

UNIVERSITE de LIMOGES
Faculté de Médecine



ANNEE 2001



Thèse n° 13411

ADDICTION CANNABIQUE :
A propos
d'une enquête sur la consommation
de substances psychoactives
chez de jeunes adultes scolarisés à Limoges



THESE

POUR LE
DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement le 18 Septembre 2001

par
Déborah POSTIL
née le 3 Août 1973 à Limoges (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS de la THESE

- | | |
|--|---------------|
| Monsieur le Professeur J.-P. CLEMENT | PRESIDENT |
| Monsieur le Professeur R. GAROUX | JUGE |
| Monsieur le Professeur B. MELLONI | JUGE |
| Monsieur le Professeur C. PIVA | JUGE |
| Madame le Docteur C. CHEVALIER | MEMBRE INVITE |
| Monsieur le Docteur E.-R. LOMBERTIE | MEMBRE INVITE |
| Monsieur le Docteur P. VILLEGGER | MEMBRE INVITE |

**UNIVERSITE DE LIMOGES
FACULTE DE MEDECINE**

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur COGNE Michel

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

| | |
|--|--|
| ACHARD Jean-Michel | PHYSIOLOGIE |
| ADENIS Jean-Paul * (C.S) | OPHTALMOLOGIE |
| ALAIN Jean-Luc (C.S) | CHIRURGIE INFANTILE |
| ALDIGIER Jean-Claude | NEPHROLOGIE |
| ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S) | MEDECINE INTERNE |
| ARNAUD Jean-Paul (C.S) | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| BARTHE Dominique | HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE |
| BEDANE Christophe | DERMATOLOGIE |
| BENSAID Julien | CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE |
| BERTIN Philippe | THERAPEUTIQUE |
| BESSEDE Jean-Pierre | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE |
| BONNAUD François (C.S) | PNEUMOLOGIE |
| BONNETBLANC Jean-Marie (C.S) | DERMATOLOGIE |
| BORDESSOULE Dominique (C.S) | HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION |
| BOUTROS-TONI Fernand | BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE |
| CHARISSOUX Jean-Louis | CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| CLAVERE Pierre | RADIOTHERAPIE |
| CLEMENT Jean-Pierre (C.S) | PSYCHIATRIE ADULTES |
| COGNE Michel | IMMUNOLOGIE |
| COLOMBEAU Pierre (C.S) | UROLOGIE |
| CORNU Elisabeth | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| COURATIER Philippe | NEUROLOGIE |
| CUBERTAFOND Pierre (C.S) | CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE |
| DARDE Marie-Laure (C.S) | PARASITOLOGIE |
| DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S) | PEDIATRIE |
| DENIS François (C.S) | BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE |
| DESCOTTES Bernard (C.S) | ANATOMIE |
| DUDOGNON Pierre (C.S) | REEDUCATION FONCTIONNELLE |
| DUMAS Jean-Philippe | UROLOGIE |
| DUMAS Michel | NEUROLOGIE |
| DUMONT Daniel | MEDECINE DU TRAVAIL |
| DUPUY Jean-Paul (C.S) | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| FEISS Pierre (C.S) | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE |
| GAINANT Alain | CHIRURGIE DIGESTIVE |
| GAROUX Roger (C.S) | PEDOPSYCHIATRIE |
| GASTINNE Hervé (C.S) | REANIMATION MEDICALE |
| JAUBERTEAU-MARCOHAN M. Odile | IMMUNOLOGIE |
| LABROUSSE François (C.S) | ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE |
| LASKAR Marc (C.S) | CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE |
| LEGER Jean-Marie | PSYCHIATRIE D'ADULTES |
| LEROUX-ROBERT Claude (C.S) | NEPHROLOGIE |
| MABIT Christian | ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE |
| MAUBON Antoine | RADIOLOGIE |
| MELLONI Boris | PNEUMOLOGIE |
| MENIER Robert (C.S) | PHYSIOLOGIE |
| MERLE Louis | PHARMACOLOGIE |
| MOREAU Jean-Jacques (C.S) | NEUROCHIRURGIE |
| MOULIES Dominique | CHIRURGIE INFANTILE |
| NATHAN-DENIZOT Nathalie | ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE |
| PERDRISOT Rémy | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE |
| PHILIPPE Henri-Jean (CS) | GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE |

| | |
|-------------------------------------|---|
| PILLEGAND Bernard (C.S) | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE |
| PIVA Claude (C.S) | MEDECINE LEGALE |
| (C.S) | HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION |
| RIGAUD Michel (C.S) | BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE |
| ROUSSEAU Jacques | RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE |
| SALLE Jean-Yves | MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION |
| SAUTEREAU Denis | HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE |
| SAUVAGE Jean-Pierre (C.S) | OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE |
| TREVES Richard (C.S) | RHUMATOLOGIE |
| TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S) | CANCEROLOGIE |
| VALLAT Jean-Michel (C.S) | NEUROLOGIE |
| VALLEIX Denis | ANATOMIE |
| VANDROUX Jean-Claude (C.S) | BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE |
| VERGNENEGRE Alain | EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION |
| VIDAL Elisabeth (C.S) | MEDECINE INTERNE |
| VIGNON Philippe | REANIMATION MEDICALE |
| VIROT Patrice (C.S) | CARDIOLOGIE |
| WEINBRECK Pierre (C.S) | MALADIES INFECTIEUSES |

PROFESSEUR ASSOCIE A MI-TEMPS

BUCHON Daniel MEDECINE GENERALE

SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES ADMINISTRATIFS

POMMARET Maryse

Ce travail est dédié

à mes Grands-Parents et

à mon Oncle aujourd'hui

disparus.

| |
|----------------------|
| Remerciements |
|----------------------|

A Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT

Professeur des Universités,
Psychiatrie d'adultes
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service.

Vous nous faites le grand honneur de présider ce jury.

Vous avez su nous faire apprécier la Psychiatrie depuis le début de notre formation et profiter de la qualité de vos connaissances avec beaucoup de disponibilité et de gentillesse.

Trouvez ici l'expression de notre profonde reconnaissance et notre plus grand respect.

A Monsieur le Professeur Roger GAROUX

Pédopsychiatrie
Psychiatre des Hôpitaux
Chef de Service.

Sans nous connaître, vous nous faites l'honneur de siéger au sein de ce jury.
Nous vous en remercions respectueusement.

A Monsieur le Professeur Boris MELLONI

Pneumologie.

Vous avez accepté de juger cette thèse ; nous tenons à vous manifester toute notre reconnaissance pour l'intérêt que vous avez bien voulu accorder à ce travail et pour votre accueil chaleureux.

A Monsieur le Professeur Claude PIVA.

Médecine Légale
Médecin des Hôpitaux
Chef de Service.

Vous avez guidé nos premiers pas dans le difficile et exigeant exercice de la médecine d'urgence ; nous espérons rester longtemps digne de votre enseignement.

Trouvez ici la marque de notre plus profond respect.

A Monsieur le Docteur Emile Roger LOMBERTIE.

Psychiatrie

Praticien Hospitalier

Chef de Service.

Vous avez su nous prodiguer vos conseils avec compétence, gentillesse et disponibilité pour l'élaboration de cette thèse

Nous vous remercions de l'honneur de vous nous faites en acceptant de juger ce travail.

A Monsieur le Docteur Pierre VILLEGER.

Psychiatrie

Praticien Hospitalier.

Vous êtes à l'origine de ce travail. Votre enthousiasme, votre patience, votre disponibilité, mais aussi votre rigueur nous ont permis de mener à bien cette thèse.

Pour tout cela, nous vous remercions et espérons avoir été à la hauteur de vos attentes.

A Madame le Docteur Catherine CHEVALIER.

Praticien Hospitalier.

Nous vous remercions d'avoir accepté de participer à l'élaboration de cette thèse. Vous avez su nous rassurer dans les périodes de doutes. Votre expérience, votre patience et votre disponibilité ont été une aide précieuse.

Trouvez ici la marque de notre plus profond respect.

A mes chers parents

Je vous remercie pour votre confiance sans borne, pour votre patience sans limite et votre soutien en toutes circonstances. Je souhaite que vous trouviez dans ce travail l'aboutissement et la récompense des sacrifices consentis.

Avec tout mon amour.

A Raphaël

Ta présence à mes côtés est un réconfort de chaque jour. Soit assuré de mon amour.

*... et à tous ceux qui m'ont aidée, encouragée,
motivée, "regonflée", consolée, réanimée, stimulée,
supportée, écoutée, rassurée, critiquée....*

| |
|-------------|
| PLAN |
|-------------|

INTRODUCTION**1^{ère} PARTIE : DE LA PLANTE ... A LA DROGUE****A-LA PLANTE**

I-PRESENTATION

II-UNE CARACTERISTIQUE : LA VARIABILITE

III-COMPOSITION CHIMIQUE

IV-ELEMENTS DE PHARMACOCINETIQUE

B-LA DROGUE

I-LES DIFFERENTES PREPARATIONS

II-LES EFFETS DE L'INTOXICATION CANNABIQUE

III-CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

IV-LE CANNABIS DANS LA LEGISLATION FRANCAISE

V-CANNABIS : PHENOMENE DE SOCIETE AU FIL DES ANS

2^{ème} PARTIE : ENQUETE SUR LA CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES CHEZ LES JEUNES ADULTES : QU'EN EST-IL DANS NOTRE DEPARTEMENT A L'AUBE DU TROISIEME MILLENAIRE.**A-L'ENQUETE ASPECT METHODOLOGIQUE**

I-CONSITUTION DE L'ECHANTILLON

II-MISE EN PLACE ET PASSATION DU QUESTIONNAIRE

III-FILTRAGE DES DONNEES ET RECODAGE

IV-CONTRIBUTION

B-LES RESULTATS DE L'ENQUETE

I-PROFILS DES ADOLESCENTS INTERROGES

II-LES USAGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

III-CONSEQUENCES DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

CONCLUSION - DISCUSSION

ANNEXES

BIBLIOGRAPHIE

INTRODUCTION

Le cannabis ou chanvre est indubitablement l'une des plantes les plus anciennement connues de l'homme. Toutes les civilisations l'ont rencontré à un moment ou à un autre de leur développement. Si les propriétés physiques de ses fibres lui ont valu d'être exploité pour l'artisanat textile, les propriétés pharmacologiques de sa résine ont donné lieu à une double utilisation à la fois religieuse et thérapeutique. Si l'usage individuel "récréatif" a existé de tout temps dans les sociétés connaissant les vertus psychodysleptiques de cette plante, l'abus d'une telle consommation correspond à un usage toxicomaniaque.

Aujourd'hui, le cannabis est au centre d'un débat de société ; drogue douce anodine pour certains, premier pas vers une toxicomanie sévère pour d'autres, les avis divergent quant à l'attitude que doit adopter la société occidentale face à ce produit. Le médecin généraliste se trouve concerné par ce problème de santé publique, et doit connaître l'importance du risque afin de mieux informer les patients exposés à ce phénomène.

Le nombre d'usagers de cannabis dans le monde est estimé à 200 millions, dont 60 millions en consomment de façon intensive (74). Ceci place le cannabis au premier rang des drogues les plus consommées dans le monde. Mais quelle est la place aujourd'hui de la consommation de cannabis dans notre département ? L'usage de cannabis est-il devenu aussi courant que celui du tabac et de l'alcool chez les jeunes adultes encore scolarisés ? Cette pratique révèle-t-elle un malaise psychologique ou s'agit-il d'une nouvelle mode chez les 15-20 ans de la Haute-Vienne ?

Pour répondre à ces questions, nous nous proposons, dans cette thèse, de rapporter les résultats d'une enquête transversale que nous avons menée en milieu scolaire du mois de février au mois d'avril 2001. Mais afin de mieux nous familiariser avec le cannabis, nous retracerons dans un premier chapitre, l'évolution des connaissances sur le cannabis et ses utilisations. Dans un premier temps, nous ferons un bref rappel de la plante... puis nous nous attarderons sur la drogue avec ses différentes présentations, ses effets à la fois psychiques et somatiques, sa place dans les classifications internationales et dans la législation française ainsi que ses utilisations des origines à nos jours.

Alors que la politique nationale ouvre le débat sur la dépénalisation, nous nous sommes intéressés dans un second chapitre au phénomène "cannabis" à l'échelle du département de la Haute-Vienne. Pour ce faire, nous avons enquêté dans quatre établissements scolaires de Limoges, ainsi qu'auprès d'étudiants de 1^{ère} année de faculté dans le cadre de leur visite à la Médecine Préventive. Un questionnaire a été distribué aux élèves sélectionnés tous âgés de 15 à 20 ans . Ainsi 1097 questionnaires ont pu être recueillis.

L'enquête comportait 47 items. Les 17 premières questions tendaient à définir le milieu de vie des enquêtés, leur environnement familial, les éventuels signes de malaise psychologique. Les 22 suivantes cherchaient à quantifier la consommation de substances psychoactives, terme couvrant l'ensemble des produits pris en compte dans notre enquête : tabac, alcool, médicaments et cannabis. Bien que reconnaissant les spécificités médicales et sociales de chaque produit, nous accordons une attention particulière à la notion de comportement d'usage plutôt qu'à celle du produit Nous avons donc jugé intéressant d'élargir notre champ d'observation plutôt que de nous limiter au cannabis. Enfin, les derniers items s'intéressaient d'une part aux conséquences au quotidien de la consommation de ces produits et d'autre part sondaient l'opinion des jeunes adultes de Limoges sur la dépénalisation du cannabis et la façon dont ils percevaient sa dangerosité.

Le but de ce travail est de réaliser une évaluation de la consommation de substances psychoactives par les jeunes scolarisés à Limoges en 2001 afin d'ouvrir les yeux sur un problème national de santé publique qui semble ne pas épargner notre département.

1^{ère} PARTIE

DE LA PLANTE ... A LA DROGUE



Le Cannabis sativa ou chanvre indien est une plante connue depuis des millénaires mais il reste difficile de déterminer avec précision l'époque où ses propriétés furent découvertes. Cultivée en tant que source de fibres pour la production de cordages, sa résine fut également utilisée à des fins médicales et récréatives en Chine, en Inde ainsi que dans le monde islamique. On y recourait en médecine traditionnelle en tant que spasmolytique, hypnotique et analgésique.

Introduit en Europe au début du 19^{ème} siècle par les soldats de Bonaparte et par des médecins anglais de retour des Indes, le cannabis fut utilisé en médecine (traitement des migraines, asthme, épilepsie).

Le cannabis a été célébré dans la littérature par Baudelaire et ses contemporains.

Au cours des décennies 60-70, la consommation a été revendiquée par une partie de la jeunesse dans l'élan d'une mouvance culturelle.

A l'heure actuelle, la consommation de cannabis s'est répandue. Elle touche tous les âges et se pratique dans des réseaux de convivialité pour une recherche de plaisir et de détente. Parallèlement, les modes de consommation solitaire existent également.

A-LA PLANTE

I-PRESENTATION

Les botanistes actuels s'accordent sur le fait qu'il n'existe qu'une seule espèce de chanvre : "*Cannabis sativa L.*" (*Cannabis* est le nom du genre, *sativa* celui de l'espèce et *L.* rappelant que c'est au célèbre naturaliste LINNE que nous devons l'attribution de son nom en 1753). Il appartient à la famille des cannabinaées dont il est avec l'*Humulus* (incluant le houblon) le seul représentant (60).

C'est une plante annuelle, dressée, à tige fine, creuse et cannelée, possédant des feuilles divisées à nervures palmées.



Figure n° 1 : Feuille palmatisée de cannabis.



Figure n° 2 : Sommité femelle de Chanvre
(*Cannabis sativa, L.*)
(Paris et Moyses, Masson, Paris, 1981) (60).

Dans son milieu naturel, cette plante naît au printemps et meurt à l'automne, mais dans des conditions artificielles, elle peut vivre plusieurs années. (60)

Il s'agit d'une espèce dioïque : on distingue des pieds grêles et peu feuillus, portant des fleurs mâles et d'autres aux pieds denses très feuillus et trapus portant des fleurs femelles assurant la pérennité de l'espèce. Toutefois, il existe à l'état sauvage, des plants hermaphrodites possédant simultanément des fleurs mâles et femelles. Ce cannabis monoïque a d'ailleurs été développé dans les cultures de fibres pour des raisons économiques. Tous les plants arrivant à maturité en même temps, la récolte en est simplifiée.

En outre le cannabis est censé, fait rarissime dans la nature, pouvoir changer de sexe au cours de sa vie.

