cannabis" (marijuana, haschich). Ce texte distingue trois types d'infractions : la détention simple (ou possession), la vente, le trafic (import-export).

La drogue n'est pas légalisée aux Pays-Bas : que ce soit pour les drogues dures ou les drogues douces, le trafic (import-export), la vente, la production et la détention restent passibles de sanctions pénales.

La détention de drogues douces (jusqu'à trente grammes) pour usage personnel est une contravention, passible d'une amende.

Par contre, la consommation de drogues (quelles qu'elles soient) n'est pas une infraction. Les Pays-Bas ont opté pour une réponse sanitaire exclusive à la consommation de drogues, arguant que l'absence de poursuites pénales facilite l'accès des toxicomanes aux soins, sans

risque de les stigmatiser sur le versant de la délinquance. Ils soulignent que les Conventions internationales ne considèrent pas la consommation de drogues comme un acte punissable, à l'instar d'autres pays européens (Allemagne, Autriche, Danemark, Grèce, Italie). Cette liberté de consommation est associée à une politique d'information, de sensibilisation de l'opinion publique et particulièrement des jeunes, sur les risques inhérents à la prise de drogues (y compris l'alcool et la tabac).

Une surveillance épidémiologique régulière a permis de montrer que le nombre d'usagers de drogues dures (0,16% des plus de 12 ans) n'a pas augmenté depuis plusieurs années et reste bien inférieur à celui des usagers de cannabis (1,7 à 3% des plus de 12 ans). Il n'y a aucun argument en faveur d'un passage facilité du cannabis aux drogues dures, les estimations du nombre des usagers sont comparables à celles de pays appliquant une politique plus répressive.

Selon une directive du ministère public de 1996, la vente de drogues douces dans des établissements spécialisés appelés coffee shops n'est pas poursuivie si les règles suivantes sont respectées [89] :

- interdiction de vendre des quantités supérieures à 5 grammes par transaction et par personne,
- interdiction de vendre des drogues dures
- interdiction de faire de la publicité pour les drogues,
- interdiction d'occasionner des nuisances au voisinage,
- interdiction de vendre de la drogue aux mineurs et interdiction d'admettre les mineurs dans l'établissement.

Les propriétaires et gérants de coffee shops qui ne respectent pas ces règles font l'objet de poursuites administratives et/ou pénales. Ceux qui s'y conforment ne sont pas poursuivis si leur stock est inférieur à 500 grammes.

Les coffee shops sont une particularité hollandaise. Ils sont particulièrement nombreux à Amsterdam, mais on en trouve également sur le reste du territoire : en 1995, 27% des communes avaient une politique en matière de coffee shops, début 1998, trois fois plus (88%). On dénombre, sur l'ensemble du territoire, 1200 à 1500 coffee shops. L'existence des coffee shops est donc tolérée par les autorités néerlandaises, dans le but "d'établir une séparation entre le marché des drogues douces et celui des drogues dures, afin d'éviter que les consommateurs de drogues douces n'entrent en contact avec les milieux de consommateurs de drogues dures." [89].

L'approvisionnement des coffee shops reste illégal, mais toléré, dans la mesure où ils constituent "un maillon essentiel dans la politique néerlandaise en matière de drogues" [89]. Il importe donc qu'ils puissent s'approvisionner, même si la lutte contre le trafic organisé à grande échelle reste, y compris pour le cannabis, une priorité des autorités. Il n'y a donc pas de monopole d'état sur la vente de cannabis. Les coffee shops sont un des éléments permettant au gouvernement néerlandais d'appliquer sa politique de "séparation des marchés de la drogue" [138]. Les résultats de la dernière enquête néerlandaise (1999) sur la prévalence de l'usage de drogue [120] montrent que les coffee shops sont essentiellement utilisés pour acheter du cannabis, et qu'une très faible proportion d'autres drogues y sont achetées. Néanmoins, de nombreuses transactions concernant le cannabis se font toujours en dehors des coffee shops.

Une modification de la législation, intervenue en 1995-1996 prévoit de mettre en adéquation le nombre de coffee shops avec la demande locale en drogues douces, ce qui a nécessité une diminution de 10 à 15% du nombre de ces lieux. Cette restriction vise également à limiter les dérapages qui ont pu être constatés, comme la vente de drogues dures ou la vente de drogues douces pour l'exportation, ou encore certaines "nuisances" [89]. La possibilité est donnée aux

maires de prendre une mesure administrative visant à fermer un coffee shop, qu'il soit ou non à l'origine de nuisances.

Le développement actuel des cultures de nederwiet, variété de cannabis dont la teneur en principe actif est particulièrement élevée comme nous l'avons déjà signalé, préoccupe actuellement les autorités néerlandaises, qui ont demandé à un groupe de travail de réexaminer la législation, en vue d'une répression de cette production. La culture de cannabis à visée commerciale est un délit passible d'une peine d'emprisonnement de 2 à 4 ans et/ou d'une amende de 25 000 à 100 000 florins. Seules les cultures de chanvre "textile" sont autorisées.

Ces mesures légales semblent avoir favorisé le développement des grow shops, boutiques spécialisées dans le matériel nécessaire à la culture de cannabis. Elles sont au nombre de 150 à 200 sur l'ensemble du territoire, et on y trouve de tout, depuis les graines, jusqu'aux lampes adéquates, en passant par toutes sortes d'engrais, des systèmes d'irrigation, des "THC boosters", ainsi que des insectes dévoreurs de parasites, pour une culture "bio" [75].

L'objectif clairement affiché par les autorités des Pays-Bas est la prévention et la limitation des risques pour l'utilisateur, son entourage et la société.

A ce titre, le Ministère de la Santé, du Bien-être et des Sports propose un tableau récapitulatif de la nocivité de l'alcool, du tabac et du cannabis en huit points :

	Alcool	Tabac	Cannabis
Dépendance physique	+++	+++	+
Dépendance psychique	+++	+++	0
Lésions hépatiques	++	0	0
Lésions cardiaques	+	+++	?
Lésions gastriques	+	+	0
Lésions respiratoires	0	+++	+++
Lésions cérébrales	++	0	?
Comportement dangereux dans la circulation	+++	0	++

Tableau 8. : Nocivité des différentes drogues, d'après le Ministère néerlandais de la Santé (cité in [89]).

La légalisation des drogues n'est pas envisagée à l'heure actuelle compte tenu des risques élevés liés à la consommation de drogues dures et compte tenu de la disparité des législations des pays voisins.

Sur le plan du droit international, la loi sur l'opium est en conformité avec les conventions internationales ratifiées par les Pays-Bas, qui restent liés par la Convention unique de 1961, la Convention de Vienne de 1971, la Convention des Nations Unies de 1988, les Accords de Schengen et diverses autres conventions bilatérales et multilatérales dans le domaine.

Le texte du Ministère néerlandais des affaires étrangères présentant les principes de la politique néerlandaise en matière de drogues [89] conclue : "La politique néerlandaise n'est donc pas tout à fait cohérente, mais compte tenu des résultats obtenus globalement, notamment en ce qui concerne l'ampleur du problème de la toxicomanie, on s'accommode de cette contradiction."

Les résultats publiés en janvier 1999, d'une enquête nationale sur la consommation de drogues aux Pays-Bas [120], montrent l'existence de différences importantes en terme de prévalence entre différentes villes du pays. La prévalence de l'usage de cannabis au cours de la vie est de 36,7% à Amsterdam, deux fois plus importante qu'à Rotterdam (18,5%) et que la moyenne nationale (15,6%), et trois fois plus que la prévalence dans certaines municipalités rurales (10,5%).

4.3.1.2. Autres pays européens

4.3.1.2.1. Belgique

Le 20 avril 1998, le gouvernement belge a présenté au Parlement une directive visant à alléger la répression à l'encontre des consommateurs de cannabis, se situant ainsi à mi-chemin entre l'intransigeance française et la tolérance néerlandaise.

Celle-ci prévoit de ne plus accorder que "la plus basse priorité judiciaire" aux poursuites pour détention d'une quantité limitée de cannabis. Cette directive établit donc, pour la première fois en Belgique, une différence entre le cannabis et les autres drogues illégales, sans qu'il y ait toutefois modification de la loi en vigueur.

Un procès verbal sera toujours dressé contre le consommateur de cannabis interpellé par la police, mais dans une version "simplifiée". La consommation, si elle s'accompagne de "nuisances" (agressivité, consommation manifeste en public), restera passible de poursuites judiciaires.

Même distinction au sujet de la vente au détail de cannabis : la vente en petites quantités, pour consommation personnelle, ne recevra que la priorité minimale des parquets. A noter que la quantité maximale n'est pas précisée et reste à la libre interprétation des parquets.

4.3.1.2.2. Espagne

Depuis 1983 a été introduite une distinction entre "drogues dures" et "drogues douces", en ce qui concerne la culture, la fabrication, le trafic et la possession pour le trafic.

Les peines encourues dans les cas de la culture, la fabrication, le trafic et la possession pour le trafic, ont été alourdies en 1987.

L'usage de drogue n'a jamais constitué une infraction en Espagne, quelle que soit la drogue consommée.

La consommation de cannabis dans un lieu public est par contre sanctionnée depuis 1990 (sanctions administratives).

4.3.1.2.3. Italie

Le parlement italien a adopté en 1975 une loi visant à accroître la tolérance en matière de consommation et de possession de "drogue douce". Un référendum en 1993 aboutit à la dépenalisation de l'usage de toutes les drogues, avec maintien de sanctions administratives.

4.3.1.2.4. Royaume-Uni

L'usage de drogue ne constitue pas une infraction en Grande-Bretagne, à l'exception de l'usage d'opium.

Par contre, la possession en vue de l'usage reste punie d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à sept ans, selon le produit. Il semble que ces dispositions légales soient en fait peu appliquées en pratique.

Un rapport émanant de la Chambre des lords, paru en novembre 1998, s'est prononcé en faveur d'une "légalisation partielle" du cannabis à des fins médicales. Il plaide en faveur de l'"usage compassionnel" du cannabis chez des patients en fin de vie ou atteints de pathologies évolutives très invalidantes (sclérose en plaques par exemple) et ce, même en l'absence de preuve de ses vertus thérapeutiques ou de sa nocivité potentielle.

4.3.1.2.5. Allemagne

L'usage de cannabis est dépénalisé de fait depuis 1994. Il s'agit de l'usage privé de petites quantités. Aucun projet de réglementation de la vente n'est en cours. L'application pratique de la loi était là aussi bien différente des textes théoriques. La Cour constitutionnelle a en effet suggéré aux gouvernements des différents Länder de ne plus donner de suite pénale à la consommation de cannabis et à sa détention à des strictes fins d'usage personnel [114]. Cet avis de la Cour ne fait que conforter une situation qui existait en pratique depuis longtemps. Il est pourtant suivi à des degrés divers selon les Länder, puisque certains sont allés jusqu'à la dépénalisation de l'usage d'autres drogues, tandis que d'autres limitent la quantité "légale" qu'un individu peut détenir pour sa consommation personnelle à 0,5 gramme de haschich !

4.3.1.2.6. Suisse

En 1951, la loi sur les stupéfiants (révisées en 1975, puis en 1996) classe le cannabis parmi les stupéfiants susceptibles d'engendrer une dépendance et, par-là même, de mettre en danger la santé des individus.

Depuis, le cannabis fait partie - au même titre que la morphine, la cocaïne, les hallucinogènes et les amphétamines - des substances interdites par la loi dont l'usage (culture, production, commerce, puis, par la suite, consommation) est punissable.

Une interdiction qui n'a rien de théorique : en 1995, sur 42 000 dénonciations pour infraction à la loi sur les stupéfiants, près de 25 000 étaient liées à la consommation et au trafic de cannabis.