Après fécondation, les fleurs évoluent en fruits livrant un akène ovoïde lisse et grisâtre ressemblant à une graine : le chènevis. Lorsque les fruits ont atteint leur pleine maturité, la plante ne sécrète plus de résine.

II-UNE CARACTERISTIQUE : LA VARIABILITE

Le chanvre représente "le parfait prototype d'une espèce non stabilisée, à forte plasticité génétique" et fait ainsi preuve d'une "étonnante souplesse écologique"(28). Il s'acclimate parfaitement aux terrains et climats les plus divers, en modifiant sa biologie et ses propriétés. On le trouve aujourd'hui sur tous les continents et bien que son origine corresponde à une zone limitée d'Asie Centrale, sa culture est possible du cercle polaire aux tropiques. Sa robustesse en fait une "mauvaise herbe" au sens courant du terme.

Ainsi son développement est différent selon les régions où il pousse. Les facteurs géoclimatiques comme l'ensoleillement, le volume des précipitations, la fertilité des sols, influencent ses caractères botaniques.

De ce fait, on pourrait distinguer deux grandes variétés de chanvre : d'une part la variété textile cultivée en climat tempéré, dont les fibres des tiges, très résistantes et imputrescibles, servent à la fabrication de tissus, cordages et papier ; d'autre part la variété indienne sécrétant une quantité plus ou moins importante de résine (responsable des effets psychotropes) qui lui permet de résister à la dessiccation dans les régions chaudes.

La plupart des botanistes actuels considèrent que le chanvre peut se présenter sous plus d'une centaine de formes ou écotypes* (appelés aussi cultivars), appartenant tous à une seule et même espèce non stabilisée : *Cannabis sativa* L.. Les caractères chimiques (principalement la teneur en résine) permettent de distinguer différents chimiotypes (ou chemovars).

Cette teneur en résine varie selon la géographie. Le prince égyptien MEHEMET ALI (1769-1849) en fit la cruelle expérience : engagé militairement contre les Ottomans, il fit importer du chanvre d'Europe et semer d'immenses plantations afin de récolter les fibres très utiles au gréement des bateaux. Sous le soleil égyptien, la teneur en résine augmentait au détriment de la qualité des fibres qui devenaient courtes et fragiles, donc inutilisables ; de "textile", le chanvre devenait "indien" au soleil. (21)

L'évolution inverse ne manque pas de se produire au grand dam des amateurs européens qui voient leurs graines d'origine orientale fournir progressivement un cannabis fibreux, pauvre en résine...

Néanmoins, certaines variétés peuvent demeurer stables de génération en génération : les graines transmettant fidèlement des caractéristiques inchangées, et ce malgré les variations de l'environnement.

Hormis la teneur en résine et la qualité de ses fibres, de nombreux autres paramètres peuvent se modifier chez cette plante, sa description devenant alors une vraie gageure. Ainsi sa taille (de 30 centimètres à 9 mètres !) la largeur de ses feuilles, le nombre de leurs "doigts" (entre 3 et 15 mais le plus souvent 5 ou 7), la coloration (toutes les nuances de vert), la durée de maturation (2 à 10 mois), sont autant de critères variables.

* Type d'une espèce sélectionnée par les conditions particulières du milieu.

III-COMPOSITION CHIMIQUE

C'est évidemment la résine qui retient l'attention compte tenu de ses propriétés psychotropes singulières. Sa proportion, variant considérablement selon le cultivar et les conditions de culture, n'excède que rarement 2 à 3 % de la masse de la plante fraîche cultivée en extérieur en climat tempéré. Elle atteint 20 % dans les zones chaudes.

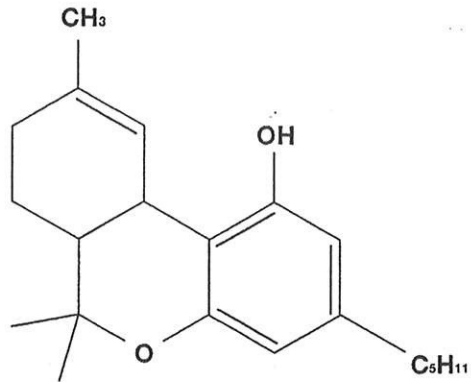
Les principaux constituants chimiques de la résine de chanvre sont les cannabinoïdes. Ce sont des phénols cycliques comprenant 21 atomes de carbone. Aujourd'hui le terme "cannabinoïdes" regroupe en plus de ces composés, tous les métabolites et les analogues de synthèse. (21)

Parmi ces constituants, le tétrahydrocannabinol (THC), composé réellement actif, ne vit sa structure totalement élucidée qu'en 1964, par GAONI et MECHOULAM. Il s'agit du Δ^1 3,4-trans-tétrahydrocannabinol ou Δ^1 -THC (se référant à une numérotation terpénique*) également appelé Δ^9 -THC (en référence à la numérotation établie sur la base du système dibenzopyrannique).

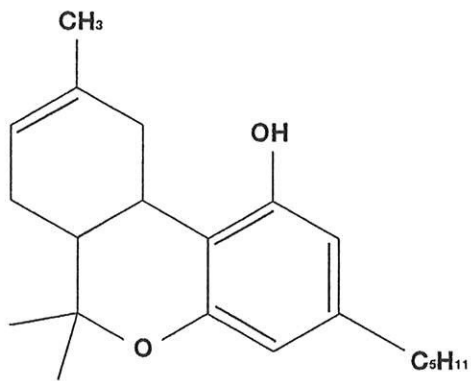
* Les terpènes sont des produits hydrocarbonés que l'on extrait de diverses parties des végétaux.

Les principaux cannabinoïdes

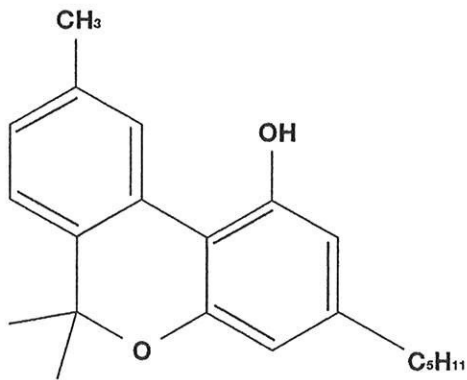
Le Δ 9 - THC



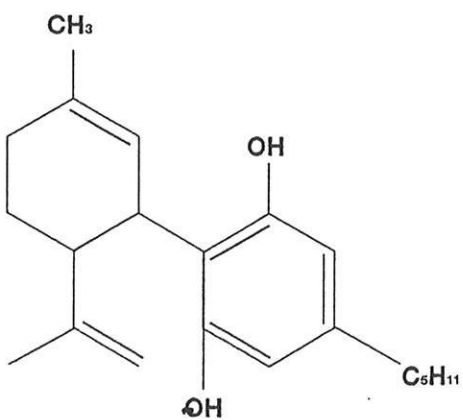
Le Δ 8 - THC



Le cannabinoïde (CBN)

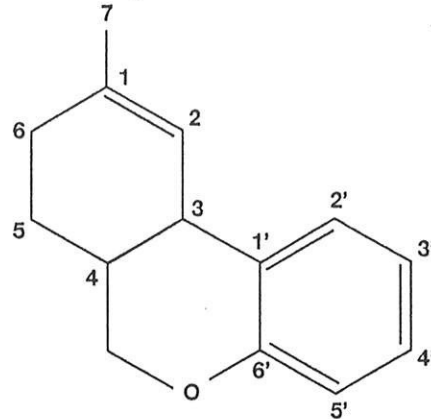


Le cannabidiol (CBD)

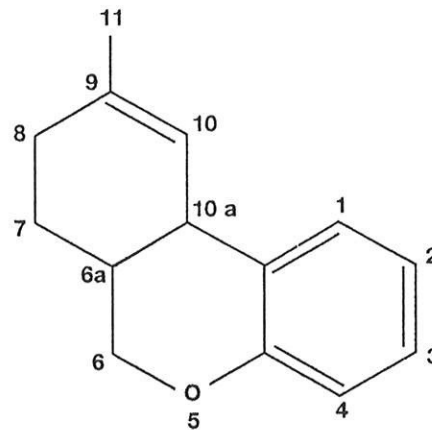


Nomenclature des cannabinoïdes

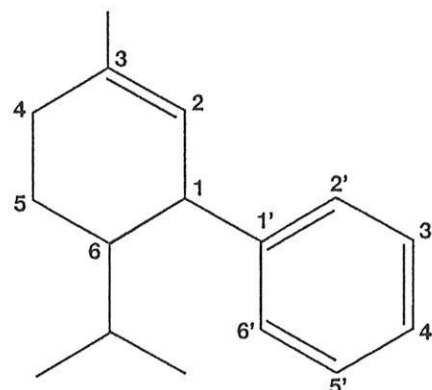
Numérotation de type terpénique
Utilisable pour tous les cannabinoïdes



Numérotation de type dibenzopyrannique
Utilisable pour les tétrahydrocannabinols



Numérotation de type diphényl
Utilisable pour les structures cannabidioliques



Les cannabinoïdes sont interdépendants d'une séquence photosynthétique influencée par divers paramètres. Le processus de transformation par photosynthèse débute par une décarboxylation de l'acide cannabidiolique ; on obtient la cannabidiol (CBD) qui par une condensation intramoléculaire se transforme en tétrahydrocannabinol (THC) ; enfin par déshydrogénation, on aboutit au cannabinol (CBN).

L'activité psychotrope de la résine est principalement due à la présence de THC et de ses dérivés : les isomères $\Delta 9$ et $\Delta 8$ -THC (ce dernier n'étant présent qu'à l'état de traces) et leurs dérivés hydroxylés : 11-OH- $\Delta 9$ -THC et 11-OH- $\Delta 8$ -THC. Le CBD et CBN sont totalement dépourvus d'activité psychotrope, mais ils peuvent interférer sur le plan pharmacologique avec le THC.

D'autres cannabinoïdes d'un moindre intérêt entrent dans la composition chimique de la résine du cannabis : cannabigérol, cannabinodiol, cannabichromène, cannabisirol, cannabielsoïne, cannabicylol et cannabicitrane.

En plus des cannabinoïdes, la résine est également composée de substances très variées : acides gras, sucres, flavonoïdes, amines libres inactives, stéroïdes et alcaloïdes spécifiques appelés "cannabamines" dépourvus de psychoactivité.

Au total 426 entités chimiques entrent dans la composition du chanvre indien. Les effets du cannabis ne se limitent donc pas aux seuls effets du THC ni même à ceux des différents cannabinoïdes. **(36)**

La composition chimique du chanvre indien (et plus particulièrement son taux de THC) dépend de nombreux paramètres génétiques et écologiques tels l'environnement, l'origine géographique de la plante, son stade évolutif... Ainsi, par exemple, les taux de cannabinoïdes sont maximaux en début de floraison, minimaux en pleine floraison puis se stabilisent en un plateau à deux tiers du maximum.

Dans les plantes fraîches, les cannabinoïdes sont surtout présents sous forme d'acides carboxyliques dont le principal est l'acide cannabidiolique ; celui-ci, non psychoactif par voie orale, se transforme partiellement en $\Delta 9$ -THC ou en $\Delta 8$ -THC lorsqu'il est fumé.

La teneur en $\Delta 9$ -THC et en CBD permet de distinguer trois types chimiques (chimiotypes) de cannabis :

- le type "drogue" est caractérisée par une importante teneur en THC (> 5 voire 10 %)* et par l'absence de CBD. Il correspond au chanvre riche en résine des pays chauds (Mexique, Afrique du sud...).
- le type "intermédiaire" caractérisé par une forte teneur en THC et par la présence de CBD. Il correspond au chanvre du Maroc, Liban, Afghanistan...
- le type "fibre" caractérisé par une très faible teneur en THC et par la présence de CBD en proportion non négligeable (Europe, Canada...). Ainsi, en ce qui concerne le chanvre "textile" cultivé en France, le seuil toléré de THC est de 0,5 %* ; au delà la culture est interdite.

En 1970, WALLER et SCIGLIANO ont proposé, pour classer les différentes variantes du chanvre, une méthode basée sur un "index de cannabinoïdes", également appelé "index phénotypique", calculé à l'aide du rapport suivant : (21)

$$\alpha = \frac{\% \Delta 9\text{-THC} + \% \text{CBN}}{\% \text{CBD}}$$

Dans les échantillons de résine de cannabis, le cannabinoïde (CBN) représente la fraction du $\Delta 9$ -THC qui a disparu par vieillissement. La somme du CBN et du $\Delta 9$ -THC donne une approximation du contenu initial en $\Delta 9$ -THC. Concernant l'analyse d'un produit cannabique frais, le $\Delta 9$ -THC n'ayant pas eu le temps de subir une dégradation, ce rapport peut aussi se simplifier en

$$\alpha = \frac{\% \Delta 9\text{-THC}}{\% \text{CBD}}$$

* pourcentage exprimé par rapport à la matière sèche totale constituée par les parties supérieures de la plante et les jeunes feuilles, soit pour le type drogue une teneur en THC supérieure à 50 % par rapport à l'ensemble de cannabinoïdes et inférieure à 50 % pour le type fibre.

Les préparations cannabiques ayant un coefficient α de moins de 0,5 % sont classés comme phénotype fibre, celles ayant un coefficient α de plus de 1 % sont classées comme phénotype drogue. Entre ces valeurs, on parle de phénotype drogue intermédiaire. (60)

Une cigarette de marijuana (joint) contient 2 à 20 mg de THC (pour certains auteurs la teneur moyenne est de 2 à 5 mg, d'autres sources mentionnent des doses moyennes de 5 à 20 mg) ; la plupart des recherches en matière de cannabisme chez l'homme utilise des échantillons dont la teneur en THC répond à ces chiffres. Par contre, certaines études sur les animaux explorent les effets du THC à des doses bien supérieures.

IV-ELEMENTS DE PHARMACOCINETIQUE

Résumé des principaux paramètres cinétiques du THC.

| Mode d'utilisation de la drogue | Inhalation | Ingestion |
|---------------------------------|---|------------------------|
| Résorption (%) | 5 à 50 - moyenne : 20 % | 1 à 10 - moyenne : 6 % |
| Pic plasmatique (minutes) | 7 à 8 minutes | 45 minutes |
| Pic plasmatique moyen (ng/ml) | usage isolé : 8 à 10 ng/ml usage chronique : 50 à 200 ng/ml | 2 à 4 ng/ml |
| Effet maximum (minutes) | 5 à 10 minutes | 30 à 60 minutes |
| Volume de distribution (l/kg) | 5 à 15 l/kg | |
| Liaison protéique (%) | 99 % | |
| Métabolisme | Presque total (99 % de la dose de THC) Hépatique par système microsomiaux, avec hydroxylation en dérivés portant des fonctions alcools (dont certains psychoactifs) ensuite réduits par des deshydrogénases. | |
| Elimination | <ul style="list-style-type: none"> - Fécale : 30 à 60 % en trois jours, avec cycle entéro-hépatique. - Urinaire : 10 à 20 % en trois jours, avec filtration rénale et réabsorption. - Les 20 % demeurant dans l'organisme sont éliminés en deux à trois mois chez un usager chronique. | |
| Demi-vie terminale du THC (h) | <ul style="list-style-type: none"> - Usage isolé : 120-140 heures - Usage chronique : plus réduite. | |

B-LA DROGUE

La convention unique sur les stupéfiants de 1961 donne une définition du cannabis en tant que drogue ; il s'agit des "sommités florifères ou fructifères de la plante à cannabis (à l'exclusion des graines et des feuilles qui ne sont pas accompagnées de sommités) dont la résine n'a pas été extraite, quelles que soient leurs appellations".

I-LES DIFFERENTES PREPARATIONS

Il est nécessaire, à ce stade de notre travail, de présenter les différentes préparations visant à exploiter les propriétés psychotropes du chanvre à résine, qu'il s'agisse d'un usage socialement intégré ou d'un usage clandestin dans les pays où le cannabis est prohibé. Nous verrons qu'elles seront majoritairement destinées à être fumées, mais que certaines seront spécialement conçues pour être ingérées.

I-1-A partir des sommités fleuries

Feuilles et sommités fleuries des pieds femelles peuvent, une fois fauchées, être desséchées puis pulvérisées. Cette préparation simple livre une drogue essentiellement répandue dans les pays du Maghreb, du Moyen-Orient et d'Asie sous diverses appellations (Cf. Tableaux pages 26 et 27).