Le tableau suivant propose un récapitulatif des mesures de répression des infractions à la législation des stupéfiants dans les quinze pays d'Europe.

4.3.1.2.7. Norvège

La Norvège est un des pays dont la politique de répression en matière de drogues est particulièrement sévère. Le quantum des peines encourues a été, depuis 1964, régulièrement augmenté, et notamment en 1984, date à laquelle la peine maximale encourue a été portée à 21 ans de prison, ce qui représente, dans ce pays, la durée maximale, toutes infractions confondues. L'aggravation des peines a été associée à un renforcement des forces de police. Le problème de la drogue reste pourtant relativement limité en Norvège, et ce sont plutôt les problèmes sociaux connexes qui ont motivé ce durcissement de la répression. Celui-ci a pour conséquence une nette augmentation du pourcentage des prisonniers purgeant une peine pour

une infraction relative à la drogue : entre 1980 et 1988, sur 895 jugements conduisant à des emprisonnements de plus de trois ans, 52% étaient en rapport avec la drogue.

Une étude de 1993 présente la position de l'opinion publique norvégienne (à partir de l'étude d'un échantillon représentatif de 3000 personnes) face à la politique en matière de drogues et aux infractions dans ce domaine [125]. Il s'avère que l'opinion publique soutient massivement cette orientation en matière de répression : seulement 6% des personnes interrogées sont en faveur d'un assouplissement de la loi. Même parmi les personnes ayant consommé du cannabis, on retrouve une majorité qui affirme que cet usage doit être prohibé. L'ensemble de la population va même plus loin, en estimant que la législation en vigueur n'est pas assez ferme en la matière. Alors que la majorité des juristes norvégiens pensent que les peines prévues pour les infractions en rapport avec la drogue ne sont pas en harmonie avec les peines prévues pour les autres infractions, la population se positionne à l'inverse.

Pays	Classement des stupéfiants	Usage	Possession pour usage personnel	Détention, cession, autres formes de trafic
Allemagne	5	Non incriminé directement	3 à 5 ans	1 à 15 ans
Autriche	5	Non incriminé directement	6 mois	5 ans
Belgique	5	Usage collectif : 3 à 5 ans	trafic	3 mois À 20 ans
Danemark	5	Non incriminé directement	trafic	6 ans
Espagne	Cannabis Autres drogues	Usage en public : sanction administrative	Sanction administrative	10 à 17 ans 14 À 23 ans
Finlande	5	2 ans	trafic	2 ans
France	5	1 an	trafic	perpétuité
Grèce	5	Non incriminé directement	10 jours à 5 ans	5 ans à perpétuité
Irlande	Cannabis Autres drogues	Non incriminé sauf opium : 14 ans	3 ans 7 ans	7 ans perpétuité
Italie	Cannabis Autres drogues	Non incriminé directement	Sanction administrative	2 à 6 ans 4 à 15 ans
Luxembourg	5	Individuel : 3 mois à 3 ans Collectif : 1 à 5 ans	3 mois à 3 ans	1 an à perpétuité
Pays-Bas	Cannabis Autres drogues	Non incriminé directement	3 mois 1an	4 ans 12 ans

Portugal	5	3 mois	3 mois	4 à 15 ans
Royaume-Uni	Toxiques Stupéfiants Dangereux	Non incriminé sauf opium : 14 ans	7 ans 5ans 2 ans	Prison à vie 14 ans 5 ans
Suède	5	Non incriminé directement	6 mois	2 ans à 10 ans

Tableau 9. : Répression des infractions à la législation des stupéfiants en Europe, d'après [100]

4.3.2. Aux Etats-Unis

Nous avons vu précédemment dans le rappel historique que la première interdiction prononcée aux Etats-Unis à l'encontre du cannabis, l'a été dans les suites d'une extension rapide de l'usage de cette substance, notamment sous l'impulsion de l'immigration mexicaine croissante.

C'est donc en 1907 que l'état de Californie considère officiellement le cannabis comme un poison. En 1913, son usage non-médical est interdit, et en 1929, il est inclus dans la liste des substances narcotiques (Harrison Narcotic Act de 1914). A l'instar de la Californie, les autres états adoptèrent peu après des textes similaires.

Harry ANSLINGER, responsable du Bureau fédéral des narcotiques aux U.S.A., apparaît comme à l'origine de la législation prohibitionniste du cannabis, d'abord américaine, puis rapidement mondiale. Une loi draconienne est ainsi votée en Avril 1937, après que le cannabis ait été dénoncé comme une "plante criminelle". Le contexte de la prohibition du cannabis aux Etats-Unis est compliqué par des mouvements politiques visant à stigmatiser les minorités sociales et ethniques. La loi entre en vigueur en Septembre 1937, c'est le Marihuana Tax Act.

C'est en 1941 que le cannabis est retiré de la pharmacopée américaine.

En 1944, le célèbre rapport rédigé par LA GUARDIA, alors maire de New York, assimile le cannabis à un stupéfiant et le désigne sous le terme de "weed of madness", "herbe de folie".

Actuellement plus de trente cinq états admettent la possibilité d'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques dans les cas de patients pour lesquels les thérapeutiques conventionnelles se sont révélées inefficaces. Cette utilisation entre alors dans le cadre de protocoles dits "compassionnels".

La position de ces états est rendue délicate par le fait que le gouvernement fédéral ne reconnaît pas le cannabis comme médicament.

Rappelons qu'aux Etats-Unis, l'obtention, à des fins compassionnelles, d'une substance interdite, est strictement réglementée [114]. Seule l'université du Mississippi était autorisée à cultiver du cannabis. C'est, après accord au cas par cas, de la Food and Drug Administration (F.D.A.), que le cannabis était alors conditionné en Caroline du Nord, sous forme de cigarettes à environ 2% de 9THC, qui étaient ensuite adressées à des pharmacies agréées, où les patients pouvaient venir les retirer. C'est à partir de 1989, lors de l'explosion de l'épidémie de S.I.D.A., que les demandes de patients affluèrent, tandis que depuis 1976, seulement un peu moins d'une dizaine de patients avaient été concernés par ce traitement. Ces nombreuses demandes étaient soutenues par le programme d'information lancé par des associations telles l'Alliance for Cannabis Therapeutics ou l'American Medical Marijuana Movement.

C'est en juin 1991 que le gouvernement fédéral décide de supprimer cette possibilité, en arguant de son caractère antinomique avec la politique de lutte contre la drogue.

A l'heure actuelle, la controverse reste active dans la mesure où la position d'états comme l'Arizona, la Californie, la Floride, l'Idaho, l'Ohio, qui autorisent le recours au cannabis à des fins médicales, contrevient à la position fédérale. La Californie par exemple, où en 1996 a eu lieu un référendum d'initiative populaire qui a approuvé à une majorité de 56% une loi autorisant les malades atteints de pathologies particulièrement sévères, à consommer du cannabis, s'ils obtiennent une ordonnance médicale.

Les Etats-Unis restent à l'heure actuelle l'un des plus gros consommateurs de cannabis au monde [114]. Une enquête de l'O.N.U. de 1990 avance que 29 millions d'individus consomment du cannabis aux Etats-Unis, dont 7 millions de manière quotidienne [35]. La tendance actuelle de la consommation américaine témoigne d'une utilisation de plus en plus fréquente de cannabis à forte teneur en 9THC.

Cette quatrième partie nous a conduit à considérer la position législative en matière de drogues de la France face à celles de l'Europe et des Etats-Unis. Les conventions internationales ne paraissent pas permettre de constituer une base harmonieuse pour les différentes politiques anti-drogues, qui relèvent de la politique intérieure de chacun des pays.

Il ressort de ce bref aperçu de la législation en vigueur que la France occupe une place particulière en Europe et dans le monde, par le caractère répressif de ses lois en matière de drogues. A l'opposé, siègent les Pays-Bas. Il semble que ni l'un ni l'autre des modèles proposés ne donnent de résultats particulièrement avantageux.

Nous ouvrirons dans la cinquième et dernière partie quelques pistes de discussion fondées sur la lecture des travaux des commissions HENRION [59] et ROQUES [118].

5. Discussion

Nous proposons de fonder cette discussion sur les travaux de deux commissions de réflexion sur la drogue et la toxicomanie : le rapport HENRION (mars 1995) [59] et le rapport ROQUES (janvier 1999) [118].

Avant de conclure, nous poserons, d'un point de vue plus personnel, les questions cruciales de l'opposition entre drogues dures et drogues douces, puis nous ouvrirons le débat sur les différents modèles proposés pour adapter la législation française en matière de drogue : maintien de la prohibition, dépénalisation, légalisation ? Existe-t-il d'autres voies ?

5.1. La commission HENRION

Créée en 1994, à la demande de Simone VEIL, alors Ministre des Affaires sociales, de la Santé et de la Ville, elle est placée sous la présidence du Professeur Roger HENRION. Ses conclusions ont été publiées en mars 1995 [59]. La mission de ce groupe de réflexion était d'évaluer les règles de droit et les principes d'organisation qui composent l'approche française face à l'usage et au trafic de drogues illicites.

Les membres de cette commission ont conclu à l'utilité d'une modification de la législation française actuelle, en lien avec l'évolution de la toxicomanie.

Le rapport HENRION s'articule en trois parties. La première étudie l'évolution de la toxicomanie en France depuis l'entrée en vigueur de la loi du 31/12/1970, et l'application de celle-ci. La deuxième partie regroupe les propositions et recommandations faites par la commission, tandis que la dernière ouvre le débat sur une politique alternative à la pénalisation, avec notamment la distribution contrôlée de certains produits illicites.

D'un point de vue général, une évolution certaine peut être notée à différents niveaux. De 1970 à 1994 en effet, la population des usagers a beaucoup augmenté, et reste majoritairement composée de jeunes ; les formes de toxicomanie ont évolué (augmentation de la polytoxicomanie), même si la consommation reste centrée sur l'héroïne et le cannabis ; l'état sanitaire des toxicomanes s'est nettement dégradé (augmentation des surdoses, irruption du S.I.D.A. et des hépatites, dégâts du crack) ; l'offre et la délinquance se sont transformées ; les circonstances favorisant la demande sont devenues plus fréquentes (marginalisation d'une part croissante de la population) ; enfin la consommation de drogue s'est étendue à toutes les couches de la société.

A la lumière de cette évolution, le rapport HENRION propose une étude critique des dispositions de la loi de 1970 et notamment de l'injonction thérapeutique.

Le critère utilisé dans la loi de 1970 est l'usage de drogue. La commission soulève la question de la pertinence d'un tel critère, question particulièrement cruciale dans le cas du cannabis, pour lequel la dépendance est minime. En l'absence de dépendance, la question d'une cure de désintoxication perd son sens. Sur quel fondement réprime-t-on alors un usage qui, en l'absence de dépendance forte, n'aliène pas la liberté de l'individu et ne cause pas de trouble à l'ordre public ?

De même les membres de la commission s'interrogent sur la classification juridique des produits illicites, imposée par les conventions internationales ratifiées par la France, mais ne concordant plus avec les classifications scientifiques actuelles.

Avec ces éléments, que penser des peines d'emprisonnement pour usage de drogue ? Il semblerait à l'heure actuelle que le nombre de condamnations à des peines d'emprisonnement ferme reste limité. Parallèlement les partisans de peines d'emprisonnement pour usage de drogue sont de moins en moins nombreux. L'esprit de la loi de 1970 ne va pas d'ailleurs dans le sens d'un emprisonnement massif des toxicomanes, mais plutôt dans la contrainte d'un arrêt de l'usage de drogue, par la voie d'une cure de désintoxication.