Le terme probablement le plus connu est celui de *marijuana* (ou marihuana), mot d'origine mexicaine apparu à la fin du XIX^{ème} siècle.

En Inde, le *bhang* (ou *bangh*) désigne une préparation à base de feuilles et, selon certains auteurs, de sommités mâles et femelles, macérées dans de l'eau ou de l'alcool, utilisée comme boisson ou ingérée dans des plats. La présence de feuilles, pauvres en résine en diminue son activité.

Dans les pays du Maghreb, le *Kif* (Maroc, Algérie) et le *Takrouri* ou *takrani* (Tunisie) sont produits à partir des sommités femelles desséchées et pulvérisées. Ils sont destinés à être fumés, mélangés à du tabac.

En Jamaïque le terme utilisé localement est celui de *ganjah* importé par les Hindous aux XIX^{ème} siècle mais nous verrons qu'en Inde il désigne une autre sorte de préparation cannabique.

En Afrique noire, une multitude de dénominations existent : *dagga* (Afrique du sud), *yamba* (Burkina), *urumogi* (Burundi), *gué* (Bénin), *abonsam*, *tarva* ou *wee* (Ghana), *igbo*, *lyabo*, *sharkis*, *ewedu*, ou *kukuye* (selon les différentes langues pratiquées au Nigeria).

Il en est de même en Amérique du sud, avec des termes comme *macohna*, *djamba* ou *griffa*.

Egalement utilisée dans les pays occidentaux communément appelée "l'herbe" ; elle n'y constitue guère qu'une drogue quantitativement minoritaire, car il est plus rentable d'importer d'autres types de préparations cannabiques.

Désignations populaires du cannabis et de ses principales préparations en français et en américain. (d'après T. Godot, 1992)

| | Anglais/Américain | Français |
|------------------------------------|--|---|
| Sommités desséchées et pulvérisées | Hemp Grass Hay Keff Tea, weed-tea Pot Marijuana, jane, mary-jane Sinsemilla Gold (riche en THC, "Acapulco gold", etc.) Mugles, weed | Chanvre Herbe, "beu", chiendent Foin (produit de qualité médiocre) Kif (mélange de tabac et de cannabis) Thé Pot Marie-jeanne (France, Québec) Douce Zamal (créole) |
| Résine | H Hash, heesh Shit (peut désigner en fait toute drogue) | H Hasch Shit, merde (traduit de "shit") Teuch (shit en verlan) Miel (rare) Afghan Libanais (rouge par coupage par du henné) Cainmaro (marocain en verlan) |

Quelques désignations classiques pour les préparations à base du cannabis.

(d'après T. Godot, 1992)

| | | |
|---|---|--|
| <p>Inde</p> <p>Jamaïque Algérie, Maroc</p> <p>Tunisie Turquie,</p> <p>Syrie, Liban, Egypte, péninsule arabique</p> <p>Brésil Afrique</p> <p>France Amérique centrale et du nord</p> | <p>Bangh ou bhang</p> <p>Ganjah (gangja, gandjah)</p> <p>Charas (chara, chira) Majoun Ganjah</p> <p>Kif</p> <p>Chira Takrouri, takrani Kabak, habak Hafioum Haschisch el kief ou haschich, hachich</p> <p>Maconha, djamba, griffa Dagga, yamba, etc...</p> <p>Voir tableau 1 Voir tableau 1</p> | <p>Mélange de feuilles et sommités macérées dans de l'eau ou de l'alcool utilisé comme médicament ou boisson, parfois intégré à des préparations culinaires.</p> <p>Préparation constituée des sommités riches en résine, sous forme de masse aplatie (flat ganjah) en rouleau (round ganjah) ou en poudre (chur-ganjah ou rora) : fumé notamment dans des pipes ou infusé.</p> <p>Résine presque pure.</p> <p>Pâtisserie à base de cannabis.</p> <p>Terme importé avec les Hindous au XIX^{ème} siècle.</p> <p>Sommités femelles desséchées et pulvérisées, mélangées à du tabac.</p> <p>Equivalent du haschisch</p> <p>Equivalent tunisien du kif marocain.</p> <p>Haschisch turc</p> <p>Boisson aqueuse à base de cannabis.</p> <p>Préparation traditionnelle, la plus connue, inhalée mélangée à du tabac ou ingérée et alors souvent mêlée à du miel, du sucre, du beurre, des épices ou aromates, voire d'autres drogues (hallucinogènes végétaux tels les solanacées).</p> <p>Equivalent de marijuana.</p> <p>Equivalent de marijuana : <i>yamba</i> désigne le cannabis dans diverses régions, notamment au Burkina ; il est appelé <i>urumogi</i> au Burundi, <i>dagga</i> en Afrique du sud.</p> |
|---|---|--|

I-2-A partir de la résine

Le cannabis est fauché et séché au soleil, puis battu afin d'en faire tomber la résine desséchée ; celle-ci est tamisée puis mélangée à de l'eau pour obtenir une pâte ferme, compressée et mise à sécher.

En Afrique du Nord et au Moyen-Orient, ce produit du cannabis prend le nom bien connu de *haschich**. Selon sa provenance, il aura des caractéristiques très différentes, résumées dans le tableau de la page 29.

En Inde la *ganjah* (ganja ou gandjah) se présente sous forme de masse aplatie, en rouleau ou en poudre, destinée à être fumée dans une pipe (shilom) ou infusée.

Le *charas*, résine presque pure, n'est pas habituellement destiné à être fumé ; on l'incorpore plutôt à des boissons ou à des friandises.














En Turquie, le haschich prend le nom de *kabak* ou *habak*.

De nombreuses autres préparations à base de résine sont destinées à être ingérées. Ainsi le *dawamesk*, décrit par Baudelaire dans les "Paradis artificiels", est une épaisse confiture parfumée au musc et à la cannelle agrémentée de pistache et de sucre afin d'en diminuer le goût amer. Ce produit possède une puissante activité psychotrope.

Et il en existe encore beaucoup d'autres...

La récolte de résine demande un important volume de plante. Ainsi, pour en obtenir 1 kg, 45 à 70 kg de chanvre séché sont nécessaires, empêchant un transport lointain : les centres de production sont donc situés tout près des zones de culture. D'autre part, la préparation étant simple, elle ne nécessite aucune installation sophistiquée, ni aucun procédé chimique compliqué.

* pouvant aussi s'orthographier haschisch, hachisch ou hachich.

| Qualités | Marocain* | Libanais | Turc | Afghan | Pakistanaï* | Kashmiri Manali | Népalais |
|--|--|---|--|--|---|--|---|
| Couleur | variable: du vert ou jaune clair au marron foncé «double zéro»: beige | fait de plants mûrs: marron rougeâtre. plants jeunes: brun doré ou rougeâtre. | jaune clair, doré ou vert | identique à l'intérieur et à l'extérieur marron foncé ou noir | noir à l'extérieur verdâtre à l'intérieur | kashmiri marron verdâtre ou marron foncé manali: noir | comme le pakistanaï |
| Odeur et goût | très aromatique moins épicé que les autres | parfum fleuri épicé | arôme léger doux | ammoniaqué presque sucré | fort et épicé plus léger que l'afghan | très fort, presque éceumant kashmiri plus sec que le manali | comme le manali mais plus sucré |
| Consistance | dur et granuleux «double zéro»: dur et cassant | comme l'afghan mais plus dur mieux: gras dense collant | granuleux mais malléable | surface lisse humide mou vaseux flexible | surface lisse mou homogène grain régulier | élastique collant meilleur kashmiri: dur et collant | humide mou homogène grain très fin |
| Réaction au feu | s'enflamme et se consume facilement | s'enflamme difficilement mais se consume facilement | se consume rapidement | s'émiette sans être chauffé | ne s'enflamme + ne se consume pas. présence de bulles: coupé | s'émiettent sans être chauffés le kashmiri dur brûle difficilement | |
| Coupe | henné figue colle terre cirage noir | aliments pour poulets colle terre | miel terre colle cirage pour le noircin | terre eau farine tabac à chiquer localement: opium | à l'huile, colle ou cire. curry terre | pâte d'encens huile mangue beurre clarifié | rare: huile |
| Chimie | THC ≈ 15% 20% pour le «double zéro» | THC ≈ 20% | ? | jusqu'à 30% de THC | | jusqu'à 40% de THC | |
| | possibilité de tétrahydrocannabivarine (THCV) | | | | | | |
| |  vendu dans la rue en barette de un à deux grammes pour cent francs  noircit au fil des années. |  son frère jumeau: le syrien  jadis vendu en gros dans des sacs en coton |  très rare en France parfois présent dans l'est de l'Europe |  «Entre la marijuana américaine et l'afghan noir il y a la même différence qu'entre un demi à 5° et un verre de vodka à 80°» Prof. Claude Oliveinstein |  appelé aussi «border»  arrive en plaquettes d'environ un kilo avec un sceau d'orfin  vendu en appartement |  fabriqués pour l'exportation mais difficiles à trouver |  même vieux et sec il reste de très bonne qualité. |
|  existe en France |  1977 R.F.C. et V. | | | | | | |

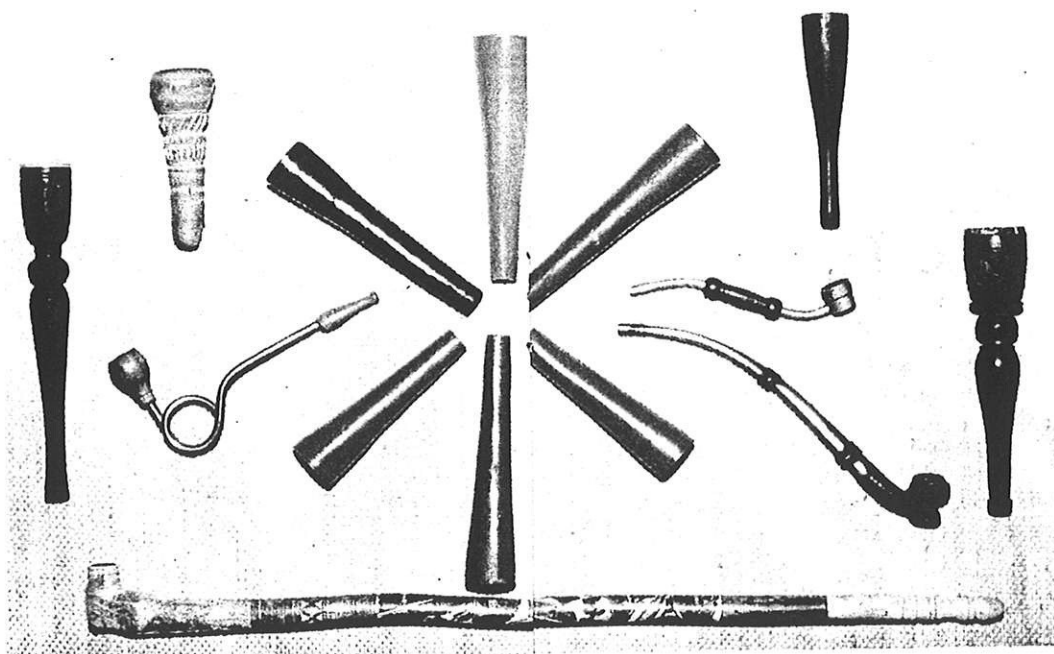
I-3-L'huile de cannabis

Un peu à part, se présente "l'huile" de cannabis. C'est en fait le plus souvent, une solution d'extrait de cannabis dans un solvant généralement alcoolique. Le produit obtenu est un liquide très épais, visqueux, vert foncé à noirâtre, extrêmement concentré en THC puisqu'il peut atteindre un taux de 60 à 75 %. Cette préparation convient particulièrement au trafic : elle se transporte aisément, l'encombrement étant sensiblement plus réduit.

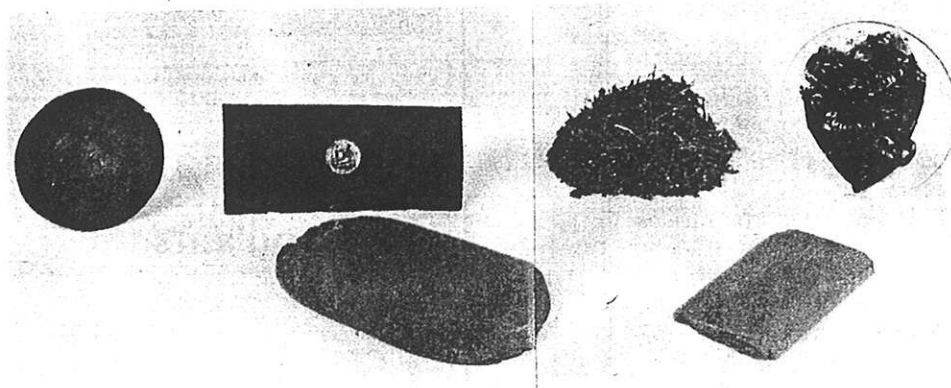
I-4-Les substances de coupe

Enfin, il nous faut également présenter les autres substances pouvant être mêlées aux préparations du cannabis.

Les unes, nous l'avons vu précédemment, sont les ingrédients des préparations destinées à être ingérées ; elles sont présentes pour modifier la saveur initiale (principalement pour en masquer l'amertume) ou pour augmenter l'effet désiré (les corps gras favorisant la résorption digestive du cannabis).



Panoplie du fumeur de cannabis



Cannabis conditionné pour la distribution

D'autres peuvent être incorporées pour modifier l'effet psychotrope. Ainsi, l'opium ou des extraits de plantes hallucinogènes associeront leurs effets propres à celui du cannabis ; de la cocaïne est ajoutée dans les "geek-joints" d'origine colombienne.

Enfin, certains produits ne sont rajoutés que pour modifier l'apparence d'une préparation de mauvaise qualité ou pour en augmenter le volume : henné, cirage, cire, colle, épices...

Ces rajouts sont d'autant plus dangereux qu'ils constituaient il y a deux à trois ans près de 90% du haschich saisi.(32)

II-LES EFFETS DE L'INTOXICATION CANNABIQUE

Dans cette partie de notre thèse, nous développerons, dans un premier temps, les effets de l'intoxication cannabique aiguë chez des usagers occasionnels correspondant à l'ivresse cannabique. A noter que cette ivresse cannabique peut être vue, plus rarement toutefois, chez des usagers chroniques. Dans un deuxième temps nous exposerons les conséquences d'un usage fréquent et prolongé correspondant à son utilisation toxicomaniaque. Nous aborderons dans chaque paragraphe les manifestations psychiques puis les conséquences somatiques.

Loin de se vouloir exhaustive, la description qui va suivre n'a pour but que de présenter les symptômes de l'intoxication cannabique.

Mais avant de décrire l'ivresse cannabique il est important de savoir que, plus qu'avec toute autre drogue, les effets psychotropes du chanvre indien sont modulés par plusieurs paramètres.

II-1-Facteurs de variabilité

De nombreux facteurs interviennent dans les effets psychotropes induits par le chanvre indien.

Tout d'abord le sujet lui-même : sa personnalité, sa structure psychologique, sa sensibilité et son degré de tolérance au produit influencent considérablement l'expérience cannabique. Ainsi pour une même dose de principe actif ingérée, deux personnes pourront vivre deux expériences totalement différentes.

L'environnement, le contexte ; l'ambiance dans laquelle se déroule l'expérience sont également déterminants. C'est certainement la raison pour laquelle, quelle que soit l'époque, la prise de cannabis a souvent été associée à un certain nombre de règles comme les rites religieux chez les Hindous ou les rituels communautaires du mouvement hippie.

Enfin, le produit utilisé : la quantité consommée, sa concentration en substance active le $\Delta 9$ -THC (la marijuana en contient 1 à 15%, certaines nouvelles variétés hybrides vont même jusqu'à 27 %, le haschich 10 à 40 % et l'huile plus de 60 %), son mode d'utilisation (ingestion ou inhalation) et les éventuelles autres substances associées, sont autant de paramètres déterminant la biodisponibilité.

II-2-L'intoxication cannabique aiguë

Lors d'un usage occasionnel, l'intoxication aiguë au cannabis ou ivresse cannabique est d'évolution brève, sans séquelle cliniquement décelable. (21, 47, 60)

→ Manifestations psychiques

Sous sa forme mineure, l'ivresse cannabique procure une sensation intense de bien-être, de joie intérieure et de légèreté physique souvent inadaptées ou sans aucune motivation (ces effets sont généralement ceux recherchés par les consommateurs). Elle peut parfois comporter un état d'excitation euphorique motivant des initiatives multiples et désordonnées, évoquant, sous une forme atténuée, l'accès maniaque.

Lors d'une intoxication aiguë plus importante ou chez certains sujets plus sensibles, apparaît une activité psychique voisine du rêve qui s'accompagne d'une baisse du niveau de vigilance où les illusions, les hallucinations, les souvenirs s'imposent à la conscience du sujet dans une atmosphère souvent angoissante.

Sur le plan psychique, les manifestations sont très polymorphes et leur évolution échappe le plus souvent à un schéma rigide, les éléments séméiologiques pouvant se chevaucher. En outre, on vient de le voir, la personnalité du consommateur et son environnement jouent un rôle déterminant dans la symptomatologie.

Toutefois, plusieurs auteurs s'accordent pour décrire quatre phases successives de l'ivresse oniroïde. Ainsi en est-il de MOREAU DE TOURS en 1845 à propos de l'intoxication

par le *dawamesk* aussi bien que de DEFER B. et DIEHL M.L. en 1968 au sujet de cas observés au Maroc.

- La 1^{ère} phase est celle du bien-être euphorique, avec desinhibition, expansivité et logorrhée d'allure hypomaniaque. L'excitation psychique est habituelle, et les modifications dues à l'ivresse cannabique se traduisent pour le sujet par une apparente stimulation des facultés intellectuelles.
- La 2^{ème} phase est caractérisée par une hyperesthésie sensorielle portant principalement sur l'ouïe, mais pouvant toucher tous les sens (un ou plusieurs chez un même individu ou selon les moments), avec toutes les possibilités d'associations, de synesthésies, d'illusions perceptives. Les hallucinations sont rares, habituellement plaisantes ou fantastiques. Il peut exister également des troubles de la somatognosie, des perturbations dans l'appréhension spatio-temporelle, accompagnés parfois d'un dédoublement psychologique laissant au sujet la faculté de critiquer les phénomènes auxquels il a l'impression d'assister. Des dysesthésies et la reviviscence de souvenirs anciens ne sont pas exceptionnelles à cette phase.
- La 3^{ème} phase est celle du repos extatique avec apragmatisme.
- La dernière phase de calme conduit au sommeil profond, après laquelle le sujet retrouve la situation qui était la sienne avant la consommation de cannabis.

L'ensemble de ces phénomènes dure quelques heures sachant que l'effet maximum est obtenu en 5 à 10 minutes pour un produit inhalé et en 30 à 60 minutes si le produit est ingéré.

Les consommateurs américains de marijuana, eux aussi, font une description grossièrement superposable, avec trois étapes : "high", "feeling" et "down".

Les modifications de l'humeur s'expriment le plus souvent par un sens aigu du comique, du bizarre ou du fantastique s'associant à une impression de lucidité intellectuelle et de joie indéfinissable.

A l'inverse, chez certains individus, une composante anxieuse prédominante pourra s'associer à un sentiment de peur, de mort imminente, d'apocalypse, et parfois déclencher des épisodes anxieux aigus pouvant aller jusqu'à une véritable attaque de panique. On peut également observer des formes anxio-dépressives, de symptomatologie habituellement polymorphe et labile, ou encore des formes confusionnelles, maniaques ou stuporeuses. Ces formes, plus rares que les précédentes, sont comme elles, de durée brève (2 à 36 heures).

→ **Manifestations somatiques :**

Elles sont principalement neuro-végétatives et d'intensité variable.

Ces manifestations somatiques sont les suivantes :

- Tachycardie d'apparition rapide qui disparaît progressivement 1/2 heure après la fin de l'inhalation.
- Hypotension artérielle, parfois hypertension artérielle.
- Vasoconstriction périphérique.
- Bronchodilatation.
- Sécheresse buccale et sensation de soif accompagnée d'une augmentation de la diurèse.
- Hyperhémie conjonctivale avec parfois photophobie et larmoiement, œdème palpébral.
- Sensation de faim impérieuse.
- Nausées et vomissements généralement corrélés avec la première prise.
- Perturbation modérée de la coordination motrice (ataxie) avec vertiges.

Tous ces signes sont transitoires, réversibles, d'intensité généralement modérée et disparaissent quelques heures après la fin de la prise de cannabis.

II-3-L'intoxication cannabique chronique

II-3-1-Complications psychiatriques

Sur le plan psychique, l'utilisation répétée de cannabis peut conduire à des complications chroniques. Avant de les aborder, nous allons traiter d'une complication aiguë survenant chez des usagers chroniques, la psychose cannabique aiguë.

→ **La psychose cannabique aiguë :**

Si l'usage habituel mais modéré de cannabis se traduit par des ivresses successives, telles que nous les avons décrites précédemment, en cas de consommation importante et prolongée, peuvent survenir des complications psychotiques aiguës déclenchées par des excès massifs.

Le diagnostic de psychose cannabique aiguë repose, d'une part sur l'anamnèse et l'examen somatique susceptibles de rendre compte de l'importance de l'intoxication chronique, d'autre part sur la durée plus prolongée de l'évolution (quelques jours à six semaines) et enfin sur la séméiologie.

Le tableau clinique est celui "d'état oniroïde(...) comportant une véritable organisation et une élaboration plus ou moins achevée du vécu oniroïde, enrichi par des expériences délirantes et hallucinatoires riches et variées". (21)

Les mécanismes délirants sont de type interprétatifs ou hallucinatoires avec des thèmes variés comme la persécution, la mégalomanie (richesse, pouvoir,...) ou encore mystiques (lévitation, résurrection, possession démoniaque...). On distingue différentes formes : la forme confusionnelle (agitée, à composante onirique intense, stuporeuse ou avec repli intense) et les formes avec troubles de l'humeur prédominants soit agitation, euphorie dans la forme maniaque (noter l'implication affective et la grande charge émotionnelle) soit l'humeur dépressive et les épisodes dépressifs manifestes, l'anxiété étant souvent associée. On peut également observer des formes où existe une véritable discordance.

Tandis que l'ivresse cannabique s'assortit habituellement d'une remémoration du vécu oniroïde ; les psychoses aiguës demeurent le plus souvent amnésique. Plusieurs épisodes sont possibles dans le temps. Il semblerait qu'il y ait des retours à la normale entre les épisodes, sur le modèle des bouffées délirantes aiguës, lorsque le sujet interrompt sa consommation. Toutefois, la récurrence doit être considérée avec prudence quant au pronostic à long terme. A noter qu'il n'a pas été décrit d'évolution vers une schizophrénie chez des patients présentant une psychose cannabique aiguë.

→ Complications chroniques

* La psychose cannabique chronique reste l'entité nosographique la plus discutée car elle pose la question du rôle respectif du toxique et du terrain dans le déterminisme de syndromes psychotiques durables.

Plusieurs auteurs concluent à l'existence de la pharmacopsychose chronique du cannabis devant certaines formes de schizophrénie paranoïde ou hébéphrénique. D'autres ne voient dans ces formes qu'une schizophrénie révélée par le cannabis. On peut aussi envisager une troisième hypothèse théorique : la cooccurrence.

Chez des sujets à personnalité schizoïde, l'usage chronique de cannabis favorise le retrait, amplifie les troubles perceptifs et peut en ce sens, précipiter une décompensation psychotique ; celle-ci se révélera soit de façon insidieuse, soit après un épisode délirant aigu.

* La psychose cannabique subaiguë :

On a pu décrire des psychoses cannabiques subaiguës, évoluant pour leur propre compte, en dehors de toute consommation récente de cannabis, se présentant comme des psychoses aiguës d'évolution traînante.

La symptomatologie repose sur des aspects oniroïdes, post-oniroïdes et parfois discordants, le plus souvent sous-tendus par une ébauche d'affaiblissement intellectuel, mais ne comportant pas de pouvoir évolutif véritablement schizophrénique.

Ces manifestations sont susceptibles de s'améliorer, voire de guérir au bout de quelques mois.

* Le syndrome "amotivationnel"

Pressenti par Joseph Moreau de Tours (1845) et décrit par Gaskill dans les années 40, il s'agit d'un désinvestissement existentiel avec déficit mnésique (précisons qu'il s'agit d'une amnésie lacunaire), émoussement affectif et intellectuel. Ce syndrome concerne essentiellement l'adolescent, que l'on verra parfois replié sur lui-même et sur son songe intérieur, d'humeur changeante, morose, souvent marginalisé. Il traduit les errements de l'adolescent dans sa quête identitaire.

Le syndrome "amotivationnel" est proche du "syndrome de déficit énergétique" décrit par un psychiatre français, Pierre DENIKER, presque analogue dans son expression à l'athymhormie décrite par Dide et Guiraud dans certaines psychoses schizophréniques - ce qui a pu le faire confondre avec une démence précoce ou une schizophrénie cannabique.

Si l'autonomie de ce syndrome est aujourd'hui discutée, il reste cependant évocateur des manifestations classiquement observées chez l'utilisateur chronique. (60)

La consommation répétée de cannabis permet au sujet de supporter sans trop de souffrance psychique les symptômes mêmes qu'elle aura contribué à développer.

II-3-2-Complications somatiques

L'intoxication cannabique chronique peut également être à l'origine de complications somatiques.

→ Complications respiratoires :

Sur le plan respiratoire, la consommation de cannabis, comme celle de tabac, induit des altérations fonctionnelles des voies aériennes. Ainsi, du fait de la consommation le plus souvent simultanée des deux produits, on peut observer des laryngites et bronchites à répétition chez les usagers chroniques.

Si le THC est bronchodilatateur, les préparations cannabiques contiennent également de nombreuses substances irritantes pour l'épithélium bronchique, leur toxicité s'ajoutant à celle du tabac. Un "joint" contient 4 à 5 fois plus de goudrons qu'une cigarette*.

Enfin, on décrit une diminution de la capacité oxyphorique de l'hémoglobine chez les usagers consommant régulièrement de fortes quantités de cannabis (effet déjà largement décrit pour le tabac).

→ Risque carcinogène :

La fumée des cigarettes de marijuana contient de très nombreuses substances toxiques (naphtalamine, nitrosamine, benzène, benzopyrène, benzanthracène...). Cette fumée s'est révélée carcinogène à l'égard de cultures cellulaires.

Quelques auteurs considèrent que la consommation de cannabis expose à un risque accru de cancérisation de la muqueuse bucco-pharyngée ainsi que des tissus bronchiques et pulmonaires. Ces observations demeurent discutées car les études sont difficiles à interpréter. Elles portent sur des consommateurs associant souvent au cannabis du tabac et de l'alcool.

→ Effets sur l'alimentation :

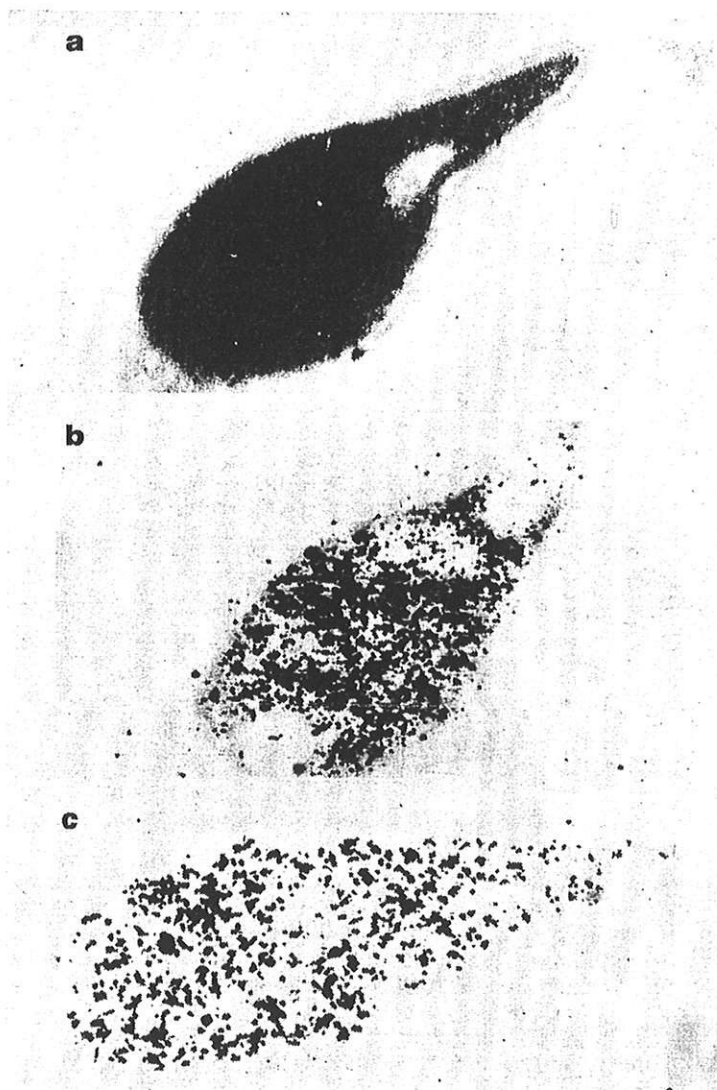
Le chanvre indien développant une action orexigène, le sujet mangera davantage et plus fréquemment. Cependant, des déficits nutritionnels qualitatifs ont pu être observés chez des consommateurs abusifs. Ce fait peut s'expliquer par un choix d'aliments de faible intérêt nutritif, avec notamment un régime appauvri en fruits, légumes et aliments lactés, ainsi qu'une association à une consommation d'alcool. Ces troubles peuvent être grandement favorisés par

* Ceci s'explique par les modalités de consommation : un joint étant fumé jusqu'au bout, le plus souvent sans filtre et de façon décontractée.

le syndrome "amotivationnel". Certains effets seraient peut être induits par cette malnutrition : faiblesse musculaire, maldigestion, déplétion plasmatique en zinc.

→ **Effets sur la spermatogénèse**

Une consommation importante de cannabis (4 à 20 "joints" quotidiens pendant un mois) induirait une diminution significative de la concentration du sperme en spermatozoïdes, avec diminution concomitante de la mobilité et augmentation du nombre de spermatozoïdes anormaux. Toutefois, les conséquences cliniques de cette anomalie n'ont pu être évaluées à ce jour. (47) Notons qu'une quantité importante de spermatozoïdes inactifs a été évaluée à 60 % chez un fumeur d'un paquet de tabac par jour.



A/ Spermatozoïde d'un sujet normal.
B.C/ Spermatozoïdes provenant de fumeurs chroniques de haschisch.

**Photomicrographie au microscope électronique
après préparation à l'argent ammoniacal. (47)**

→ Effets sur la fonction immunitaire :

Il semble que des cannabinoïdes (THC et 11-hydroxy THC notamment) puissent altérer l'activité de diverses cellules impliquées dans la défense immunitaire de l'organisme (cellules NK notamment). Quelques auteurs ont cru trouver là l'explication de la prévalence accrue, selon eux, de certains types de cancers chez des usagers chroniques.

L'anandamide, le ligand endogène des récepteurs aux cannabinoïdes, se révèle aussi interagir avec le système immunitaire. Il inhibe, de façon proportionnelle à la dose, la prolifération des lymphocytes et induit une mort cellulaire par un phénomène singulier, l'apoptose.

Les effets sur les populations de lymphocytes et de leucocytes en général, sur les macrophages comme sur l'activité des cellules NK sont démontrés in vitro pour de très fortes doses de THC. Les médiateurs produits par les macrophages susceptibles d'influer sur la réponse immunitaire (interférons et autres cytokines) sont inhibés par les cannabinoïdes. Inversement, le THC semble favoriser la production d'interleukine-1. Cependant, ces observations biologiques ne sont pas confirmées au niveau clinique.

Ces études ont une grande importance dans la mesure où les pathologies liées à une carence immunitaire sont nombreuses, tout particulièrement le SIDA (Syndrome d'Immunodéficience Acquise).

Les effets sur l'immunité d'origine cellulaire sont encore contradictoires. Aucune étude épidémiologique reposant sur une méthodologie indiscutable ne retrouve de lien entre l'aggravation cliniquement patente d'un SIDA et les altérations cellulaires décrites in vitro avec de fortes doses de THC.

Les effets sur l'immunité d'origine humorale sont moins flagrants ; il n'existe, ici encore, aucun lien prouvé scientifiquement entre la consommation de cannabis et l'accroissement de la prévalence d'affections bactériennes chez les usagers.