La commission souligne ici l'inadéquation entre le modèle conçu par les législateurs (la suppression du produit implique linéairement la disparition de la toxicomanie) et la réalité de la dépendance au produit et de l'intrication de celle-ci avec l'ensemble de la structure psychologique de l'individu.

Les quinze premières années (1970-1985) ont été marquées par un sentiment de méfiance et d'incompréhension vis-à-vis de ce texte, sentiment partagé à la fois par les magistrats et par les médecins, souvent d'ailleurs pour des raisons différentes : les premiers estimant qu'un tel texte n'était pas assez répressif, les seconds lui reprochant son aspect trop contraignant en ce qui concerne le soin (qu'en est-il de la place de la demande de soins ?) et les questions soulevées par une possible atteinte au secret médical.

La loi de 1970 n'a pas pour effet de faire entrer les toxicomanes dans un soin dans une proportion comparable à celle des interpellations. D'autre part, on ne peut que remarquer la proportion importante d'interpellations en rapport avec le cannabis, substance qui semble cristalliser les points faibles de la loi, en posant pour son consommateur et de manière cruciale la question de l'intérêt de la désintoxication et celle de la légitimité de l'emprisonnement. Il est particulièrement notable que les mesures d'injonction thérapeutique sont inadaptées à la consommation de cannabis (elles ne pourraient être utiles que dans de rares cas de cannabisme chronique).

En pratique il est intéressant de noter, et ce point est particulièrement souligné dans le rapport étudié, combien l'application de la loi est différente de la théorie élaborée. Le rapport HENRION souligne non seulement que "la loi n'est pas appliquée de la même façon sur l'ensemble du territoire", tant sur le plan de l'activité policière qu'en ce qui concerne les décisions des différents parquets, mais encore que ces différences sont encore plus marquées dans le cas du cannabis. Cette étude critique est conclue en estimant qu'une telle disparité n'est pas souhaitable dans l'application d'une loi pénale.

Il s'ensuit, dans la dernière partie du rapport, un ensemble de propositions visant à modifier cette loi.

La réflexion se fonde sur deux articles de la déclaration des droits de l'homme de 1789. L'article 5 dispose que "la loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société", tandis que l'article 8 stipule : "la loi ne peut établir que des peines strictement et évidemment nécessaires."

Comment, en prenant en considération ce texte intégré à la Constitution française, peut-on alors justifier l'interdit légal et les peines d'emprisonnement, notamment dans le cas d'un usage de cannabis ?

Par ailleurs, la distinction communément utilisée entre "drogues dures" et "drogues douces" est-elle opportune dans le débat ? Les travaux de la commission avancent qu'une telle dénomination n'est pas appropriée, mais que certaines drogues sont plus dangereuses que d'autres : "S'il existe bien des drogues dures comme l'héroïne et le crack, il n'y a pas de drogues douces y compris parmi les drogues licites comme l'alcool.", mais aussi : "Parmi les moins dangereuses se situent le cannabis et ses dérivés (...)."

Le rapport HENRION s'attache à étudier le cas particulier du cannabis et l'hypothèse d'un assouplissement de la législation concernant son usage.

En ce qui concerne ses effets, la commission souligne notamment : "la consommation de cannabis n'est pas mortelle" ; "il n'existe pas de dépendance physique" ; "s'il existe une dépendance psychique plus ou moins marquée selon les individus, elle reste toujours modérée" ; "le cannabis n'est pas dangereux pour autrui, sauf dans certaines circonstances comme la conduite automobile. Il entraîne moins de réactions agressives que l'alcool." ; enfin "contrairement à ce qui est souvent avancé, le cannabis ne constitue pas obligatoirement le premier échelon d'un passage aux drogues dures."

Pourtant, la consommation de cannabis n'est pas sans danger, c'est ce qui conduit les membres de la commission à se prononcer, à la majorité de 9 membres sur 17, "pour une dépénalisation de l'usage du cannabis et de sa possession en faible quantité, mais sans prendre de mesures concernant sa distribution, au moins dans un premier temps. Elle souhaite en effet procéder par étapes et pouvoir contrôler d'abord l'effet de cette mesure qui pourrait être l'amorce d'une rationalisation du régime juridique des substances psychoactives. Cette dépénalisation devrait s'accompagner d'une réglementation."

De plus, le cannabis est actuellement consommé de manière plus ou moins libre et de façon quasiment banalisée, voire dépénalisée. Quel est le sens de la conservation d'une sanction pénale qui n'est pratiquement plus prononcée, si ce n'est de déconsidérer la valeur de la loi aux yeux des principaux consommateurs, les jeunes ?

La proposition d'une dépénalisation de l'usage et de la possession en faible quantité de cannabis est donc celle qui est retenue par les membres de la commission. Cette dépénalisation pourrait se faire en deux temps, avec une première phase d'évaluation des mesures prises, qui précéderait l'entrée en vigueur de mesures de réglementation de la distribution. Plusieurs volontés sous-tendent cette prise de position. Il s'agit d'abord de différencier le cannabis des autres drogues. La réglementation qui viendrait compléter les mesures de dépénalisation pourrait se définir en cinq points, dont l'application effective aurait finalement plus de poids qu'une loi pénale non appliquée :

- interdiction de fumer du cannabis avant 16 ans (en rapport avec les effets de "démotivation" particulièrement préjudiciables chez les adolescents),
- interdiction de consommation dans les lieux publics (en raison du possible caractère incitatif et du cannabis passif),
- répression stricte de l'ivresse cannabique sur la voie publique et dans les lieux publics,
- délit de conduite sous l'emprise de cannabis,
- interdiction d'usage dans certains métiers dits "de sécurité".

Des campagnes de prévention sur les effets néfastes du cannabis seraient associées à une évaluation périodique de la consommation, au développement de la recherche neurobiologique et à des actions envers les pays producteurs de cannabis à forte concentration en THC. La sanction de l'incitation à la consommation de cannabis serait maintenue.

Un bilan serait alors dressé au bout de deux ans d'essai. S'il n'y a pas d'aggravation de la situation, une mise en place de la réglementation du commerce avec contrôle étatique stricte serait effective. En cas de nette aggravation ou d'apparition de nouveaux éléments négatifs, on pourrait alors revenir vers la politique antérieure.

Ces propositions amènent critiques et réflexions. Il semble en effet difficile de maintenir un interdit moral et de lever un interdit légal, difficulté renforcée par le paradoxe qui peut résulter d'une permission accordée d'un côté et de campagnes de prévention dénonçant la nocivité du produit de l'autre. De telles mesures, peuvent, dans un premier temps, avant l'entrée en vigueur de la réglementation de la distribution, favoriser le trafic. La réglementation proposée dans un deuxième temps paraît d'autre part difficile à faire appliquer en pratique.

En ce qui concerne le cannabis, il n'y a pas d'intérêt de la dépénalisation de l'usage dans l'optique d'une réduction des risques infectieux.

Par ailleurs, la consommation de cannabis peut être considérée comme un "espace de transgression de premier degré", qui pourrait être en quelque sorte un élément de protection en amont de la consommation d'autres drogues.

Pourtant l'interdit doit-il être nécessairement posé par la loi ? Le maintien de l'interdit légal a deux conséquences : il sert de base au travail des différents intervenants de terrain, et il apparaît comme un ancrage du refus collectif d'abandonner l'usager de drogue à son sort. La dépénalisation pourrait ainsi contribuer à laisser de côté l'implication collective face à la détresse du toxicomane, à un moment où, sur le plan de la politique internationale notamment, s'illustre de plus en plus la mise en pratique d'un "devoir d'ingérence".

L'application des mesures de répression ne se ferait-elle pas finalement au détriment de la prévention et de l'objectif de réduction de la consommation ? La pénalisation aurait alors l'effet d'une diabolisation qui contribuerait à rejeter le toxicomane hors de la population, vers les instances répressives.

La commission HENRION se prononce donc majoritairement contre l'emprisonnement des usagers, en soulignant l'importance de moduler les sanctions en fonction des infractions, qui pourraient être ramenées à une contravention dans le cas de l'usage de drogue. Il s'agirait alors d'une sanction ponctuelle, qui ne stigmatiserait pas le toxicomane comme un "délinquant en liberté", mais ne permettrait pas non plus d'appliquer une mesure d'injonction thérapeutique, et risquerait également d'aggraver les difficultés financières de sujets souvent en situation précaire. La commission en vient alors à évoquer l'éventualité de la mise en place d'un système progressif "à points", dans lequel les mesures de contrainte ne seraient prononcées qu'en "bout de chaîne". Ce système présente l'inconvénient majeur d'une gestion extrêmement lourde, nécessitant la mise en place d'un fichier administratif des toxicomanes, ce qui ne va pas sans soulever de questions éthiques. Par ailleurs, il aboutirait à ce que la multiplication des

infractions entraîne une mesure d'injonction thérapeutique, ce qui, sur le plan du sens que l'on peut accorder aux soins, n'est pas non plus anodin.

Le rapport conclue sur l'intérêt des possibilités offertes par l'entrée en vigueur du nouveau Code pénal, notamment en ce qui concerne les peines de substitution (jours-amendes, travaux d'intérêt général) et les mesures d'individualisation de la peine (ajournement du prononcé, sursis, mise à l'épreuve, semi-liberté...).

Le rapport HENRION est donc fécond en propositions visant à modifier les dispositions pénales actuellement en vigueur en France dans le domaine de la lutte contre la drogue. Il est, depuis sa publication, resté lettre morte, même si certaines des directives tracées par la dernière circulaire du Garde des Sceaux puisent certainement leur essence dans cette réflexion.

Le rapport Roques, publié quatre ans plus tard, aborde la question sous un autre angle, celui des aspects scientifiques pharmacologiques et neurobiologiques des addictions et de la dangerosité des drogues. Nous en rappelons les grandes lignes ci-après.

5.2. Le rapport ROQUES

Le rapport remis en Mai 1998 par le Professeur Bernard ROQUES, neuropharmacologue, à la demande de Bernard KOUCHNER, Secrétaire d'Etat à la Santé, sur les problèmes posés par la dangerosité des drogues en ce qui concerne leurs mécanismes physiopathologiques [118], est un rapport très bien documenté qui fait suite à ceux déjà existants remis par l'Académie de Médecine et l'Académie des Sciences [1]. Son objectif est de faire le point des connaissances scientifiques sur les effets à court et à long terme, notamment sur le système nerveux central, des substances psychotropes licites et illicites. L'analyse des bases neurobiologiques est complétée par l'étude d'éventuelles prédispositions biologiques et génétiques aux comportements compulsifs, ainsi que leur parenté avec d'autres pathologies psychiatriques. La dangerosité individuelle et collective est examinée à l'aune des bilans statistiques de prévalence, de morbidité et de comorbidité des différentes substances.

Les experts qui ont participé à la rédaction de ce rapport concluent que le cannabis est moins dangereux que le tabac et l'alcool et qu'il possède une toxicité générale faible.

En novembre 1998, le Professeur Wayne HALL, de Sydney (Centre national de recherche sur les drogues et toxicomanies), publiait les conclusions de son étude sur les effets pathogènes du cannabis dans le Lancet [56]. Celles-ci corroborent les éléments avancés par la commission ROQUES : le cannabis est moins dangereux à long terme que le tabac et l'alcool.

Dans les deux études, le propos n'était pas de proposer une attitude face à l'usage du cannabis, mais d'analyser le plus objectivement possible la dangerosité de ce psychotrope.

A la lumière des conclusions des études de la dangerosité des différentes substances toxiques, licites ou illicites, le Professeur ROQUES propose une nouvelle classification de ces substances, fondée sur cette notion de dangerosité, et en nette rupture avec les classifications précédentes. Cette nouvelle classification est donnée par le tableau 10.

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA "ecstasy"	Psycho stimulants	Alcool	Benzo diazépines	Cannabi noïdes	Tabac
Suractivation dopaminergique	+++	++++	+++	++++	+	+-	+	+
Etablissement 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 ^a	Forte	Eventuellement très forte	Forte	Forte	Très faible	Très faible	Très forte (cancer)

Dangerosité sociale	Très forte	Très forte	Faible (?)	Faibles (exceptions possibles)	Forte	Faible ^b	Faible	0
Traitements substitutifs ou autres existant	Oui	Oui	Non	Non	Oui	Non recherché	Non recherché	Oui

Tableau 10. : Facteurs de dangerosité des "drogues" [118]

Ils ne concluent pas pourtant qu'il faut dépénaliser son usage : "il est bon que le cannabis ne soit pas traité comme un produit banal." 40. Les conclusions du rapport ROQUES insistent plutôt sur la nécessité de développer des programmes de recherche en neurobiologie concernant les mécanismes d'action des cannabinoïdes et le rôle du système endogène. Ses recommandations s'articulent en plusieurs points :

Le cannabis ne possède aucune neurotoxicité.

La toxicité respiratoire et cardio-vasculaire, même si elle est faible, ne doit pas être négligée.

Des études sur les effets cognitifs du cannabis doivent être mises en route, notamment compte tenu de la forte utilisation de cette substance par les jeunes.

"Les études actuelles n'accréditent pas l'existence d'un syndrome psychiatrique propre au cannabis. Il en est de même de l'éventuelle 'révélation' d'un état schizophrénique sous-jacent". Cette prise de position nous paraît très discutable, d'un point de vue clinique d'abord, et en tenant compte des résultats de la revue de la littérature que nous avons présentés précédemment.

Le cannabis est susceptible d'entraîner une dépendance.

L'avenir thérapeutique potentiel du cannabis doit passer par une évaluation de ses propriétés selon les normes usuelles de mise sur le marché des médicaments.

Dans les suites de la publication du rapport ROQUES, ont retenti différentes opinions contradictoires émanant des spécialistes français.

C'est ainsi que le collège des enseignants de la Capacité universitaire d'alcoologie-toxicomanie-tabacologie se félicite des conclusions du rapport, avançant que "l'utilisation du cannabis n'est pas un problème sanitaire pour l'instant, mais essentiellement une problématique culturelle, sociale et économique" 41.

Dix experts en toxicologie 42 réagissent à la publication de ce rapport en développant leur réflexion autour de quatre grands points :

Une consommation occasionnelle de cannabis entraîne, contrairement au tabac : une perturbation des mécanismes d'attention et de la mémoire immédiate, une modification des perceptions sensorielles, des sensations ébrieuses et des troubles du comportement. Ces trois points expliquent, chez les conducteurs de véhicules, une augmentation du risque d'accident. La fumée de cannabis, beaucoup plus irritante que celle du tabac, entraîne une irritation oculaire bien reconnaissable et connue des utilisateurs de cannabis. De plus, son mode d'absorption avec blocage prolongé de la respiration pour favoriser la pénétration de l'agent psychoactif, entraîne également une plus grande absorption des agents cancérigènes bien identifiés et plus nombreux.

Une consommation régulière, même modérée, est un facteur indéniable d'échec scolaire (par suite des problèmes de mémorisation et de fixation de l'attention).

Un usage régulier et important peut être responsable d'une diminution des défenses immunitaires (augmentant le risque de survenue d'infections) et de l'altération des mécanismes de la fécondation : blocage de la production des spermatozoïdes chez l'homme et de l'ovulation chez la femme.

Contrairement aux "joints des années 70" d'origine marocaine (titrant environ 7 % en tétrahydrocannabinol), aujourd'hui le cannabis hollandais titre de 20 à 40 % d'agent psychoactif devenant ainsi un hallucinogène puissant dont les effets rappellent ceux de l'acide lysergique (L.S.D.).

Au vu des éléments cités ci-dessus, qui atteignent principalement la jeunesse, ces dix experts concluent qu'il est difficile de soutenir une libéralisation du cannabis sous prétexte d'une comparaison de ses effets avec les effets d'autres drogues dont la toxicité est déjà très bien connue depuis longtemps sur les gros consommateurs.

Contrairement au rapport HENRION, le rapport ROQUES ne formule pas de recommandations en matière de législation. C'est B. KOUCHNER, alors Secrétaire d'Etat à la Santé, qui aborde ce point dans la préface de l'ouvrage. Il y envisage, non pas une dépénalisation, qu'il qualifie de "faux combat auquel ont renoncé tous les pays européens", ni une crispation sur une loi inadaptée, mais bien plutôt une contraventionnalisation et une réglementation de l'usage de drogue.

5.3. Réflexions personnelles

Nous appuyant sur les conclusions des rapports précédemment présentés, nous avons souhaité reprendre dans ce chapitre quelques éléments de réflexion qui nous paraissent particulièrement importants dans la synthèse des différentes données abordées dans ce travail.

5.3.1. Le cannabis, drogue douce ?

La question du cannabis rejoint en de nombreux points celle de l'alcool. Son usage modéré ne comporte que peu de risques, alors que l'abus de sa consommation peut conduire à de dangereuses complications, dont le coût en terme de santé publique est loin d'être négligeable. Or le cannabis est une drogue illicite, à l'inverse de l'alcool. Force est de constater que le problème de la toxicomanie ne se résout pas en "éliminant" la drogue, mais plutôt qu'il existe des drogues, vis-à-vis desquelles le comportement du consommateur n'est pas univoque, mais peut relever du simple usage ou de l'abus. Force est d'admettre également que les drogues "autorisées" (alcool, tabac, médicaments psychotropes) sont potentiellement aussi dangereuses que les drogues prohibées.

Qu'en est-il de la notion de drogue douce ? Au premier plan des discussions dans l'opinion publique, il s'agit d'un terme qui nous paraît inadéquat et qui nous semble compliquer voire brouiller le débat. L'usage traditionnel du cannabis dans certaines régions du monde, comme celui de l'opium à fumer, ou de la feuille de coca, n'est probablement pas plus dangereux que la consommation d'alcool et de tabac dans d'autres régions... et pourtant...

La légitimité de ce terme semble sous-tendue par la constatation que la consommation de cannabis n'est pas mortelle, à la différence d'autres drogues, qualifiées de "dures", comme l'héroïne ou la cocaïne. Pourtant, à l'heure actuelle, il est impossible d'affirmer l'innocuité du cannabis. Il paraît également extrêmement délicat de rassembler sous le même terme de "cannabis" des produits dont la teneur en principe actif peut varier de 5 à 40%.

Le clivage drogue dure / drogue douce nous paraît en bien des points dépassé. L'expérience clinique comme les données statistiques montrent en effet l'émergence actuelle du phénomène de polytoxicomanie, concernant un usage simultané ou successif de différents produits, de toxicité très variable. On ne peut donc se référer seulement au produit et à sa dangerosité, c'est bien plutôt l'individu dans sa globalité et les mécanismes psychiques qui le conduisent à telle ou telle consommation, qui sont à prendre en compte. S'il existe des drogues "intrinsèquement dures" [16], dont la dangerosité pharmacologique est indéniable, indépendamment du consommateur, il existe également des toxicomanies cliniquement graves, sans que le produit en cause ne soit réputé être une "drogue dure".

Il apparaît d'ailleurs dans le grand public une confusion entre "drogue douce" et produit licite, ce qui contribue à obscurcir le débat.

Il nous semble donc qu'il est réducteur voire dangereux d'en rester à la distinction "drogue dure" / "drogue douce". Il paraît au contraire plus intéressant d'essayer de réfléchir à la place qu'occupe la substance dans l'évolution psychodynamique de l'individu [16]. La substance constitue-t-elle "un investissement tyrannique réduisant à peu près à néant toutes les autres formes d'investissement relationnel" ? Ou s'agit-il d'une tentative d'adaptation dans l'élaboration de la personnalité, qui, tout en sollicitant une certaine vigilance, n'est pas à considérer encore comme une véritable toxicomanie ?

Le débat en tous cas est obscurci par la polarisation des opinions quant aux risques impliqués par la consommation de cannabis, sur des positions prises par rapport au débat sur le statut légal de la substance. Quelle position légitime peuvent alors adopter les médecins quant aux données scientifiques acquises et aux informations qu'ils peuvent (doivent) donner à leurs patients, si cette position médicale est immédiatement détournée en argument politique ?

D'autre part, les différentes études s'accordent à souligner la prépondérance des facteurs individuels dans la vulnérabilité face aux drogues. Les dimensions individuelles tant biologiques, génétiques, que psychiques ou environnementales sont à prendre en compte. Une

généralisation vague sous le terme de "drogue douce" ne va pas dans le sens de cette prise en compte. Le rapport remis par l'Académie des Sciences au Secrétariat d'Etat à la recherche en mars 1997 [1] souligne ces ambiguïtés. B. KOUCHNER, dans la préface du rapport ROQUES [118], insiste aussi sur l'absolue nécessité de s'intéresser d'abord à la personne avant de s'intéresser au toxique.

Le rapport du Comité consultatif national d'éthique (C.C.N.E.) [30] propose de situer l'usage de drogue du point de vue de la "morale personnelle", des "devoirs envers soi-même" : "Un sujet moral se doit de tirer au clair ce que signifie pour lui-même le fait de ne pas pouvoir se passer de sa cigarette du matin, ou d'avoir envie de goûter à une substance illicite.". Le sujet moral doit se poser le problème des limites de l'usage raisonnable, c'est à dire un usage maîtrisé, dont le rapport bénéfice - risque est supérieur à un, et qui permet de prendre raisonnablement soin de sa santé, par respect pour soi-même et pour les autres. "Le sujet moral n'est pas un sujet qui s'interdit toute gratification." avance le C.C.N.E., en soulignant qu'aucune morale n'interdit de "se faire du bien", mais aucune n'autorise à se nuire (exception faite du suicide stoïcien et de la valeur de rédemption de la souffrance chrétienne). La question du rapport de la loi et de la morale dans la consommation de produits illicites est ainsi posée. Qu'en est-il de la position de la loi face au "mal fait à soi-même" ? "Jusqu'où peut-on faire aux individus l'obligation de ne pas nuire à leur santé ?" questionne le C.C.N.E.. C'est ici les limites de l'ingérence dans la vie d'autrui dont il est question. Le Comité d'éthique rappelle : "Le respect des libertés dans une société démocratique implique que jusqu'à un certain point, l'usage de drogues par des citoyens adultes, autonomes et bien informés soit toléré (comme d'autres conduites à risques), dans la mesure où cet usage n'est pas nuisible pour les autres, et même si, par cet usage, l'individu semble se nuire à soi-même.". Les conduites suicidaires ne sont plus punissables dans notre pays, mais l'obligation d'assistance à personne en danger est une notion juridique qui prend actuellement de plus en plus de place dans notre société. Comment trouver l'attitude médiane qui permet de concilier le respect de la liberté individuelle avec une vigilance suffisante, en évitant l'écueil d'un individualisme égoïste mais confortable ? Quelle voie emprunter entre l'intrusion et l'abandon ? Est-il vraiment d'ailleurs encore pleinement question de liberté individuelle lorsque le sujet, dépendant d'un produit, se soumet à une telle auto-aliénation ?