Un auteur comme Hollister fait remarquer avec pertinence que ce thème de recherche a mobilisé beaucoup d'équipes dans les années 70, période où la question du cannabis était au premier plan de nombreuses réflexions. Depuis lors, la pandémie de SIDA a monopolisé l'intérêt de la plupart des immunologistes. Ces données incitent cependant certains spécialistes à conseiller, aux sujets séropositifs, une limitation d'emploi du haschich tout comme celui de l'alcool ou de tabac. (60)

III-CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES

Le recours aux classifications internationales a facilité les échanges tant sur le plan de la littérature que des recherches et des pratiques en ce domaine, alors qu'autrefois les comparaisons étaient impossibles compte tenu de la diversité des définitions du phénomène. Les définitions les plus communément acceptées sont celle de l'Association Américaine de Psychiatrie, reprise dans le manuel diagnostics et statistiques des troubles mentaux (DSM IV) et celle de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), reprise dans la Classification Internationale des Maladies (CIM 10)

III-1-CIM10 (15)

Les définitions qui nous intéressent ici appartiennent à la catégorie des "troubles mentaux et troubles du comportements liés à l'utilisation de substances psycho-actives" codée de F10 à F19, (le 3^{ème} caractère du code ,x, précise la substance psycho-active), le code F12 correspondant aux "troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation de dérivés du cannabis".

Le 4^{ème} et le 5^{ème} caractère du code peuvent être utilisés pour spécifier le tableau clinique. Ces caractères sont standards pour toutes les autres substances psycho-actives.

* F1x0 : Intoxication aiguë :

"Etat transitoire consécutif à la prise de cannabis, caractérisé par des perturbations : de la conscience, des fonctions cognitives, de la perception, de l'affect et du comportement, ou d'autres fonctions et réponses psychophysiologiques..."

Le 5^{ème} caractère du code est utilisé pour noter les complications associées :

- F 1 x .00 : sans complication,
- . 01 : avec traumatismes et autres blessures physiques,
- . 02 : avec d'autres complications médicales,
- . 03 : avec delirium,
- . 04 : avec distorsion des perceptions,
- . 05 : avec coma,
- . 06 : avec convulsions.

* F1 x 1 : Utilisation nocive pour la santé :

"Mode de consommation d'une substance psychoactive qui est préjudiciable à la santé.
Les complications peuvent être physiques ou psychiques..."

* F1 x 2 : Syndrome de dépendance :

"Ensemble de phénomènes comportementaux, cognitifs et physiologiques dans lesquels l'utilisation de la substance psycho-active entraîne un désinvestissement progressif des autres activités. La caractéristique essentielle du syndrome de dépendance consiste en un désir (souvent puissant, parfois compulsif...) [...] de prendre la substance..."

- F 1 x . 20 : Actuellement abstinent,
- . 21 : actuellement abstinent, mais dans un environnement protégé,
- . 22 : suit actuellement un régime de maintenance ou de substitution sous surveillance médicale,
- . 23 : actuellement abstinent, mais prend des médicaments aversifs ou bloquants,
- . 24 : utilise actuellement de la drogue,
- . 25 : utilisation connue,
- . 26 : utilisation épisodique (dipsomanie).

* F1 x . 3 : Syndrome de sevrage :

- . 30 : sans complication
- . 31 : avec convulsions.

* F1 x . 4 : Syndrome de sevrage avec delirium :

- . 40 : sans convulsion
- . 41 : avec convulsions.

* F1 x . 5 : Trouble psychotique :

- . 50 : d'allure schizophrénique
- . 51 : avec idées délirantes au 1^{er} plan
- . 52 : avec hallucinations au 1^{er} plan
- . 53 : avec symptômes polymorphes au 1^{er} plan

- . 54 : avec symptômes dépressifs au 1^{er} plan
- . 55 : avec symptômes maniaques au 1^{er} plan
- . 56 : mixte.

* F1 x . 6 : Syndrome amnésique

* F1 x . 7 : Troubles résiduels et troubles psychotiques de survenue tardive

- . 70 : "flashback"
- . 71 : trouble de la personnalité ou du comportement
- . 72 : trouble thymique résiduel
- . 73 : démence
- . 74 : autre déficit cognitif persistant
- . 75 : troubles psychotiques à début tardif.

* F1 x . 8 : Autres troubles mentaux ou troubles du comportement.

* F1 x . 9 : Trouble mental ou trouble du comportement sans précision.

III-2-DSM IV (23)

Le DSM IV est une autre classification très utilisée où nous retrouvons les troubles liés au cannabis. Le DMS IV distingue les troubles liés à l'utilisation d'une substance (dépendance et abus) des troubles induits par une substance (intoxication, sevrage, delirium, démence, trouble amnésique, trouble psychotique, trouble de l'humeur, trouble anxieux, dysfonction sexuelle et trouble du sommeil).

* Troubles liés à l'utilisation du cannabis.

→ Dépendance au cannabis*

"La dépendance est un mode d'utilisation inapproprié d'une substance, entraînant une détresse ou un dysfonctionnement cliniquement significatif...".

* A titre d'information, la CIM10 décrit aussi une dépendance au cannabis et la codifie par F12.2x

Il nous semble important de préciser que la dépendance physique n'est pas absolument indispensable pour parler de dépendance aux substances psychoactives.

→ Abus de cannabis *

L'abus (DSM IV) est caractérisé par une consommation susceptible d'induire des dommages dans les domaines somatiques, psychoaffectifs ou sociaux, soit pour le sujet lui-même, soit pour son environnement proche ou à distance : les autres, la société. (72)

* Troubles induits par le cannabis.

→ Intoxication au cannabis

Spécifier si avec perturbation des perceptions

Critères diagnostiques de l'intoxication au cannabis (selon le DSM-IV) :

- A. Utilisation récente de cannabis.
- B. Changements comportementaux ou psychologiques, inadaptés, cliniquement significatifs (p. ex : altération de la coordination motrice, euphorie, anxiété, sensation de ralentissement du temps, altération du jugement, retrait social) qui se sont développés pendant ou peu après l'utilisation de cannabis.
- C. Au moins deux signes suivants se développant dans les deux heures suivant l'utilisation de cannabis :
 - 1/ conjonctives injectées,
 - 2/ augmentation de l'appétit,
 - 3/ sécheresse de la bouche,
 - 4/ tachycardie.
- D. Les symptômes ne sont pas dus à une affection médicale générale, et ne sont pas mieux expliqués par un autre trouble mental.

→ Delirium par intoxication au cannabis.

→ Trouble psychotique induit par le cannabis avec idées délirantes.
spécifier si : avec début pendant l'intoxication.

* La CIM 10 parle d'usage nocif qu'elle codifie F12.1

→ Troubles psychotiques induits par le cannabis, avec hallucination
spécifier si : avec début pendant l'intoxication.

→ Troubles anxieux induits par le cannabis
spécifier si avec début pendant l'intoxication.

→ Troubles liés au cannabis, non spécifiés.

Cette catégorie est réservée aux troubles liés à l'utilisation de cannabis non classable dans l'une des catégories énumérées ci-dessus.

IV-LE CANNABIS DANS LA LEGISLATION FRANCAISE

Jouissant d'une grande popularité, le cannabis est actuellement la drogue illicite la plus consommée en France. Bien qu'il n'ait pas été prouvé que la toxicité du cannabis soit supérieure à celles du tabac et de l'alcool, la France se trouve être l'un des pays les plus réfractaires en Europe sur ce sujet.

IV-1-CLASSIFICATIONS DES DROGUES DANS LE DROIT FRANCAIS

La classification des substances vénéneuses est la base légale française du statut des stupéfiants et psychotropes internationalement contrôlés.

Depuis un décret du 14 septembre 1916, cette classification reposait sur une répartition en trois tableaux, énumérés ci-dessous dans l'ordre croissant de la nocivité des substances prises en compte :

- Tableau C : produits dangereux,
- Tableau A : produits toxiques,
- Tableau B : produits stupéfiants.

Le cannabis appartenait au tableau B.

Mais plus récemment, le décret du 29 décembre 1988 a remplacé cette classification par une distinction entre "substances stupéfiantes" et "substances psychotropes".

La principale modification réside dans la création de la catégorie des psychotropes mettant ainsi la France en accord avec la Convention de Vienne (1971).

La classification tripartite des tableaux A, B et C n'est pas fondamentalement bouleversée :

→ **Les substances stupéfiantes** : sont les héritières des stupéfiants de l'ancien tableau B. Cette catégorie comprend :

- les stupéfiants des tableaux I, II et IV de la Convention Unique de 1961 (le cannabis appartenait au tableau I de cette convention).
- les psychotropes des tableaux I (hallucinogènes) et II (amphétaminiques) ainsi qu'un barbiturique du tableau III de la Convention de Vienne de 1971.
- d'autres plantes ou substances non soumises au contrôle international Kath, peyotl*.

→ **Les substances psychotropes** comprennent :

- quelques produits du tableau II de la Convention Unique de 1961,
- la plupart des psychotropes des tableaux III (barbituriques) et IV (tranquillisants) de la Convention de Vienne de 1971,
- diverses plantes et substances susceptibles d'abus, réparties en deux listes comprenant selon les termes de l'article R. 5204 du Code de Santé Publique, les "médicaments présentant pour la santé des risques directs ou indirects".

La liste I contenant les produits présentant les risques les plus élevés, correspond à l'ancienne définition du tableau A (toxiques).

La liste II correspond à l'ancienne définition du tableau C (dangereux).

* plante du Mexique contenant de la mescaline → propriétés hallucinogènes.

Pour être exhaustif en matière de drogues, il nous faut mentionner une catégorie de "substances dangereuses" destinées au commerce, à l'industrie ou à l'agriculture. C'est dans cette catégorie que l'on trouve les inhalants chimiques dont certains sont susceptibles d'abus toxicomaniaques (éther, trichloréthylène,...). Bien que non pris en compte en tant que drogues, ils font l'objet de dispositions spéciales dans le cadre des stupéfiants.

Enfin le tabac et l'alcool ne sont pas concernés par la réglementation des substances vénéneuses mais font l'objet de classements et dispositions autonomes.

IV-2-LA LEGISLATION FRANCAISE

Le nouveau code pénal, adopté le 15 décembre 1992, est entré en vigueur le 1^{er} mars 1994. Pour définir ce que sont les stupéfiants, l'article L. 222-41 de ce code renvoie à l'article L. 627 du Code de Santé Publique (CSP), ce dernier confiant au Conseil d'Etat le soin de définir le classement des substances stupéfiantes. Le Conseil d'Etat quant à lui, relègue cette tâche au ministre chargé de la santé (Cf. annexe 1). (16)

Ainsi la définition des stupéfiants nous est donnée par l'arrêté du Ministère de la Santé du 22 février 1990. C'est une énumération limitative de 100 substances parmi lesquelles figure le cannabis.

En droit interne français, il faut entendre par cannabis ; la plante et sa résine, les préparations qui en contiennent ou celles qui sont obtenues à partir du cannabis, de sa plante et de sa résine, des tétrahydrocannabinols, de leurs esters, éthers, sels ainsi que des sels des dérivés précipités et de leurs préparations (art. R. 5181, CSP). On entend par préparations les mélanges ou solutions composés de deux substances ou plus. On entend par substances, les éléments chimiques et leurs composés comme ils se présentent à l'état naturel ou tels qu'ils sont produits par l'industrie, contenant éventuellement tout additif (art. 5149, CSP).

Ainsi le classement comme stupéfiant des feuilles, graines, racines, pollens et de leurs dérivés procède d'une initiative du Conseil d'Etat, dépassant les obligations qui résultent de la Convention Unique de 1961 et de la Convention de Vienne de 1971.

Par exception au régime général de restriction au commerce des stupéfiants, la production, la mise sur le marché, l'emploi et l'usage du cannabis sont interdits (art. R. 5181, CSP). Des dérogations peuvent cependant être accordées par le ministre chargé de la santé, à des fins de recherche et de contrôle ainsi que de fabrication de dérivés autorisés.

D'autre part, la législation prévoit un régime particulier en ce qui concerne le chanvre textile :

Par dérogation, sont libres : la culture, l'importation, l'exportation et l'utilisation industrielle et commerciale des fibres et graines de certaines variétés de cannabis citées précisément et exhaustivement dans le texte législatif. Toutefois le poids en tétrahydrocannabinol (THC) de ces variétés par rapport au poids de chanvre sec, ne doit pas être supérieur à 0,3 % (arrêté du 22 août 1990, art. R. 5181, CSP).

IV-3-LE CANNABIS DANS LES RAPPORTS SANITAIRES ET SOCIAUX

Depuis une vingtaine d'années, plusieurs commissions d'experts se sont réunies pour réfléchir sur les problèmes de toxicomanie et en particulier sur ceux liés à l'usage du cannabis.

→ Le rapport PELLETIER et la circulaire PEYREFITTE

En 1978, le rapport PELLETIER étudie les "principales substances à usage toxicomanogène", et en propose une classification que nous ne détaillerons pas, en insistant sur l'ambiguïté résultant des différents statuts des substances concernées selon qu'elles sont licites ou illicites.

Un chapitre spécial consacré au cannabis, souligne le fait que la législation n'est guère adaptée à la singularité que constitue l'usage du chanvre indien par rapport aux autres stupéfiants et propose de "fixer clairement un seuil quantitatif au dessous duquel la quantité détenue sera regardée, sauf preuve contraire, comme destinée au seul usage personnel". En fait, ce rapport préconise implicitement la dépénalisation de l'usage du cannabis.

Le **rapport PELLETIER** a rapidement donné lieu à la publication d'une circulaire du Ministère de la Justice (17 mai 1978) proposant une procédure allégée de "mise en garde" à l'égard des usagers de chanvre indien. La raison d'être de celle-ci est que la procédure ordinaire est inapplicable au cannabis.

La **circulaire PEYREFITTE** révèle en effet que la consommation de haschich ou de marijuana ne justifie pas un traitement de désintoxication, car elle n'engendre pas de dépendance physique. L'usager visé par la loi est en réalité un usager récréatif et non un véritable toxicomane.

→ Le Comité National d'Ethique

Plus récemment (29 novembre 1994), le Comité National d'Ethique remettant lui aussi en cause la distinction entre drogues licites et illicites, souligne que "l'usage des dérivés de cannabis est devenue une pratique assez commune dans certains groupes sociaux, avec ses normes et ses rites". (72)

Cet avis va dans le sens des revendications de l'A.N.I.T. (Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie), qui, en mai 1994, demandait à ce que la question de l'usage du cannabis ne soit plus confondue abusivement avec celle de l'usage des "drogues".

→ Le rapport HENRION (34)

Enfin, en février 1995, s'est réunie une commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, présidée par le Professeur Roger HENRION. Le rapport qui en résulte est composé de 3 parties : la 1^{ère} est consacrée à l'étude de l'évolution de la toxicomanie au cours des vingt dernières années ; la 2^{ème} regroupe les propositions et recommandations faites par la commission, et la 3^{ème} partie ouvre le débat sur une politique alternative à la pénalisation.

D'un point de vue général, la commission, considère que "la dénomination drogue douce / drogue dure n'est pas appropriée" mais reconnaît que "certaines drogues sont plus dangereuses que d'autres".

La question du cannabis fait l'objet de plusieurs paragraphes. Pour les membres de la commission : "le problème du cannabis rejoint en partie celui de l'alcool et du tabac, dont on peut faire un usage modéré mais qui peuvent aussi être à l'origine d'abus, d'accidents et de complications dangereuses, très onéreuses pour la société" mais [...] "conserver une sanction pénale qui n'est pratiquement plus appliquée devient dérisoire et déconsidère la justice aux yeux des adolescents".

Cette commission proposa une réglementation contrôlée pendant une période d'essai, concernant les individus de plus de 16 ans utilisant du cannabis dans des lieux privés, mais refusa de légaliser toute forme de distribution. Madame Simone VEIL devait préciser rapidement que le gouvernement ne pouvait envisager en l'état de l'évaluation des risques une décision en ce sens. Cette hésitation traduit l'impossibilité de la communauté politique à proposer une alternative légale à la répression.

Ces rapports ouvrent le débat, aujourd'hui au cœur de l'actualité, sur la dépénalisation du cannabis en France.

V-CANNABIS : PHENOMENE DE SOCIETE AU FIL DES ANS

Nous ne pouvons logiquement clore cette première partie sans aborder la place du cannabis et son évolution au cours de l'histoire. Cependant, nous nous limiterons à évoquer quelques repères constituant autant de charnières dans l'histoire du cannabis utilisé comme mode d'évasion de la réalité (21,47,60,82).