5.3.2. Des études à approfondir

Les études présentées dans les chapitres précédents, tant du point de vue statistique que du point de vue neurobiologique, sont limitées par de nombreux biais méthodologiques. Les problèmes se posent dès l'évaluation de la dose consommée : produits de teneur en THC extrêmement variable, préparation artisanale des joints rendant difficile toute tentative d'homogénéisation, difficultés pour apprécier la biodisponibilité du produit (stockage important dans les tissus graisseux, d'où peu d'intérêt d'un dosage plasmatique), présence d'impuretés dans les préparations disponibles sur le marché clandestin.

La fiabilité des réponses concernant la consommation de cannabis pose aussi question, s'agissant d'une drogue illicite. Se discute alors l'intérêt de la confirmation biologique de la présence de cannabis dans les urines, pour limiter les biais de surestimation ou de sous-estimation liés aux réponses individuelles. Et ce même si une étude de 1988 [43] qui a comparé les informations données par les patients et les résultats des tests urinaires de dépistage, tend à montrer que les premières sont hautement fiables.

L'usage de cannabis renvoie à des domaines aussi divers que la biologie, la psychologie, la sociologie ou l'anthropologie. La complexité des interactions entre ces différents champs introduit la mise en jeu de multiples facteurs confondants.

Les résultats des recherches disponibles sont donc à interpréter avec rigueur et prudence, au risque sinon qu'ils puissent être détournés au profit de telle ou telle idéologie. Quant aux études à venir, elles sont, comme nous l'avons souligné au cours de ce travail, indispensables à imaginer, en tenant compte des impératifs que nous avons rappelés.

NEGRETE, dans deux articles intitulés "Qu'arrive-t-il au débat sur le cannabis" [97] et "Implications politiques de la recherche scientifique en matière d'abus de drogues : le cas du cannabis" [96], met en exergue les liens entre l'intensité de la recherche scientifique et celle des questions soulevées par l'opinion publique, liens probablement matérialisés par l'impulsion des politiques. Il regrette que de nombreuses questions concernant le cannabis ne fassent pas l'objet d'études plus approfondies ou plus rigoureuses. L'auteur relie cet infléchissement de la recherche à l'émergence de nouvelles drogues de synthèse (ecstasy notamment) qui apparaissent de prime abord beaucoup plus nocives que le cannabis, et focalisent actuellement bon nombre de recherches.

Des recherches fondamentales ou appliquées dans le champ médical aux décisions à prendre en matière législative, il y a un pas qu'il faut se garder de franchir trop hâtivement. C'est d'un point de vue général, et afin d'ouvrir le débat, que nous nous proposons de terminer ces réflexions personnelles par un aperçu des solutions législatives envisageables.

5.3.3. Prohibition, dépénalisation ou légalisation ?

Les termes les plus divers sont utilisés pour marquer une rupture avec la logique de la prohibition : libéralisation, dépénalisation, légalisation, décriminalisation, bien qu'employés indistinctement, ils recouvrent en fait des philosophies et des politiques différentes.

La prohibition actuellement en vigueur plonge usagers de cannabis et trafiquants dans la même illégalité. Ses partisans soulignent pourtant que la loi française actuelle incite à une vigilance de la société et va à l'encontre d'une banalisation de l'usage de drogue. Il reste pourtant étonnant dans le cas du cannabis que la loi pénale, censée protéger la société, interdise à un individu une conduite qui ne met a priori en danger que lui-même. C'est ainsi que le C.I.R.C. dénonce la "logique du crime sans victime" [29].

La loi pénale française va ici à l'encontre notamment des articles 4 et 5 de la Déclaration des droits de l'homme : "La liberté consiste à faire tout ce qui ne nuit pas à autrui." et "La loi n'a le droit de défendre que les actions nuisibles à la société.". Les articles 10 et 12 du même texte disposent respectivement : "Nul ne pourra être inquiété pour ses opinions." et "Nul ne sera l'objet d'immixtions arbitraires dans sa vie privée.". La loi ne peut interdire des actions nuisant seulement à leur auteur. Mais comment penser qu'une personne, à moins d'un isolement social et familial complet ne puisse se faire "du tort qu'à elle-même". Et quand bien même cette situation de désinsertion complète serait rencontrée, ne devrait-elle pas attirer l'attention des autres membres du groupe social ? Quant à l'abus de drogue entraînant un tort fait à autrui, ce qui est souvent le cas, la fonction répressive de la loi est, selon l'avis du C.C.N.E. [30] "ici pleinement de mise", dans une approche permettant une sanction proportionnée aux risques et aux préjudices que l'utilisateur fait courir ou inflige aux autres.

La dépénalisation supprime la sanction pénale. Si elle n'est appliquée qu'à l'usage, l'approvisionnement continue de constituer une infraction. Le trafic illicite persiste voire s'accroît.

La légalisation autorise à la fois l'usage et l'approvisionnement. La commercialisation de produits jusqu'alors illicites devient possible. Un des risques possibles de la légalisation serait d'oublier le problème de fond de la toxicomanie, à savoir la souffrance psychique du toxicomane. Celle-ci pourrait en effet être pudiquement masquée derrière une façade "socialement correcte". Comment tenir compte dans ce cas du devoir de chacun de porter "assistance à personne en danger" ? Sur un plan économique, la réglementation de la vente de cannabis ne pourrait être envisagée que dans le cadre d'un monopole d'état, tant le marché mondial de la drogue est complexe et les enjeux importants. Une réglementation adaptée permettrait-elle d'accéder à une liberté de consommation, dans le cadre d'une production et d'une distribution étroitement contrôlées, avec une tarification réfléchie, et une liberté de commerce réduite (pas de marque, pas d'enseigne, pas de publicité). Lors de son congrès annuel de 1994, intitulé "Drogues et interdits : l'esprit des lois", l'A.N.I.T. (Association nationale des intervenants en toxicomanie) s'est prononcée en faveur de la dépénalisation de l'usage de toutes les drogues et d'une légalisation du cannabis.

Au-delà de ces considérations politiques et économiques, il nous semble que la portée d'une mesure telle que la légalisation de l'usage du cannabis va plus loin. C'est toute l'importance structurante sur le plan psychique de l'interdit qui est interrogée. La limite fixée par la loi est également celle au-delà de laquelle l'usage peut entraîner une désintégration de liens sociaux.

Quel serait l'intérêt de favoriser l'accès à une substance dont on sait qu'elle présente des dangers pour la santé de ses utilisateurs ? Dans le cas du cannabis on ne peut pour l'instant avoir recours à une surveillance médicale, clinique ou biologique permettant d'alerter un consommateur sur un risque de complication. L'intoxication chronique au cannabis ne peut faire l'objet d'aucune surveillance médicale. Le risque que sous-tend la dépénalisation serait de véhiculer dans l'opinion publique une idée d'innocuité.

Le C.I.R.C. propose quant à lui, un modèle fondé sur la décriminalisation de l'usage et la réglementation de la distribution [29, 44]. Selon ce collectif, la décriminalisation, par la suppression des dispositions légales organisant la prohibition, "vise à rétablir la neutralité idéologique de la loi par rapport aux choix individuels.", de manière plus efficace que les autres voies (libéralisation, dépénalisation, légalisation). Elle serait associée dans ce projet à une réglementation de la distribution visant "à bâtir un cadre évolutif favorisant la liberté et la responsabilité de chacun", et dont le pilier serait le "cannabistrot" , "lieu convivial où l'on peut consommer et acheter au comptoir différentes variétés de cannabis."

CABALLERO propose une mise en parallèle des arguments avancés par défenseurs et opposants du maintien de l'interdit légal concernant le cannabis [20]. Il les récapitule dans un tableau, en différenciant deux ordres d'arguments : médical et social (Tableau 11.). Cette démarche nous paraît très significative de l'état du débat sur la dépénalisation du cannabis en France. Il nous semble en effet qu'une telle organisation dichotomique et manichéenne de la réflexion ne peut que limiter les échanges, en opposant des éléments qui ne sont pas d'ailleurs forcément incompatibles.

	Contre l'interdit légal	Pour l'interdit légal
	Toxicité cannabis < alcool et tabac [118]	Complications psychiatriques graves
Arguments d'ordre médical	Risque de santé publique faible : pathogénicité psychiatrique chez sujets fragilisés ou pour de fortes doses	Cancérogénicité
	Pas de dépendance ni de tolérance	Dépendance psychique
	Psychotrope "récréatif" idéal	Tolérance
	Intérêt thérapeutique majeur	Intérêt thérapeutique non démontré scientifiquement
Arguments d'ordre social	Pas de violence ni de délinquance spécifique	Responsabilité dans certains accidents de la voie publique
	Pas de désocialisation ni de marginalisation des usagers	La vente libre de l'alcool et du tabac ne peut être un argument de égalisation de la vente de cannabis

Tableau 11. :Arguments des opposants et des partisans de l'interdit légal du cannabis (d'après [20])

Récemment, lors de la publication du plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances (1999-2001), le gouvernement français a réaffirmé sa volonté politique : "il ne s'agit pas de changer la loi, ni de modifier la hiérarchie des interdits telle qu'elle résulte

d'ailleurs des conventions internationales ratifiées par la France.". De même que la nécessité de prendre en compte l'évolution des modes de consommation (polytoxicomanie, particulièrement chez les sujets jeunes) : "Si la consommation des stupéfiants est et doit rester prohibée, l'action répressive devra tenir compte de ces enjeux et des impératifs de santé publique qui en résultent.". Les orientations de ce plan triennal reposent sur une amélioration du recueil des données scientifiques et de l'évaluation des politiques publiques, un développement des campagnes d'information à destination du grand public, une systématisation des actions de prévention tout en rappelant les interdits posés par la loi, une meilleure formation des principaux acteurs en matière de toxicomanie.

Ce plan triennal inaugurerait-il une nouvelle approche des dépendances, centrée non plus sur les produits toxiques, mais sur les comportements humains ?

Il n'en reste pas moins que les difficultés soulevées dans ce travail en ce qui concerne la réflexion sur la nocivité du cannabis et sur son statut légal nous confirment que le débat sur la toxicomanie n'est pas près de trouver la sérénité qui lui est indispensable, car comme l'affirme N. MAESTRACCI, la toxicomanie est bien "un domaine qui touche à l'essentiel, c'est à dire à notre perception du risque, du plaisir et de la souffrance."

Face à une question d'une telle ampleur et recouvrant de tels enjeux que celle de la toxicomanie, on ne saurait avoir recours à des formules magiques ou à des recettes miracles. En ce qui concerne le cannabis, reconnaître clairement l'état des connaissances actuelles, ne pas minimiser les risques ni diaboliser la substance, distinguer les nouveaux produits fortement dosés en THC, reconnaître les difficultés d'application de la loi de 1970, tout en tenant compte du rôle de la société dans la formulation de certaines limites, nous paraissent être les bases indispensables d'une réflexion en la matière.

6. Conclusion

Une histoire qui s'étend sur des millénaires et se confond par moments avec l'histoire mondiale, des liens privilégiés avec de multiples cultures, donnent au débat contemporain sur la place du cannabis dans notre société, une profondeur inhabituelle.

Le cannabis suscite en France un débat passionné, sinon passionnel, dont les prises de position, souvent idéologiques, tiennent en réalité peu compte des travaux scientifiques.

Il nous a ainsi paru intéressant de rassembler les données fondamentales actuellement acquises sur cette drogue et son principe actif psychotrope, le tétrahydrocannabinol (THC). L'avancement des études pharmacologiques et neurobiologiques permet de mieux comprendre les effets du cannabis sur le système nerveux central de l'homme, même si ceux-ci ne sont pas encore entièrement élucidés. La découverte des récepteurs spécifiques CB1 et CB2 et de l'anandamide, ligand endogène des récepteurs aux cannabinoïdes, permet de lancer des pistes de recherche sur les interactions entre 9THC et systèmes de neurotransmetteurs. Celles-ci ouvrent sur le concept de vulnérabilité et sur l'étude des analogies entre les modèles neurobiologiques de l'action du 9THC et de la schizophrénie.