V-1-LES ORIGINES : CHINE ET INDE

L'utilisation de la marijuana du type drogue remonte à 4000 ans et se situe en Chine. Shen Nung, (2737-2697) empereur chinois légendaire et botaniste surnommé "l'Agriculteur Céleste", prescrivait son emploi comme sédatif et comme Panacée. Le cannabis fit donc partie de la pharmacopée chinoise pendant des siècles mais ne fut jamais largement utilisé comme stupéfiant car les Chinois disposaient de substances psychoactives plus puissantes pour soulager la douleur physique et masquer les misères de la vie quotidienne.

Il faut passer à la Péninsule Indienne pour trouver les premières traces d'utilisation du cannabis pour ses propriétés enivrantes plutôt que médicinales. Vers l'an 2000 avant notre ère, le cannabis était l'herbe sacrée utilisée dans la célébration de rites religieux. Les brahmanes * cultivaient la plante dans les jardins du temple, ils en récoltaient les feuilles, les tiges, les sommités fleuries pour en faire une infusion enivrante appelée *bhang*. Cette potion puissante bue au cours de rites religieux, permettait "l'union avec la divinité". Les hindous appelaient ce breuvage de noms divers : "qui donne la joie", "qui élève au ciel", "qui apaise le chagrin", autant d'expressions qui attestent ses propriétés euphorisantes. Un poète persan du temps écrivait : "nous bûmes du *bhang* et le mystère s'accomplit - je devins dieu - un si grand résultat pour un péché si véniel".

Le secret de la préparation du *bhang* était soigneusement gardé par les prêtres, même entre brahmanes de même caste, qui le réservaient à des usages religieux, comme de nos jours l'eau bénite ou le vin de communion. Mais il ne fallut pas longtemps au peuple indien pour se rendre compte que cette plante poussait à l'état sauvage un peu partout, et qu'il était possible de préparer des infusions de *bhang* chez soi aussi bien qu'au temple.

* membres de la caste sacerdotale ; la 1^{ère} des castes hindoues.

De plus, on découvrit que les effets enivrants du cannabis se faisaient sentir plus rapidement si l'on fumait un hachis des sommités de la plante. Il en résulta un mode généralisé et lucratif de culture, de préparation plus simples telles que le *charas* ou la *ganjah*, et de distribution des extraits de cannabis.

Ainsi, d'élixir religieux et de plante médicinale, le cannabis devint une drogue psychoactive peu coûteuse, facile à obtenir, et fumer devint une habitude sociale, une tradition reconnue tant par la religion que par la médecine.

V-2-DE L'INDE AU BASSIN MEDITERANNEEN

De l'Inde, le cannabis se répandit au Moyen-Orient par le biais des invasions indo-européennes. Ici encore, la religion joua un rôle important dans son utilisation par le peuple. La religion musulmane interdisant l'alcool et le vin, il en résulta un intérêt immédiat pour un produit qui pouvait causer un effet euphorique du même ordre, sans charger la conscience d'un péché mortel.

Le nom arabe de l'extrait de cannabis utilisé au Moyen-Orient est "haschish" qui signifie herbe. Un moine qui vivait dans les montagnes de Rama, vers l'an 500 après Jésus-Christ, dit à ses disciples : "Dieu tout-puissant vous a accordé, par faveur spéciale, une herbe dont les vertus dissipent les chagrins de votre âme et réjouissent l'esprit". Ainsi encouragés, nombreux furent ceux qui s'adonnèrent à l'usage du haschich, dispensateur d'euphorie.

Les invasions arabes, du IX^{ème} au XII^{ème} siècle, introduisirent les préparations de cannabis en Afrique du Nord, de l'Égypte à la Tunisie, à l'Algérie et au Maroc. D'abord chantée par les poètes et les intellectuels de l'époque, la drogue se répandit rapidement dans toute la population. De tous les pays conquis par les Arabes, seule l'Espagne résista à un usage généralisé du cannabis. On peut penser que la consommation courante de vin sanctionnée par la religion contribuèrent à limiter le marché du cannabis.

Au Moyen-Orient, toutefois, l'utilisation sans cesse croissante du cannabis commença à affecter la vie et les mœurs du temps, soit directement, soit de façon plus subtile. "Les contes des Mille et Une Nuits", par exemple furent écrits entre 1000 et 1500 lorsque le *haschich* et le *bhanga* se répandaient à travers l'Afrique du Nord. Une lecture attentive de cette

œuvre, la plus célèbre de cette époque, révèle des allusions fréquentes au cannabis et à ses propriétés psychoactives qui pourraient expliquer, peut-être, l'envolée du "tapis volant"!...

Dans son livre "Haschich, l'Herbe contre la Société Musulmane Médiévale", le Professeur Franz Rosenthal analyse 22 manuscrits sur le cannabis qui furent écrits par les intellectuels du Monde arabe entre le XIIIème et le XIVème siècle. Dans ces textes, le lecteur peut retrouver tous les aspects de la controverse qui fait rage à l'heure actuelle parmi les adversaires et les partisans de cette drogue. Toutefois, dans leur ensemble, ces vieux textes dénoncent les méfaits du *Haschich* qui est considéré comme une drogue qui détache l'homme de ses devoirs familiaux, sociaux et religieux tout en ruinant sa santé.

L'Egypte fut le pays le plus profondément affecté par les effets et l'usage généralisé du cannabis. Selon l'historien arabe Magrizy, le haschich fut d'abord introduit en Egypte au XIIIème siècle à une époque de prospérité et de rayonnement culturel. Tout d'abord, la drogue fut bien reçue par les classes riches qui l'ajoutèrent à leurs autres plaisirs. Mais lorsque les paysans l'adoptèrent, ce fut pour alléger la monotonie d'une vie de labeur. Il est impossible d'évaluer de façon exacte l'incidence de l'usage du haschich sur la productivité et la vigueur de la civilisation arabe. Aucune étude ne fut menée à l'époque et les observations qui lièrent cause à effet vinrent bien des siècles plus tard. Néanmoins, l'apparition du cannabis et de ses sous-produits au Moyen-Orient coïncida avec le début d'une longue période de déclin pendant laquelle l'Egypte glissa du rang de grande puissance à celui de province agraire exploitée par des maîtres tour à tour, Circassiens, Turcs et Européens.

Et, comme il arrive souvent, le déclin même de la nation amena un usage accru de ce qui avait peut-être causé sa décadence. La consommation du haschich devint si prévalente parmi les masses que certains sultans et émirs tentèrent d'en interdire l'usage, bien que conscients d'aller à l'encontre d'une coutume très enracinée. Au XIVème siècle, l'Emir Soudouni Schekhouni décréta que tous les plants de cannabis seraient déracinés et détruits et que les usagers de la substance seraient condamnés à avoir les dents arrachés, sans bénéfice d'anesthésie. Malheureusement, cette pénible perspective n'eut guère d'effet sur une habitude profondément ancrée.

Bonaparte, lui aussi, tenta d'enrayer l'usage du *haschich*. Quand les troupes françaises conquièrent l'Égypte en 1800, un officier nota : "La population mâle de ce pays est dans un état de torpeur constant". Espérant arracher le peuple égyptien à sa stagnation, mais soucieux aussi de protéger ses propres soldats, Bonaparte décréta : "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". Cette interdiction protégea ses troupes mais elle ne réussit pas à arrêter l'usage du cannabis dans le monde musulman.

V-3-LE XIX^è SIECLE : GRANDE EPOQUE DU CANNABIS EN OCCIDENT

En dépit de nombreux échanges culturels et commerciaux, après les Croisades, entre le monde arabe et les nations européennes bordant la Méditerranée, le chanvre ne fut pas utilisé par les Européens en tant que stupéfiant mais uniquement connu pour ses fibres. Cette situation se prolongea durant l'ère coloniale, aux XVIII^{ème} et XIX^{ème} siècles, lorsque les grandes puissances européennes, surtout la France et l'Angleterre, envoyèrent des forces militaires et civiles en nombre élevé dans des régions où l'intoxication au chanvre était très répandue. Comme le déclara un historien : "il semble y avoir un clivage culturel qui empêcha les Européens d'adopter cette habitude orientale".

Et c'est donc seulement à l'occasion de la campagne d'Égypte de Bonaparte que des médecins, comme les soldats, s'intéressèrent à la résine de cannabis qu'ils ramenèrent en France.

V-3-1-La nouvelle Panacée

Lorsque les substances intoxicantes du cannabis sativa furent introduites dans le monde occidental au milieu du XIX^{ème} siècle, elles furent utilisées pour des expériences scientifiques, plutôt que comme mode d'évasion de la réalité.

Le Docteur Louis AUBERT-ROCHE de retour d'Égypte, préconisa l'administration de *haschich* comme remède souverain contre diverses maladies contagieuses et publia son célèbre "De la peste et du typhus d'Orient".

Jacques-Joseph MOREAU DE TOURS (1804-1884) quant à lui, aliéniste à l'hôpital Bicêtre, essaya la drogue en 1837 et vit "dans l'action de cette substance sur les facultés morales un moyen puissant, unique, d'exploration en matière de pathologie mentale", occasion de générer chez l'homme un état aussi proche que possible de la folie naturelle et donc d'étudier cette maladie. Il fut donc le premier à étudier ce que l'on dénomme actuellement psychose expérimentale ou pharmacopsychose. Il livra en 1845 un ouvrage qui demeure encore d'un modernisme étonnant "Du haschich et de l'aliénation mentale"(45), première étude exhaustive des effets physiques et psychiques de la consommation de cannabis.

Les expériences de MOREAU DE TOURS ont presque toutes été réalisées à partir d'une préparation de cannabis décrite comme une confiture verte : le "*dawamesk*" car, écrit-il, (...) les effets étaient les plus certains" et "c'est aussi celle qu'il est le plus facile de se procurer et qu'on a le moins à craindre de voir s'altérer en la faisant venir d'Orient". Il recommanda rapidement l'usage du "*dawamesk*" comme traitement de l'ensemble des troubles mentaux. Il utilisa également du *haschich* en infusion. Deux ans plus tard, il faisait pousser du cannabis dans les jardins de l'hôpital Bicêtre. Déjà il notait que l'environnement, les conditions sociales, de même que l'état psychologique et affectif du sujet, avaient une influence profonde sur la réaction au cannabis.

Mais MOREAU DE TOURS demeura isolé à reconnaître la pertinence de l'usage du cannabis, nombre de ses amis et collègues ne constatant en fait de résultats que la modification de la nature des hallucinations des patients auxquels il en administra.

Les pays occidentaux mirent largement à profit le cannabis dans la réalisation de nombreuses spécialités pharmaceutiques. Le pharmacologue berlinois Louis LEWIN rapporta ainsi que de vastes cultures étaient encore entretenues dans l'Allemagne de la 1^{ère} guerre mondiale.

La fin du XIX^{ème} siècle vit d'ailleurs le statut du cannabis passer de celui de médicament à celui de véritable confiserie : ainsi la "Ganjah Wallah Hasheesh Candy Company" commercialisa dès 1860 des bonbons au sucre d'érable et à la résine de ... cannabis. Ces friandises eurent beaucoup de succès et furent des années durant vendues dans tout le pays, y compris par correspondance.

V-3-2-Le club des haschischins : expansion de l'usage récréatif du cannabis

Louis AUBERT-ROCHE et Joseph MOREAU DE TOURS, découvrant les propriétés du chanvre, ne tardèrent pas à organiser des soirées entièrement vouées à la consommation de haschich. Ils prirent comme lieu de rendez-vous à partir de 1843 l'appartement du peintre Fernand BOISSARD DE BOISDENIER, situé dans l'hôtel de PIMODAN, île Saint-Louis. Là, moyennant une somme assez faible, il était possible de s'initier, sous leurs houlettes, aux ivresses haschischées.

Théophile GAUTIER fut l'un des premiers et des plus fidèles invités de BOISSARD (il raconta cette expérience dans "La Presse" le 10 juillet 1843 sous un titre simple, "Le Haschisch"). Il publia également plus tard en 1846 un conte, "Le club des Haschischins" qui donna son nom dès lors aux membres des soirées du 17, quai d'Anjou.

Rapidement, une pléiade de poètes, écrivains, peintres et autres artistes s'y retrouvèrent avec régularité. Le "*dawamesk*" était servi avec précaution, circulant entre RIMBAUD, VERLAINE, DELACROIX, NERVAL, DUMAS Père, DAUMIER (qui caricaturait les participants de ces soirées dans le *Charivari*) et beaucoup d'autres, à l'exception toutefois de BALZAC qui refusa de réitérer une expérience faite une fois sans véritable succès.

Charles BAUDELAIRE, un autre membre du club des Haschischins, fut fasciné par les effets sensoriels du haschich : "les sons ont une couleur, les couleurs ont une musique, les yeux percent l'infini. L'oreille perçoit les sons les plus insaisissables au milieu des sons les plus aigus... Les objets extérieurs prennent des apparences monstrueuses. Ils se révèlent à vous sous des formes inconnues jusque là". GAUTIER et ses amis abandonnèrent bientôt ces exercices hallucinatoires, mais BAUDELAIRE passa du haschich à l'opium, tout comme de nos jours, certains gros fumeurs passent de la marijuana à l'héroïne. Quant il reconnut enfin les dangers de ces drogues, il écrivit : "... le haschich, comme toutes les joies solitaires, rend l'individu inutile aux hommes et la société superflue pour l'individu... le *haschich* ne révèle à l'individu rien que l'individu lui-même... celui qui aura recours à un poison pour penser ne pourra bientôt penser sans poison". Le conseil de BAUDELAIRE semble avoir été suivi par ses contemporains et jusqu'à présent l'intoxication par le cannabis ne s'est pas étendue à l'élite intellectuelle française.



THÉOPHILE GAUTIER DESSINÉ PAR ETIENNE GIRAUD
- DOCUMENT ROGER-VIOLET -

Peu à peu, le modèle de consommation du club des Haschischins fit école et l'orientalisme en vogue de 1850 à 1900 vit se multiplier les "salons turcs" ou "fumeries turques" en Europe comme aux Etats-Unis. Il existait en 1880 plus de 500 salons (*haschich parlor*) où l'on consommait du haschich pour la seule ville de New-York, et il en subsistait encore presque autant en 1920 pendant la grande époque de la prohibition. Une enquête réalisée par les Anglais en Inde (1894) montra dès cette époque que de petites doses de cannabis ne posaient pas de problèmes de santé mais que des quantités plus fortes pouvaient générer des troubles mentaux.

V-4-LES TEMPS MODERNES : LA PEUR DU FLEAU

Le cannabis et ses préparations devinrent synonymes de fléau au plan mondial dans les années 30. La plante en vint à représenter alors la quintessence de la "drogue" : son usage fit dès le début du XXème siècle l'objet d'une stigmatisation mise en scène à des fins politico-économiques, dans la mesure où l'opprobre dont elle fut chargée demeurait sans rapport avec sa toxicité véritable. Les consommateurs de cannabis appartinrent longtemps à des groupes culturels souvent mal compris, peu intégrés. Il s'agit, selon les époques, de distinction raciale (à l'égard des Noirs et des Latinos aux Etats-Unis) ou purement culturelle (à l'égard des jeunes revendiquant un idéal social nouveau dans les années 60).

V-4-1-L'"herbe du crime" mexicaine

C'est à partir des Caraïbes, notamment de la Jamaïque, que le cannabis gagna le Mexique, probablement aux alentours de 1870-1880. Il gagna ensuite les Etats-Unis : d'abord le Texas en 1903, puis, aux alentours de 1910, la Nouvelle Orléans où il fut presque d'emblée proscrit. Il était alors consommé par les ouvriers agricoles de race noire, bien évidemment très pauvres.

La Californie le déclara vénéneux en 1907 et son usage, non médical, y fut proscrit dès 1913. L'état de Colombie adopta des mesures similaires en 1925. A cette époque, sa culture, importante jusqu'au milieu du XIXème siècle, puis détrônée au profit de celle du coton qui se développa après la guerre de Sécession, fut concurrencée par le développement de l'industrie des fibres synthétiques. D'autant plus fatale qu'un mouvement fut mené aux Etats-Unis par

Harry Anslinger* présentant le cannabis (rebaptisé du nom alors inconnu de marijuana, "the week of madness" l'herbe de la folie) comme une drogue éminemment dangereuse, expliquant la majorité des actes de violence dans le pays et ... l'irrespect des Noirs à l'égard des Blancs. Une véritable croisade fut menée pendant 5 à 6 ans, jusqu'au vote d'une loi (septembre 1937) prohibant tout usage du cannabis sauf à régler au Trésor américain une taxe exorbitante (1\$ l'once), the *Marihuana* Tax Act.