Si des liens existent bien entre cannabis et schizophrénie, comme le suggère empiriquement la clinique, ceux-ci ne sauraient être directs, comme s'accordent à le démontrer la plupart des études récentes. Le cannabis est ainsi de plus en plus considéré comme un facteur précipitant de l'évolution schizophrénique.

Différentes études médicales démontrent également l'existence d'effets pathogènes beaucoup plus généraux, à la fois physiques et psychiques.

Qu'en est-il alors des applications thérapeutiques, si souvent mises en avant par les pourfendeurs de la prohibition ? Même si les données historiques sont riches en utilisations thérapeutiques plus ou moins anecdotiques, il semble bien qu'aujourd'hui, aucune étude scientifique n'ait démontré, de manière rigoureuse, la supériorité du cannabis par rapport aux molécules déjà prescrites dans chacune des indications avancées.

Une substance dont certains effets pathogènes sont bien décrits, empêchant d'en soutenir l'innocuité ; des utilisations thérapeutiques qui n'ont fait l'objet d'aucune étude méthodologiquement acceptable... Mais une histoire riche en fantasmes et une consommation qui ne cesse actuellement de croître, particulièrement chez les jeunes ; une banalisation qui s'affirme, face à une loi dont l'application pratique s'éloigne de plus en plus de la théorie, au risque que l'interdit perde toute crédibilité... Tels sont les ingrédients de la polémique française.

Tandis que 90% des consommateurs de cannabis en font un "usage récréatif", seulement 10% se débattent contre les affres d'une véritable toxicomanie.

Comment continuer à octroyer à la loi pénale le droit de réprimer cet usage, au nom de la défense de la société ? Comment tenir compte des libertés individuelles sans glisser vers un individualisme d'exclusion ?

A l'heure où le dernier rapport d'experts, dirigé par le Professeur ROQUES, est publié, proposant une classification nouvelle des drogues, fondée sur la dangerosité de celles-ci, et balayant le traditionnel clivage licéité / illicéité, il semble vital de replacer chacun dans sa fonction. Aux médecins de mener de nouvelles recherches pharmacologiques, neurobiologiques, cliniques et épidémiologiques. Aux politiques d'affirmer leurs positions et de se donner les moyens de les mettre en œuvre, au moment où la France est pleinement engagée dans la construction européenne.

7. Bibliographie

[1] ACADEMIE DES SCIENCES, Aspects moléculaires, cellulaires et physiologiques des effets du cannabis, Rapports de l'Académie des Sciences, n°39, Paris, 1997.

[2] ADAMS I., MARTIN B.R., Cannabis : pharmacology and toxicology in animals and humans, *Addiction*, 1996, 91 : 1585-1614.

[3] ADELEKAN M.L., ABIODUN O.A., IMOJOKHOME-OBAYAN A.O., ONI G.A., Psychosocial correlates of alcohol, tobacco and cannabis use : findings from a Nigeria university, *Drug and alcohol Dependence*, 1993, 33(3) : 247-256.

[4] ADLAF E.M., SMART R.G., Drug and religious affiliation, feelings and behaviour, *British Journal of Addiction*, 1985, 80(2) : 163-171.

[5] ALBERNHE T., TYRODE Y., Législation en santé mentale. Pratique médico-légale, tome III, Ed. Sedip médical, Lyon, 1994 : 89-236.

[6] ALLEBECK P., ADAMSSON C., ENGSTROM A., Cannabis and schizophrenia : a longitudinal study of cases treated in Stockholm County, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1993, 88(1) : 21-24.

[7] ALVAREZ F.J., QUEIPO D., DEL RIO M.C., GARCIA M.C., Patterns of drug use by young people in the rural community of Spain, *British Journal of Addiction*, 1989, 84(6) : 647-652.

[8] AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, D.S.M. IV, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, fourth edition, Washington D.C., 1994, Tr. Fr. GUELFY J.D..

[9] ANDREASSON S., ALLEBECK P., ENGSTROM A., RYDBERG U., Cannabis and schizophrenia. A longitudinal study of Swedish conscripts, *The Lancet*, 1987, ii : 1483-1486.

[10] ANDREASSON S., ALLEBECK P., RYDBERG U., Schizophrenia in users and nonusers of cannabis. A longitudinal study in Stockholm County, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1989, 79(5) : 505-510.

[11] BASU D., MALHOTRA A., BHAGAT A., VARMA V.K., Cannabis psychosis and acute schizophrenia. A case-control study from India, *Eur. Addict. Res.*, 1999, 5(2) : 71-73.

[12] BAUDELAIRE C., Le poème du hachisch, in *Les paradis artificiels, Oeuvres complètes*, Tome 1, Coll. Bibliothèque de la Pléiade, Ed. Gallimard, Paris, 1975 : 401-441.

[13] BEESLEY S., RUSSEL A., Cannabis use in a general psychiatric population, *Scot. Med. J.*, 1997, 42(6) : 171-172.

[14] BERGERET J. et coll., *Psychologie pathologique*, 5ème édition, Ed. Masson, Paris, 1994, 338 p.

[15] BERGERET J., Aspects économiques du comportement d'addiction, in *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Ed. Dunod, Paris, 1981, 180 p. : 9-25.

[16] BERGERET J., Toxicomanie et personnalité, Coll. *Que sais-je?*, Ed. P.U.F., Paris, 1996, 128 p.

[17] BERK M., BROOK S., TRANDAFIR A.I., A comparison of olanzapine with haloperidol in cannabis-induced psychotic disorder : a double-blind randomized controlled trial, *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 1999, 14(3) : 177-180.

- [18] BOEKHOUT VAN SOLINGE T., Le cannabis en France, C.E.D.R.O. (Centre for drug research, University of Amsterdam), 1995, 49p., disponible sur le site Internet <http://www.frw.uva.nl/cedro>
- [19] BRACONNIER A., Troubles mentaux et toxicomanie, Confrontations psychiatriques, 1987, 20 (28) : 207-219.
- [20] CABALLERO F., Droit de la drogue, Ed. Dalloz, Paris, 1990.
- [21] CARNEY M.W.P., BACELLE L., ROBINSON B., Psychosis after cannabis use, British Medical Journal, 1984, 288 : 1047.
- [22] CASPARI D., Cannabis and schizophrenia : results of a follow-up study, Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci., 1999, 249(1) : 45-49.
- [23] CASTLE D.J., AMES F.R., Cannabis and the brain, Aust. N.Z. J. Psychiatry, 1996, 30(2) : 179-183.
- [24] CHAUDRY H.R., MOSS H.B., BASHIR A., SULIMAN T., Cannabis psychosis following bhang ingestion, British Journal of Addiction, 1991, 86(9) : 1075-1081.
- [25] CHOQUET M., LEDOUX S., MENKE H., Approche épidémiologique de la consommation de drogues licites ou illicites parmi les jeunes en France : essai de synthèse, in Les adolescents et leur santé, tome 1, Flash information n° hors série, Ed. C.T.N.E.R.H.I., P.U.F. diffusion, Paris, 1990.
- [26] CHOWDHURY A.N., BERA N.K., Koro following cannabis smoking : two cases reports, Addiction, 1994, 89(8) : 1017-1020.
- [27] COHEN P., SAS A., Patterns of cannabis use in Amsterdam among experienced cannabis users, C.E.D.R.O., 1998, disponible sur le site Internet <http://www.frw.uva.nl/cedro>, 12p.
- [28] COHEN S.I., Cannabis consumption and schizophrenia, British Journal of Psychiatry, 1994, 165(3) : 410-411.
- [29] COLLECTIF D'INFORMATION ET DE RECHERCHE CANNABIQUE, Lettre ouverte aux législateurs, Coll. L'esprit frappeur, Ed. N.S.P., Paris, 1997, 95 p.
- [30] COMITE CONSULTATIF NATIONAL D'ETHIQUE POUR LES SCIENCES DE LA VIE ET DE LA SANTE (C.C.N.E.), Rapport sur les toxicomanies, n°43, 23/11/1994, disponible sur le Site Internet <http://www.ccne-ethique.org>
- [31] COMPTON D.R., DEWEY W.L., MARTIN B.R., Cannabis dependence and tolerance production, Advances in Alcohol and Substance Abuse, 1990, 9(1-2) : 129-147.
- [32] COTTEREAU M.J., LÔO H., POIRIER M.F., DENIKER P., Les pharmacopsychoses au cours des toxicomanies, L'encéphale, 1975, I : 43-48.
- [33] COURT J.M., Cannabis and brain function, J. Paediatr. Child Health, 1998, 34(1) : 1-5.
- [34] CURTET F., JAFFRE J., Consommation de haschisch parmi les 12-44 ans, résultats d'enquête et analyse, SOFRES et Grande Ecoute, 1992.
- [35] DEAHL M., Cannabis and memory loss, British Journal of Addiction, 1991, 86(3) : 249-252.
- [36] DEFER B., DIEHL M.L., Les psychoses cannabiques aiguës (à propos de 560 observations), Annales Médico-psychologiques, 1968, 126(2) : 260-265.
- [37] DEQUARDO J.R., CARPENTER C.F., TANDON R., Patterns of substance abuse in schizophrenia : nature and significance, Journal of Psychiatric Research, 1994, 28(3) : 267-275.

- [38] DEVANE W.A., HANUS L., BREUER A., PERTWEE R.G., STEVENSON L.A., GRIFFIN G., GIBSON D., MANDELBAUM A., ETINGER A., MECHOULAM R., Isolation and culture of a brain constituent that binds to the cannabinoïd receptor, *Science*, 1992, 258 : 1946-1949.
- [39] DIXON L., HAAS G., WEIDEN P.J., SWEENEY J., FRANCES A.J., Drug abuse in schizophrenic patients : clinical correlates and reasons for use, *American Journal of Psychiatry*, 1991, 148(2) : 224-230.
- [40] D'SOUZA D.C., BENNETT A., ABI-DARGHAM A., KRYSTAL J.H., Comparison of THC effects in schizophrenic and non schizophrenic patients, presented at the American College of Neuropsychopharmacology Annual Meeting., 1998, publication to appear.
- [41] EY H., BERNARD P., BRISSET C., Manuel de psychiatrie, 6ème édition, Ed. Masson, Paris, 1989 : 397-407.
- [42] FLETCHER J.M., PAGE J.B., FRANCIS D.J., COPELAND K., NAUS M.J., DAVIS. C.M., MORRIS R., KRAUSKOPF D., SATZ P., Cognitive correlates of long-term cannabis use in Costa Rican men, *Archives of General Psychiatry*, 1996, 53, 1051-1057.
- [43] FRIDE E., MECHOULAM R., Pharmacological activity of the cannabinoid receptor agonist, anandamide, a brain constituent, *Eur. J. Pharmacol.*, 1993, 231 : 313-314.
- [44] GALLAND J.P., Fumée clandestine, Editions du Léopard, Paris, 1995.
- [45] GAONI Y., MECHOULAM R., Isolation, structure and partial synthesis of an active constituent of haschish, *J. Am. Chem. Soc.*, 86 : 1646-1648.
- [46] GAUTIER T., Le club des hachichins, Ed. Mille et une nuits, Paris, 1997, 39 p.
- [47] GHODSE A.H., Cannabis psychosis, *British Journal of Addiction*, 1986, 81(4) : 473-478.
- [48] GODOT T., Cannabis et pharmacopsychoses, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Besançon, 1992, 457p.
- [49] GORRITI M.A., RODRIGUEZ DE FONSECA F., NAVARRO M., PALOMO T., Chronic(-)-delta9-tetrahydrocannabino treatment induces sensitization to the psychomotor effects of amphetamine in rats, *Eur. J. Pharmacol.*, 1999, 365(2-3) : 133-142.
- [50] GRINSPOON L., BAKALAR J., Cannabis : la médecine interdite, Ed. du Léopard, Paris, 1995.
- [51] GRUBER A.J., POPE H.G., Cannabis psychotic disorder. Does it exist ? *American Journal of Addictions*, 1994, 3(1) : 72-83.
- [52] GUELFY J.D., Psychiatrie de l'adulte, 1ère édition, Ed. Ellipses-Marketing, Paris, 1985, 464p.
- [53] GUILLAUMIN J., Brèves amours avec la drogue et évolutions addictives chez les adolescents, in *Le psychanalyste à l'écoute du toxicomane*, Ed. Dunod, Paris, 1981 : 47-62.
- [54] GUY S.M., SMITH G.M., BENTLER P.M., Consequences of adolescent drug use and personality factors on adult drug use. *Journal of Drug Education*, 1994, 24(2) : 109-132.
- [55] HALIKAS J., GOODWIN D., GUZE S., Marijuana use and psychiatric illness, *Archives of General Psychiatry*, 1972, 27 : 162-165.
- [56] HALL W., SOLOWIJ N., Adverse effects of cannabis, *Lancet*, 1998, 14, 352(9140) : 1611-1616.