V-4-2-La Ganjah de Jamaïque et les rastafari

L'introduction du cannabis en Jamaïque remonte aux environs de 1860, lorsque les ouvriers d'origine indienne furent embauchés au titre de contrats à long terme. Ceci explique que la désignation de la drogue soit la même en Inde et dans cette île... L'usage du produit s'est rapidement généralisé dans les classes sociales les plus défavorisées. Des rapports faisant état de troubles mentaux liés à sa consommation devaient aboutir à le voir prohibé par le gouvernement jamaïquain en 1913. Comme bien souvent en matière de prohibition, les mesures, pourtant renforcées dès 1924, n'eurent aucun résultat et la consommation de cannabis, de *ganjah*, a fini par devenir générale dans l'île.

La fin des années 30 a vu le développement d'une religion, d'un culte, basé sur la consommation de la plante : le culte "rastafari". Les rastafariens ou rastamen constituent un groupe spirituel prônant le retour aux sources africaines et considérant l'empereur d'Ethiopie Haïlé SELASSIE (de son nom Ras Taffari Makonnen, 1892-1975), comme un dieu à la suite d'une prophétie réalisée par Marcus Garvey en 1927. Cette croyance donne aux classes les plus démunies de l'île une identité culturelle fortement revendiquée. Ils portent des cheveux longs, l'Ancien Testament stipulant qu'aucun rasoir ne doit toucher la tête des justes, et sont végétariens. Ce culte s'est étendu à toutes les Caraïbes dans les années 60 et concerne plus largement, environ 350 000 rastas sur la planète. L'usage de la *Ganjah*, préconisé selon eux par la Bible, concerne 60 à 70 % de la population jamaïquaine. Le mode d'usage traditionnel des rastafariens est le *spliff*, sorte de petit cigare associant tabac et *Ganjah* ou le thé de *Ganjah*. L'utilisation du cannabis est largement associée à la musique *reggae*, illustrée notamment par les chanteurs Bob MARLEY, Peter TOSH ou Jacob MILLER.

* Responsable du Bureau fédéral des narcotiques à partir de 1931 ; neveu du secrétaire d'Etat au Trésor du gouvernement Hoover, Andrew MELLON. Il fut longtemps l'un des fervents partisans de la prohibition de l'alcool.

En 1941, le gouvernement jamaïcain a encore alourdi les peines infligées aux usagers et aux producteurs, rendant la législation locale l'une des plus sévères au monde. A la suite de l'accession de la Jamaïque à l'indépendance, en 1962, les autorités ont assoupli la législation. De fait, le trafic a prospéré et le cannabis constitue aujourd'hui la principale culture de rapport dans l'île.

V-4-3-Génération "Peace and Love"

L'utilisation du cannabis comme drogue était rare dans l'immédiat après-guerre, exclusion faite au sein de minorités culturelles, ethniques ou religieuses, traditionnellement consommatrices. Ainsi dénombrait-on moins de 10 usagers dans le Paris des années 40... A la fin des années 60, et dans les années 70, l'usage du haschich dans la société occidentale restait synonyme de fraternité et de liberté, de révolte sociale contre les valeurs établies, notamment à l'égard du modèle de société dite de "consommation" ayant émergé dans les Etats-Unis de l'après-guerre. On estimait à 7 % la proportion d'étudiants usagers dans l'Amérique de 1968 et à 4 % la proportion dans la population générale de plus de 21 ans en 1970. L'usage du cannabis se généralisa sur les campus européens, avec toutefois, un certain décalage.

Des routards ramenaient souvent la résine d'Asie ou d'Amsterdam qui devint une véritable plaque tournante de ce commerce. Le produit n'était alors qu'exceptionnellement frelaté, contrairement à ce qui se produisit dès le milieu des années 70, lorsque les importateurs "professionnels", les "dealers", prirent sous leur coupe l'essentiel du trafic.

La drogue était consommée lors de *grass-party* ou de *high-tea*, assis en tailleur sur des coussins, formant un cercle dans une pièce aux décors souvent orientalistes, parfumée lourdement à l'encens. L'un des assistants prélevait avec respect la dose de haschich requise dans la réserve commune et préparait *shilum* ou *joints*. La préparation circulait de bouche en bouche. Les participants buvaient du thé à petites gorgées, plus exceptionnellement de la bière. Cette tradition hippie de la consommation de cannabis ne sembla donner lieu qu'à de médiocres revendications contre la prohibition, jusqu'au milieu des années 70.

V-4-4-La dépénalisation revendiquée

En 1967, le *Times* accepta de louer une pleine page publicitaire à une association souhaitant montrer que la législation prohibitionniste était "immorale dans son principe et inapplicable dans la pratique". Une large mouvance se dessinait alors aux Etats-Unis visant à obtenir du gouvernement la libéralisation de la culture et de l'utilisation du cannabis. Au début des années 70, une commission proposa sans succès au gouvernement Nixon de dépénaliser l'usage à titre personnel de la drogue. Certains états de la fédération n'ayant toutefois pas suivi cet avis, la consommation de cannabis se développa, les saisies étant multipliées par 20 entre 1972 et 1975. Les Etats-Unis demeurent aujourd'hui l'un des plus gros consommateurs de cannabis au monde.

L'"appel du 18 joints"(Cf page suivante) publié par le quotidien *Libération* en 1976 marqua en France une étape identique dans l'évolution des mentalités. Un grand nombre de signataires médiatiques (Bernard Kouchner, Isabelle Huppert, Jérôme Savary, Edgar Morin, André Glucksman, etc...) reconnurent publiquement consommer du cannabis. Un véritable débat vit le jour, débat qui n'a cependant depuis lors que peu évolué en France, mais a conduit certains autres pays européens à reconsidérer leur position (l'Espagne, l'Allemagne et tout récemment la Belgique).

Loin de se vouloir exhaustif, ce rappel historique retrace l'expansion de l'usage récréatif du cannabis jusqu'à nos jours. Néanmoins, nous devons également mentionner ici que le chanvre indien a fait l'objet de nombreuses recherches et expériences sur son usage médical depuis des siècles pour le traitement de diverses affections. Malgré un passé glorieux et prometteur dans ce domaine, l'usage médical du cannabis déclina progressivement depuis le début du XXème siècle remplacé par des médicaments de synthèse. Il reste encore utilisé en tant que tel dans un nombre très limité de pays comme certains états des Etats-Unis et fait toujours l'objet de recherches.

APPEL DU 18 JOINT

"Cigarettes, pastis, aspirine, café, gros rouge, calmants font partie de notre vie quotidienne. En revanche, un simple "joint" de cannabis (sous ses différentes formes : marijuana, haschisch, kif, huile) peut vous conduire en prison ou chez un psychiatre.

Des dizaines de documents officiels (notamment les Rapports La Guardia aus Etats-Unis, Wootton en Grande-Bretagne, Le Dain au Canada) ont démontré que le cannabis n'engendre aucune dépendance physique, contrairement aux drogues dites "dures", telles que l'héroïne, mais aussi au tabac ou à l'alcool, et n'a aucun effet nocif comparable ("Pas même une bronchite, sauf chez les grands fumeurs", a écrit aux Etats-Unis le directeur de l'Institut national contre l'abus des drogues). Le contenu de ces documents n'a jamais été porté à la connaissance du public français, on a préféré laisser la grande presse mener des campagnes d'intoxication fondées sur des mensonges ineptes.

Dans de nombreux pays déjà : Etats-Unis, Pays-Bas, Canada...la législation sur le cannabis a été considérablement adoucie. En France, on continue d'entretenir la confusion entre drogues dures et drogues douces, gros trafiquants, petits intermédiaires et simples usagers. Cela permet de maintenir et de renforcer une répression de plus en plus lourde ; depuis 1969, la police peut perquisitionner chez n'importe qui, sans mandat, à toute heure du jour et de la nuit, sous prétexte de drogue. Cela permet des arrestations massives de jeunes et des quadrillages policiers. Cela sert à justifier la détention de centaines de personnes, petits revendeurs ou fumeurs de cannabis, quand tout le monde sait que des gros bonnets de l'héroïne sont en liberté. Ces emprisonnements, bien sûr, sont sélectifs et frappent en priorité la jeunesse, surtout la jeunesse ouvrière et les immigrés, particulièrement dans les régions.

Or, des milliers et des milliers de personnes fument du cannabis aujourd'hui en France, dans les journaux, les lycées, les facultés, les bureaux, les usines, les ministères, les casernes, les concerts, les congrès politiques, chez elles, dans la rue. Tout le monde le sait. C'est pour lever ce silence hypocrite que nous déclarons publiquement avoir déjà fumé du cannabis en diverses occasions et avoir, éventuellement, l'intention de récidiver. Nous considérons comme inadmissible toute forme de répression individuelle, soumise à l'arbitraire policier, et entendons soutenir activement tous ceux qui en seraient victimes. Nous demandons que soient prises les mesures suivantes :

- Dépénalisation totale du cannabis, de son usage, sa possession, sa culture (autoproduction) ou son introduction sur le territoire français en quantités de consommation courante.
- Ouverture de centres d'information sur les substances psychotropes, en ordre alphabétique : alcool, cannabis, cocaïne, héroïne, LSD, médicaments, tabac, etc.

Nous n'avons que faire de la légalisation de la marijuana, ni de sa commercialisation. Si des trusts à joints s'en emparent, c'est une question de société. Ce texte n'est pas un appel à la consommation. Il vise seulement à mettre fin à une situation absurde.

2^{ème} PARTIE

ENQUETE SUR LA CONSOMMATION DE PRODUITS TOXIQUES CHEZ LES JEUNES ADULTES : QU'EN EST-IL DANS NOTRE DEPARTEMENT A L'AUBE DU TROISIEME MILLENAIRE ?



A-L'ENQUETE : ASPECTS METHODOLOGIQUES

Le département de la Haute-Vienne n'étant pas épargné par les conduites toxicophiles des lycéens, un projet d'enquête sur la santé et les comportements des jeunes face aux substances psychoactives a été proposé au Rectorat en collaboration avec le centre Bobillot^{*1} de Limoges en Octobre 2000.

Après un examen attentif de la version définitive du questionnaire (Cf. annexe 2), le Comité Académique de la Vie Lycéenne^{*2} (CAVL) a donné son feu vert le 14 Février 2001, au cours d'une réunion à laquelle nous avons participé afin de défendre et de redéfinir les objectifs de notre projet. En revanche, l'enquête a pu débuter dès Janvier 2001, sans condition particulière, au Lycée Agricole des Vaseix, établissement dépendant pour sa part du Ministère de l'Agriculture.

Notre questionnaire s'est intéressé à la consommation des trois principales substances psychoactives que sont l'alcool, le tabac et le cannabis ainsi qu'à l'état de santé des adolescents et à leur consommation de médicaments ; ceci afin d'élargir le champ de l'enquête.

Les objectifs de cette enquête transversale sont les suivants :

- Connaître la prévalence de consommation des différentes substances psychoactives (licites et illicites).
- Identifier les caractéristiques et les facteurs associés à ces pratiques.
- Disposer de quelques indicateurs sur la santé et les conditions de vie en Haute-Vienne.

Plus concrètement :

- Tenter de répertorier les effets recherchés.
- Connaître l'âge de première consommation pour le cannabis.
- S'intéresser aux problèmes liés à la consommation (avec les parents, l'école, la justice).

^{*1} Centre spécialisé de soins aux toxicomanes - 16 avenue Garibaldi - 87000 Limoges.

^{*2} : Le CAVL réuni plusieurs fois par an une délégation de lycéens, de parents d'élèves, de directeurs d'établissement, l'Inspecteur d'Académie, le Médecin du Rectorat... sans oublier Madame la Rectrice.

- Préciser la réalité de la polyconsommation de substances psychoactives.
- Comparer nos résultats à ceux de l'enquête récente ESCAPAD*.

La primeur de cette enquête dans notre département fait de ce travail un outil qui pourrait s'avérer intéressant en terme de prévention et d'information.

I-CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

Le Lycée Agricole des Vaseix, le Lycée Professionnel Labussière, le Lycée Renoir (enseignement général public) et le Lycée St Jean (enseignement général privé), ont été sélectionnés du fait de la diversité des enseignements proposés et du contact pré-existant avec les chefs d'établissement. Au sein de ces quatre lycées, l'enquête s'est déroulée du 15 Février au 12 Avril 2001.

Les classes retenues dans chacun de ses établissements l'ont été sur des critères tout à fait aléatoires par les Conseillers Principaux d'Etablissement (C.P.E.) afin d'organiser au mieux notre intervention parmi les élèves. En effet, les classes n'ont pas fait l'objet d'une sélection en fonction de leur potentialité à consommer des substances psychoactives. Dans chaque établissement, les C.P.E. ont organisé notre intervention, d'une part en sélectionnant des classes de section différente (ex : sections scientifique, littéraire et économique pour les lycées d'enseignement général ; les CAP, BEP et Bac professionnels pour les lycées d'enseignement professionnel), d'autre part en consultant les professeurs, sur leur intérêt pour le projet et sur leur avancement dans leurs programmes respectifs et enfin en essayant de grouper nos heures de passage afin de nous éviter plusieurs déplacements.

L'échantillon testé intégrait la tranche d'âge 15-20 ans, allant des secondes au terminales pour les lycées d'enseignement général mais aussi les CAP et Brevets Professionnels. Nous nous sommes également intéressés aux étudiants de 1^{ère} année de Faculté (1^{ère} inscription) qui intégraient la tranche d'âge.

Afin d'obtenir une information significative, il est apparu nécessaire d'interroger un échantillon suffisamment important. Un peu plus de 1000 enquêtes ont été remplies, chiffre malheureusement limité par une question de temps et de moyens. Dès la rentrée prochaine l'enquête sera poursuivie auprès d'autres établissements de l'enseignement secondaire de la Région.

* Enquête ESCAPAD 2000 : (Enquête sur la Santé et les Comportements lors de l'Appel de Préparation A la Défense) : Enquête transversale auprès de 14 000 adolescents réalisée en mai 2000 par un auto-questionnaire distribué au cours des journées d'appel de préparation à la défense.

II-MISE EN PLACE ET PASSATION DU QUESTIONNAIRE

II-1-Création

La conception du questionnaire ne fut pas la partie la plus aisée de notre travail. N'ayant pas à notre disposition de modèle d'enquête correspondant à nos attentes (peu d'enquêtes existent sur ce thème), nous avons construit pas à pas ce questionnaire ce qui fait son originalité. Toutefois, nous nous sommes inspirés de l'adaptation française de l'Addiction Severity Index (41) notamment pour les questions dites "sensibles" sur les problèmes psychologiques et l'entourage familial. La longueur du questionnaire a été adaptée au temps imparti par classe interrogée, à savoir 1/2 heure. La durée de réponse était approximativement la même que l'on soit consommateur ou pas afin d'éviter que les différences ne soient trop visibles. Nous avons conçu notre questionnaire en trois parties :

- La 1^{ère} partie s'intéresse au milieu de vie des enquêtés, à leur entourage ainsi qu'à leur ressenti vis-à-vis de problèmes qu'ils ont pu rencontrer.
- La 2^{ème} partie concerne la consommation proprement dite du tabac, de l'alcool, de médicaments et du cannabis : la fréquence de l'usage, les modalités et les effets recherchés. Hormis pour les médicaments, les questions sont volontairement identiques pour les trois autres produits afin de faciliter les réponses.
- Enfin, la dernière partie évoque les éventuelles conséquences liées à la consommation de ces différentes substances ; interroge sur le coût hebdomadaire de ces pratiques et sonde l'opinion générale sur la dépénalisation du cannabis.

La version initiale de ce questionnaire a subi plusieurs modifications . La première version de notre enquête était essentiellement orientée vers la consommation de cannabis. Après consultation de l'équipe, nous avons convenu qu'il était préférable (compte-tenu du caractère illicite du cannabis) et aussi plus intéressant d'élargir notre champ d'observation à l'alcool et au tabac. Dans un deuxième temps, le Rectorat a opposé son veto à certaines questions jugées trop "sensibles" comme par exemple une question sur les idées suicidaires et les tentatives de suicides (items présents dans "l'Addiction Severity Index"). Puis certains items se sont révélés difficilement compréhensibles lors de la passation "test" au Lycée des

Vaseix imposant leur remaniement. Enfin, les dernières modifications se sont imposées d'elles-mêmes afin de faciliter leur saisie.