- [57] HAMERA E., SCHNEIDER J.K., DEVINEY S., Alcohol, cannabis, nicotine, and caffeine use and symptom distress in schizophrenia, *Journal of Nervous and Mental Disease*, 1995, 183(9) : 559-565.
- [58] HASIN D.S., GRANT B.F., HARFORD T.C., ENDICOTT J., The drug dependence syndrome and related disabilities, *British Journal of Addiction*, 1988, 83(1) : 45-55.
- [59] HENRION R., Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, Ministère des affaires sociales de la santé et de la ville, Ed. La Documentation française, Paris, 1995, 156p.
- [60] HERKENHAM M., LYNN A.L., LITTLE M.D., JOHNSON M.R., MELVIN L.S., DECOSTA B.R., RICE K.C., Cannabinoid receptor localization in brain, *Proceedings of the National Academy of Sciences of the U.S.A.*, 1990, 87 (5) : 1932-36.
- [61] HOWLETT A.C., BIDAUT-RUSSEL M., DEVANE W.A., MELVIN L.S., JOHNSON M.R., HERKENHAM M., The cannabinoid receptor : biochemical, anatomical and behavioural characterization, *Trends Neurosci.*, 1990, 13 : 420-423.
- [62] IMADE A.T., EBIE J.C., A retrospective study of symptom patterns of cannabis-induced psychosis, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1991, 83(2) : 134-136.
- [63] INGOLD R., TOUSSIRT M., Le cannabis en France, Ed. Anthropos, Paris, 1998, 173p.
- [64] ISBELL H., GORODETZSKY C.W., JASINSKI D., CLAUSSEN V., SPULAK F.V., KORTE F., Effects of (9-trans-tetrahydrocannabinol in man, *Psychopharmacologica*, 1967, 11 : 184-188.
- [65] JOHNSON B.S., SMITH B.L., TAYLOR P., Cannabis and schizophrenia, *Lancet*, 1988, i : 592-593.
- [66] KENDLER K. S., PRESCOTT C.A., Cannabis use, abuse and dependence in a population based sample of female twins, *Am. J. Psychiatry*, 1998, 155(8): 1016-1022.
- [67] KNUDSEN P., VILMAR T., Cannabis and neuroleptic agents in schizophrenia, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1984, 69(2) : 162-174.
- [68] KOVASZNAY B., FLEISCHER J., TANENBERG-KARANT M., JANDORF L., MILLE A.D., BROMET E., Substance use disorder and the early course of illness in schizophrenia and affective psychosis, *Schizophr. Bull.*, 1997, 23(2) : 195-201.
- [69] KRYSTAL J.H., D'SOUZA D.C., MADONICK S., PETRAKIS I.L., Toward a rational pharmacotherapy of comorbid substance abuse in nschizophrenic pateints, *Schizophr. Res.*, 1999, 35 Suppl. : S35-49.
- [70] LACAN J., D'une question préliminaire à tout traitement possible de la psychose in *Ecrits*, Coll. Le champ freudien, Ed. du Seuil, Paris, 1966, 912p. : 531-583.
- [71] LACAN J., Fonction et champ de la parole et du langage in *Ecrits*, Coll. Le champ freudien, Ed. du Seuil, Paris, 1966, 912p. : 237-322.
- [72] LAFARGUE P., Biotransformations et pharmacocinétique des cannabinoïdes, de la cocaïne et des dérivés morphiniques, *Revue française des Laboratoires*, 1991, 222 : 77-84.
- [73] LAPLANCHE J., PONTALIS J.B., Vocabulaire de la psychanalyse, Coll. Quadrige, Ed. P.U.F., Paris, 1997, 523p.
- [74] LAUNAY C., PETITJEAN F., PERDEREAU F., ANTOINE D., Conduites toxicomaniaques chez les malades mentaux : une enquête en Ile-de-France, *Ann; Méd.-Psychol.*, 1998, 156(7) : 482-485.

- [75] LE MONDE, Dossier "Cannabis, la fin d'un tabou", Edition électronique <http://www.lemonde.fr>, mise à jour le 17/06/1999.
- [76] LEON-CARRION J., Mental performance in long-term heavy cannabis use : a preliminary report, *Psychological reports*, 1990, 67(3) : 947-952.
- [77] LEWEKE F.M., EMRICH H.M., Carbamazepine as an adjunct in the treatment of schizophrenia-like psychosis related to cannabis abuse, *Int. Clin. Psychopharmacol.*, 1999, 14(1) : 37-39.
- [78] LINDESAY J., Psychosis and cannabis, *British Journal of Psychiatry*, 1994, 164(566).
- [79] LINSZEN D.H., DINGEMANS P.M., LENIOR M.E., Cannabis abuse and the course of recent onset schizophrenic disorders, *Archives of General Psychiatry*, 1994, 51(4) : 273-279.
- [80] MARTEL A., La consommation de cannabis chez l'adolescent psychotique : contribution à l'étude clinique et épidémiologique, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Grenoble 1, 1995, 78 p.
- [81] MARTINEZ-AREVALO M.J., CALCEDO-ORDONEZ A., VARO-PRIETO J.R., Cannabis consumption as a prognostic factor in schizophrenia, *British Journal of Psychiatry*, 1994, 164 : 679-681.
- [82] MASSON P., Rapport 104 (98-99), Commission des affaires étrangères du Sénat, Session ordinaire 1998-99, texte disponible sur Site Internet <http://www.senat.fr>.
- [83] MATHERS D.C., GHODSE A.H., CAAN A.W. et al., Cannabis use amongst a large sample of acute psychiatric admissions, *British Journal of Addiction*, 1991, 86 : 779-784.
- [84] MATHERS D.C., GHODSE A.H., Cannabis and psychotic illness, *British Journal of Psychiatry*, 1992, 161 : 648-653.
- [85] MATSUDA L.A., LOLAIT S.J., BROWNSTEIN M.J., YOUNG A.C., BANNER T.I., Structure of a cannabinoïd receptor and functional expression of the cloned cDNA, *Nature*, 1990, 346 : 561-564.
- [86] McGLOTHIN N.G., WEST L.J., The marihuana problem : an overview, *American Journal of Psychiatry*, 1968, 125 : 126-134.
- [87] McGUIRE P., JONES P., HARVEY I., BEBBINGTON P., et al., Cannabis and acute psychosis, *Schizophrenia research*, 1995, 15 : 277-281.
- [88] McGUIRE P., JONES P., HARVEY I., WILLIAMS M., McGUFFIN P., MURRAY R.M., Morbid risk of schizophrenia for relatives of patients with cannabis-associated psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163(698).
- [89] MINISTERE NEERLANDAIS DES AFFAIRES ETRANGERES, Principes de la politique néerlandaise en matière de drogues, disponible sur le site Internet <http://www.minbuza.nl>
- [90] MOREAU DE TOURS J.J., Du haschich et de l'aliénation mentale, (1845), Ed. S.E.M.P., Paris, 1970, 431p.
- [91] MUESER K.T., YARNOLD P.R., LEVINSON D.F., SINGH H., et al., Prevalence of substance abuse in schizophrenia : demographic and clinical correlates, *Schizophrenia Bulletin*, 1990, 16(1) : 31-56.
- [92] MUNRO S., THOMAS K.L., ABU-SHAR M., Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabis, *Nature*, 1993, 365 : 61-65.

- [93] MURRAY G.F., Marijuana and social control - a sociological perspective on deviance, *International Journal of Addiction*, 21 : 657-669. [94] NAHAS G., Histoire du "H", Ed. Robert Laffont, Paris, 1979, 308 p. [95] NEGRETE J.C., Les effets psychopathologiques de l'usage du cannabis, *Psychotropes*, 1985, 2 : 83-95. [96] NEGRETE J.C., Political implications of scientific research in the field of drug abuse : the case of cannabis, *Drug and Alcohol Dependence*, 1990, 25(2) : 225-228.
- [97] NEGRETE J.C., What's happened to the cannabis debate ?, *British Journal of Addiction*, 1988, 83 : 359-372.
- [98] NEGRETE S., Cannabis and schizophrenia, *British Journal of Addiction*, 1989, 84 : 349-351.
- [99] NELSON P.L., Cannabis amotivational syndrome and personality trait absorption : a review and reconceptualization, *Imagination, Cognition and Personality*, 1994, 14(1) : 43-58.
- [100] OBSERVATOIRE FRANÇAIS DES DROGUES ET DES TOXICOMANIES (O.F.D.T.), Drogues et toxicomanies, indicateurs et tendances, Edition 1999, 271p, disponible sur le site Internet <http://www.ofdt.fr>
- [101] O'CONNELL C.M., FRIED P.A., Prenatal exposure to cannabis : a preliminary report of postnatal consequences in school age children, *Neurotoxicology and Teratology*, 1991, 13(6) : 631-639.
- [102] OLIEVENSTEIN C., Il n'y a pas de drogués heureux, Ed. Laffont, Paris, 1977, 329p.
- [103] ONYANGO R.S., Cannabis psychosis in young psychiatric inpatients, *British Journal of Addiction*, 1986, 81(3) : 419-423.
- [104] ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTE (O.M.S.), Classification internationale des maladies, 10ème révision, (C.I.M.10 / I.C.D.10), Ed. Masson, Paris, 1992, 336p.
- [105] PAES M., Cannabis et psychopathologie, *Psychologie médicale*, 1986, 18(2) : 219-221.
- [106] PALSSON A., THULIN S.O., TUNVING K., Cannabis psychosis in South Sweden, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1982, 66 : 311-321.
- [107] PEDERSEN W., Adolescents initiating cannabis use. Cultural opposition or poor mental health ? *Journal of Adolescence*, 1990, 13(4), pp.327-339.
- [108] PEDERSEN W., Mental health, sensation seeking and drug use patterns : a longitudinal study, *British Journal of Addiction*, 1991, 86(2) : 195-204.
- [109] PELLETIER M., Rapport de la mission d'étude sur l'ensemble des problèmes de la drogue, La documentation française, Paris, 1978.
- [110] PERALTA V., CUESTA M.J., Influence of cannabis abuse on schizophrenic psychopathology, *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1992, 85(2) : 127-130.
- [111] POOLE R., BRABINS C., Drug induced psychosis, *British Journal of Psychiatry*, 1996, 168, 135-138.
- [112] POPE H.G., GRUBER A.J., YURGELUN-TODD D., The residual neuropsychological effects of cannabis : the current status of research, *Drug and Alcohol Dependence*, 1995, 38(1) : 25-34.
- [113] RACAMIER P.C., Les schizophrènes, Coll. "Petite Bibliothèque Payot", Ed. Payot, Paris, 1990, 241p.
- [114] RICHARD D., SENON J.L., Le cannabis, Coll. Que sais-je, Ed. P.U.F., Paris, 1997, 127p.

- [115] RIPOLL F., Conduites toxicophiles chez 1232 jeunes français. Enquête réalisée au centre de sélection de Lyon en 1995, Thèse de Doctorat en Médecine, Université Claude Bernard, Lyon 1, 1997.
- [116] ROHR J.M., SKOWLUND S.W., MARTIN T.E., Withdrawal sequelae to cannabis use, *International Journal of the Addictions*, 1989, 24(7) : 627-631.
- [117] ROLFE M., TANG C.M., SABALLY S., TODD J.E. et al., Psychosis and cannabis abuse in the Gambia, *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163 : 798-801.
- [118] ROQUES B., La dangerosité des drogues, Rapport au secrétariat d'Etat à la Santé, Ed. O. Jacob / la Documentation française, Paris, 1999, 316p. [119] ROSOLATO G., Essais sur le symbolique, Coll. Connaissance de l'inconscient, Ed. Gallimard, Paris, 1969, 364p.
- [120] SAS A., Dutch national drug use prevalence survey, C.E.D.R.O., 1999, disponible sur le Site Internet <http://www.frw.uva.nl/ce>
- [121] SCARAMOZZINO S., Les dangers de la dépénalisation du cannabis chez les adolescents et jeunes adultes, Thèse de Doctorat en Médecine, Université de Tours, 1994, 158p.
- [122] SEMBHI S., LEE J.W., Cannabis use in psychotic patients, *Aust. N.Z. J. Psychiatry*, 1999, 33(4) : 529-532.
- [123] SHEPPARD M.A., Adolescents' perceptions of cannabis use by their peers : does it have anything to do with behavior ? , *Journal of Drug Education*, 1989, 19(2) : 157-164.
- [124] SIDNEY S., BECK J.E., TEKAWA I.S., QUEENSBERRY C.P., FRIEDMAN G.D., Marijuana use and mortality, *American Journal of Public Health*, 1997, 87 : 585-590.
- [125] SKRETTING A., Attitude of the Norwegian population to drug policy and drug-offences, *Addiction*, 1993, 88(1) : 125-131.
- [126] SMITH J., HUCKER S., Schizophrenia and substance abuse, *British Journal of Psychiatry*, 1994, 165 : 13-21.
- [127] SOLOWIJ N., MICHIE P.T., FOX A.M., Differential impairments of elective attention due to frequency and duration cannabis use, *Biological Psychiatry*, 1995, 37(10) : 731-739.
- [128] STENBACKA M., ALLEBECK P., ROMELSSJO A., Initiation into drug abuse : the pathway from being offered drugs to trying cannabis and progression to intravenous drug abuse, *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1993, 21(1) : 31-39.
- [129] TALBOTT J.A., TEAGUE J.W., Marijuana psychosis, *JAMA*, 1969, 210 : 701-704.
- [130] TENNANT F.S., GROESBECK C.J., Psychiatric effects of haschich, *Archives of General Psychiatry*, 1972, 27, pp.133-136.
- [131] THOMAS H., A community survey of adverse effects of cannabis use, *Drug and Alcohol Dependence*, 1996, 42(3) : 201-207.
- [132] THOMAS H., Psychiatric symptoms in cannabis users, *British Journal of Psychiatry*, 1993, 163 : 141-149
- [133] THORNICROFT G., Cannabis and psychosis. Is there epidemiological evidence for association ? *British Journal of Psychiatry*, 1990, 157 : 25-34.
- [134] THORNICROFT G., MEADOWS G., POLITI P., Is "cannabis psychosis" a distinct category ? , *European Psychiatry*, 1992, 7(6), pp.277-282.

- [135] TRAUTMANN C., La lutte contre la toxicomanie et le trafic de stupéfiants, Rapport au Premier ministre, Ed. La Documentation française, Paris, 1990, 266p.
- [136] TURNER W., TSUANG M., Impact of substance abuse on the course and outcome of schizophrenia, Schizophrenia Bulletin, 1990, 16 : 87-95.
- [137] VALLEUR M., Au-delà des produits, les conduites addictives, Actualités et dossiers en santé publique, 1998, 22 : 40-43.
- [138] VAN VLIET H.J., Separation of drug markets and the normalization of drug problems in the Netherlands : an example for other nations ?, Journal of Drug Issues, 1990, 20(3) : 463-471.
- [139] VASSE D., Un parmi d'autres, Coll. Le champ freudien, Ed. du Seuil, Paris, 1978, 220p.
- [140] VENISSE J.L., RAULT A., SANCHEZ M., Conduites addictives - Objet de l'addiction, Psychologie médicale, 1989, 21(12) : 1767-1770.
- [141] VIGNAT J.P., De l'alcool à la drogue ou d'une loi à l'autre, Le journal de Nervure, 1995, 6 : 8.
- [142] WELLER R.A., HALIKAS J.A., Marijuana use and psychiatric illness : a follow-up study, American Journal of Psychiatry, 1985, 142 : 848-850.
- [143] WILLIAMS J.H., WELLMAN N.A., RAWLINS J.N.P., Cannabis use correlates with schizotypy in healthy people, Addiction, 1996, 91(6) : 869-877

Notes :

1 HERODOTE, Histoires.

2 Noté Δ^9 THC ou THC

3 D'après MEUNIER J.M., SHVALOFF A., Neurotransmetteurs, Ed. Masson, Paris, 1992, cité in 114].

4 RINALDI-CARMONA M. et al., SR141716A, a potent and selective antagonist of the brain cannabinoid receptor, FEBS Lett., 1994, 350 : 240-244, cité in 118].

5 NOYES R. et al., Analgesic effect of delta-9-tetrahydrocannabinol, J. Clin. Pharmacol., 1975, 15 : 139-143, cité in 118].

6 JAIN A.K. et al., Evaluation of intramuscular levonantradol and placebo in acute postoperative pain, J. Clin. Pharmacol., 1981, 21 : 3205-3265, cité in 118].

7 CONSROE P. et al., The perceived effects of smoked cannabis on patients with multiple sclerosis, Eur. Neurol., 1997, 38 : 44-48, cité in 118].

8 Mission Permanente de Lutte contre la Toxicomanie (M.P.L.T.), puis Mission Interministérielle de Lutte contre la Toxicomanie (M.I.L.T.), puis Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue (D.G.L.D.), Délégation Générale à la Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie (D.G.L.D.T.) et actuellement Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la toxicomanie (M.I.L.D.T.).

9 Successivement rattachée au ministère de la Solidarité, au Premier ministre, au ministre de la Justice, puis de nouveau au Premier ministre.

10 Circulaire du 09/07/1996 relative à la lutte contre la drogue et la toxicomanie au niveau départemental.

11 Telle que définie par la Convention constitutive du groupement d'intérêt public.

12 ACSF : analyse du comportement sexuel des français.

13 Aléa 2° : sondage aléatoire à 2 degrés.

14 CATI : Computer Assisted Telephone Interview.

15 Ns : non significativement différent de 0.

16 I.R.E.P. : Institut de recherche en épidémiologie de la pharmacodépendance.

17 N= taille de l'échantillon

18 CARTON R., Les médecins contre la dépénalisation du cannabis, Le Quotidien du Médecin, 26/06/1998.

19 GAUTIER T., article publié dans La Revue des Deux Mondes, en 1846, cité in 94].

20 BAILLY-SALIN P., ZACKLAD M., MATHE A., KRIEF J. et al., Amours, délices et drogues. Quelques considérations sur le corps, la relation érotique et l'ascèse nirvanique sous l'influence toxicomaniaque, Annales Médico-psychologiques, Paris, 1970, 2 (1) : 120-126, cité in 48].

21 LACAN J., Subversion du sujet et dialectique du désir in Ecrits, Coll. Le champ freudien, Ed. du Seuil, Paris, 1966 : 814.

22 SIMPSON H.M., The epidemiology of road accidents involving marijuana. Traffic Injury Research Foundation of Canada, Alcohol, drugs and driving, 1986, vol.2, n°3-4, cité in 118].

23 CHESCHER G., Cannabis and road safety : an outline of the research studies to examine the effects of cannabis on driving skills and actual driving performance, The effects of drugs (other than alcohol) on road safety, Melbourne, Australia, Road safety committee, Parliament of Victoria, 1995 : 67-96, cité in 118].

24 DEBRAY H., VIDAL F., Intoxication au cannabis chez une enfant de treize mois, La Presse médicale, 1987, 16(36) : 1807, cité in 121].

25 British Medical Association, rapport 1997, cité in 118].

26 FERNANDEZ-RUIZ J.J. et al., Neuroendocrine effects of acute dose of 9-tetrahydrocannabinol : changes in hypothalamic biogenic amines and anterior pituitary hormone secretion, Neuroendocrinol. Lett., 1992, 14 : 349-355, cité in 118].

27 RODRIGUEZ de FONSECA F. et al., Corticotropin-releasing factor (CRF) antagonist D-Phe¹², Nle^{21,38}, CxMeLeu³⁷] CRF attenuates the acute actions of the highly potent cannabinoid receptor agonist HU-210 on defensive withdrawal behavior in rats, J. Pharmacol. Exp. Ther., 1996, 276 : 56-64, cité in 118].

28 B.P.R.S. : Brief psychiatric rating scale.

29 P.A.N.S.S. : Positive and negative syndrome scale.

30 M.M.S. : Mini mental state.

31 Circulaire n°71-8 du 25/08/1971.

32 Circulaire n° 73-11 du 30/03/1973.

33 Circulaire n° 69F389 du 07/03/1977.

34 Circulaire n° 69F389 du 07/05/1978.

35 Circulaire CRIM.84-15-E.2 du 19/09/1984.

36 Circulaire n°CAB 87-01 du 12/05/1987.

37 Circulaire n°NOR JUS A 9900148 C.

38 CHENU G., Résultats décevants pour l'injonction thérapeutique, Interdépendances, 1997, 27 :37-38.

39 La tentative des délits prévus par les art. 222-36 à 222-39 N.C.P. est punie des mêmes peines (art. 222-40 N.C.P.).

a Pas de toxicité pour la méthadone et la morphine en usage thérapeutique.

b Sauf conduite automobile et utilisation dans des recherches de "soumission" ou d'"autosoumission", où la dangerosité devient alors très forte.

40 Propos du Pr. B. ROQUES, cités dans l'article de D. FAUDEUX : "La lutte contre la toxicomanie ne doit pas se tromper de cible", Le généraliste, 26/01/1999.

41 Cité in ROY P., Toxicité du cannabis : des spécialistes partagés, Le Quotidien du Médecin, 30/06/1998.

42 Dr P. MURA (Poitiers), Dr G. PEPIN (Paris), Dr P. KINTZ (Strasbourg), Pr J.P. ANGER (Rennes), Dr M. DEVEAUX (Lille), Dr J.P. GOULLE (Le Havre), Pr A. PINEAU - (Nantes), Pr A. PIRIOU (Poitiers), Pr J.J. VALLON (Lyon), Dr F. VINCENT (Grenoble).

43 MARTIN G.W., WILKINSON A., KAPUR B.M., Validation of self-reported cannabis use by urine analysis, *Addict. Behav.*, 1988, 13 : 147-150, cité in 110].
B1] ICI