Le questionnaire auto-administré a été retenu comme la solution la plus efficace pour les raisons suivantes :

- le respect de l'anonymat est garanti et bien ressenti par les répondants.
- le coût en terme de temps est faible par rapport aux autres modes de passation comme le face à face par exemple.
- la présence d'un intervenant est possible afin de guider ceux qui auraient des difficultés à répondre.

II-2-Passation : deux modalités

II-2-1-Dans les lycées

Cet auto-questionnaire a été distribué par nos soins classe après classe. Il était à l'avance convenu que la passation de l'enquête se ferait sur une demi heure, prise sur une heure de cours afin de ne pas contraindre les élèves pendant une heure de repos. De même, il était entendu que les professeurs concernés devaient accepter de laisser leur classe à la seule surveillance de l'enquêteur* ce qui permettait d'assurer l'anonymat et de favoriser les échanges.

Dans chaque classe un questionnaire a été distribué à chaque élève. L'enquête a été présentée aux élèves ; l'enquêteur a rappelé les conditions de garantie de l'anonymat, l'intérêt d'une telle étude et l'importance d'obtenir des réponses exactes et fiables.

Le bon accueil et le bon déroulement du test furent encourageant : de nombreuses questions ont été posées. Des précisions ont été apportées sur certaines questions par l'enquêteur au cours de la passation afin de s'assurer du bon remplissage de l'enquête. La passation du questionnaire n'a donné lieu à aucun chahut, les jeunes paraissaient intéressés et semblaient même apprécier que l'on s'occupe de leur santé. Ils ont été particulièrement sensibles à la garantie de l'anonymat.

* J'ai moi-même tenu ce rôle dans chacune des classes testées.

Il ressort de cette expérience que les élèves furent plus gênés par les questions sur les troubles psychologiques que par celles sur les consommations de substances psychoactives qui, bien qu'illicites, ne semblaient pas leur poser de problèmes de déclaration.

II-2-2-A la Médecine Préventive

Afin de sonder les étudiants intégrant la tranche d'âge 15-20 ans, leur visite annuelle à la Médecine Préventive, nous a paru être l'occasion idéale. Pour ce faire, nous avons rencontré les infirmières concernées pour définir ensemble le mode de passation du questionnaire. Nous avons convenu que le questionnaire s'adresserait uniquement aux étudiants de 1^{ère} année, 1^{ère} inscription. Devant l'intérêt porté au sujet de l'enquête et l'enthousiasme manifesté par l'équipe de la Médecine Préventive, nous n'avons pas rencontré de difficultés pour mener à bien notre enquête. Ainsi, 315 questionnaires ont été distribués puis recueillis par les infirmières. Les étudiants ont rempli seuls les questionnaires, dans la salle d'attente, avant leur visite médicale. Les infirmières présentes ont servi de relais pour d'éventuelles explications mais contrairement aux lycéens, les étudiants n'ont pas bénéficié des précisions amenées par l'enquêteur sur les questions pouvant prêter à confusion comme celles sur les problèmes psychologiques. Au final 306 questionnaires ont pu être exploités (202 filles pour 104 garçons).

III-FILTRAGE DES DONNEES ET RECODAGE

A l'adolescence, les consommations de produits psychoactifs connaissent de fortes variations selon l'âge et le sexe. Pour cette raison, les questionnaires pour lesquels le sexe et l'âge n'étaient pas renseignés ont été écartés, de même que les enquêtés âgés de moins de 15 ans et ceux de plus de 20 ans. Egalement ont été éliminés les questionnaires à peine remplis ; au total une vingtaine d'enquêtes ont été ainsi écartées soit 1,8 %.

Pour le recodage des non-réponses ou des incohérences relatives à l'usage de substances psychoactives, les règles suivantes ont été suivies.

D'abord pour les non-réponses :

- Si un individu répond aux questions sur les modes de consommation mais ne répond pas à celle sur l'usage au cours de la vie, cette non-réponse est recodée en usage déclaré. *Ex : Si le sujet ne répond pas à la question 18 "Fumez-vous du Tabac ?" mais répond "entre amis" à la question 20, le sujet est considéré fumeur.*
- Si un individu ne répond pas à la question sur l'usage du cannabis au cours de sa vie, mais indique un âge de première consommation, cette non-réponse est recodée en usage déclaré. (Cf. question 34)
- Si un individu déclare ne jamais avoir consommé un produit au cours de sa vie, puis ne répond pas aux questions sur les modalités d'usages, ces non-réponses sont recodées en non-consommation. *Ex : si le sujet répond "non" à la question 18 "Fumez-vous du Tabac ?" et ne répond pas aux questions 19-20 et 21, le sujet est considéré comme non fumeur.*

Ensuite pour les incohérences :

- Si un individu déclare s'être senti perturbé dans les 30 derniers jours par sa consommation de produits psychoactifs mais ne pas en avoir consommé au cours de sa vie, cette incohérence est recodée en usage déclaré. *Ex : si le sujet déclare s'être senti perturbé par sa consommation de cannabis au cours des 30 derniers jours à la question 40 mais répond "non" à la question 34 "Avez-vous déjà consommé du cannabis" c'est une incohérence et le sujet est considéré comme consommateur de cannabis.*
- Si un individu déclare ne jamais avoir pris de cannabis au cours de sa vie, mais indique un âge de première consommation, cette incohérence est recodée en usage déclaré. *Ex : si le sujet répond "non" à la question "Avez-vous déjà consommé du cannabis" mais déclare avoir eu sa 1^{ère} expérience avec le cannabis à 15 ans par exemple, cette incohérence classe le sujet en consommateur.*

Ces recodages systématiques sont devenus usuels dans de nombreuses enquêtes.

IV-CONTRIBUTION

Font partis du groupe de travail pour l'élaboration du questionnaire : La Fédération de Soins aux Toxicomanes :

- D^f LOMBERTIE Emile-Roger : Praticien Hospitalier - Psychiatre - Chef de Service.
- D^f VILLEGIER Pierre : Praticien Hospitalier Psychiatre.
- Dr CHEVALIER Catherine : Faisant Fonction de Praticien Hospitalier.
- D^f MOREAU Dominique : Médecin Généraliste attaché.
- D^f CLEMENT Bernadette : Assistante Généraliste.
- Mme CHANTEGROS Liliane : Surveillante.
- Mme MERCIER Gervaise : Infirmière.
- Mr SALVETTI J. Marcel : Infirmier.
- Mme LAFON Sylvie : Assistante Sociale.
- Mme DUCOURET Sylvie : Secrétaire, pour la conception graphique du questionnaire.
- Mme TALLET M. Agnès : Secrétaire, pour son travail de saisie, de recodage et d'analyse des questions ouvertes.

Sont également remerciés :

- Les jeunes qui ont accepté de nous livrer leurs réponses.
- Mme KERJAN, Rectrice de la Haute-Vienne.
- Mr LORNIER, Inspecteur d'Académie de la Haute-Vienne.
- Mr NOUAILLES : Président de l'Université de Limoges.
- Mme le D^f GROUILLE : Médecin du Rectorat de la Haute-Vienne.
- Mme MASONI : Infirmière du Rectorat de la Haute-Vienne.
- L'ensemble des participants au Comité Académique de Vie Lycéenne.
- Mr BRIEN : Proviseur du Lycée Renoir et son équipe.
- Mme RUTALI : Proviseur du Lycée Labussière et son équipe.
- Mr PETIT et Mme TOUS : Directeur et Directrice adjointe du Lycée St Jean et leur équipe.
- Mr WEINZAEPFEL et Mme FOURCHE : respectivement Directeur et Infirmière du Lycée les Vaseix.
- Mesdames LAIR, MATHURIN et AGARD : Infirmières de la Médecine Préventive de l'Université de Limoges.

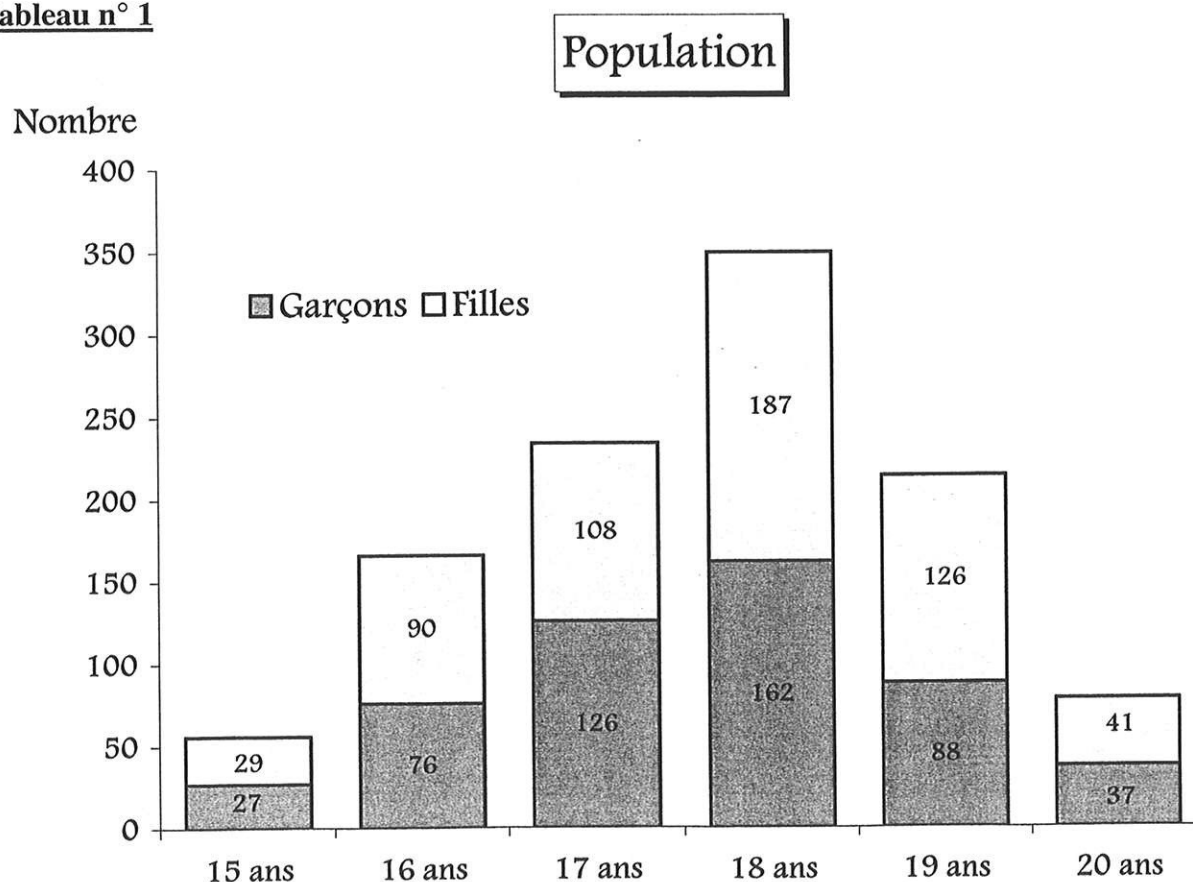
B-LES RESULTATS DE L'ENQUETE

Notre enquête a testé 1117 jeunes au total. Quinze questionnaires ont été retirés car l'âge donné était supérieur à 20 ans, et plus rarement inférieur à 15 ans. Cinq ont été éliminés car incomplets. Au final 1097 enquêtes ont pu être saisies.

I-PROFILS DES JEUNES INTERROGES

La moyenne d'âge des 1097 jeunes testés est de 17,6 ans (écart type = 1,28) dont 53 % de filles et 47 % de garçons (la moyenne d'âge est identique pour les garçons et les filles). Notons néanmoins une nette majorité d'enquêtés âgés de 18 ans.

Tableau n° 1



* Répartition de notre population en fonction de l'âge.

I-1-Les situations scolaires et familiales

La moitié des filles sont scolarisées dans l'enseignement général, 35 % d'entre elles en première année de Faculté et 15 % dans l'enseignement technique ou professionnel.

Parmi les garçons, 45 % sont scolarisés dans l'enseignement général, 20 % en première année de Faculté et 35 % dans l'enseignement technique ou professionnel. Notons que les garçons sont plus nombreux à être scolarisés dans l'enseignement professionnel ou technique (cette remarque est à pondérer en fonction de l'âge).

Seulement 11,85 % déclare avoir un travail en plus de leur scolarisation.

62,45 % des enquêtés vivent en milieu rural ou semi-rural pour 37,10 % en milieu urbain.

En ce qui concerne leur vie de famille, 80,49 % d'entre eux déclarent avoir au moins 1 frère ou 1 sœur dont 12,49 % appartiennent à une famille de plus de 3 enfants. Le pourcentage de familles recomposées avec l'existence d'au moins 1 demi-frère ou 1 demi-sœur s'élève à 13,75 %.

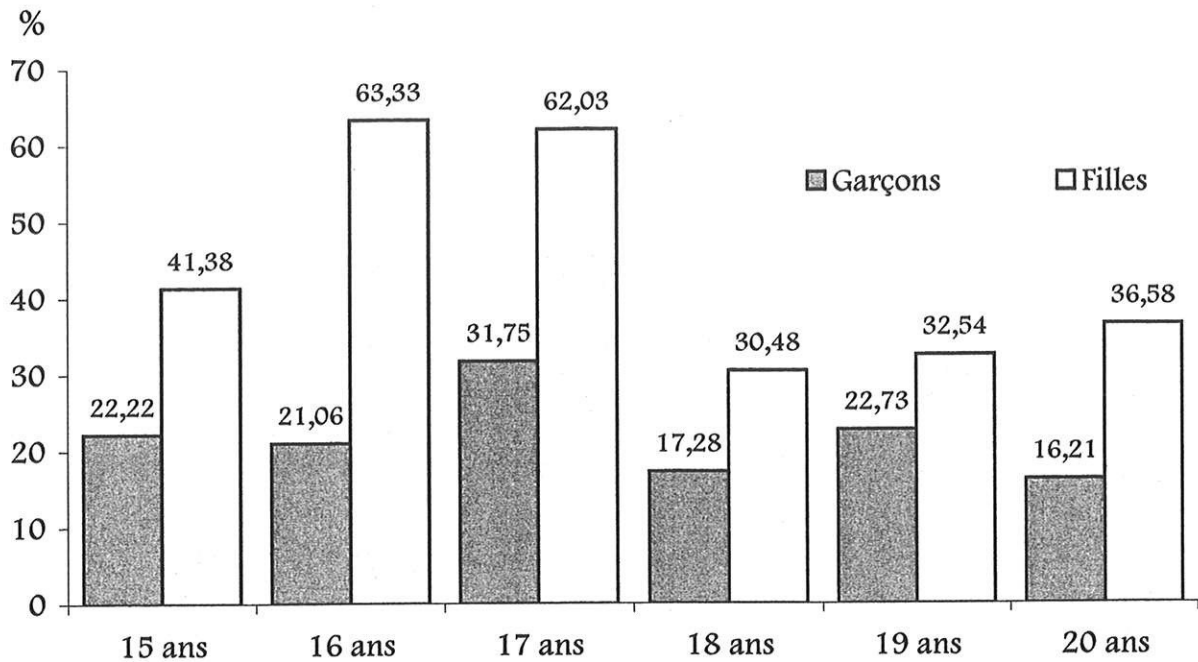
Les difficultés de saisie n'ont pas permis d'exploiter la profession des parents.

Si les garçons comme les filles passent la plupart de leur temps libre avec leurs amis respectivement 55,43 % et 44,75 % ; les filles pour 25,47 % d'entre-elles partagent également ce temps libre avec leur famille ce qui est le cas pour 20,54 % des garçons.

I-2-Signes de malaises psychologiques

La question sur les problèmes psychologiques ressentis au cours des trente derniers jours a semble-t-il gêné les enquêtés puisque nous retrouvons un pourcentage important de non-réponses avec 9,61 % chez les garçons et 10,19 % chez les filles. Pourtant de nombreuses questions ont été posées à ce sujet dans les classes sur ce que nous entendions par problèmes psychologiques. Nous les avons alors orienté vers le stress, l'anxiété et la "déprime". Néanmoins il ressort sans surprise dans notre enquête que quel que soit l'âge, les filles sont deux fois plus nombreuses que les garçons à déclarer avoir éprouvé des problèmes psychologiques au cours des trente derniers jours ; les pourcentages s'élèvent à plus de 60 % chez les filles de 16 et 17 ans.

Tableau n° 2 Pourcentages de jeunes ayant éprouvé des problèmes psychologiques au cours des 30 derniers jours



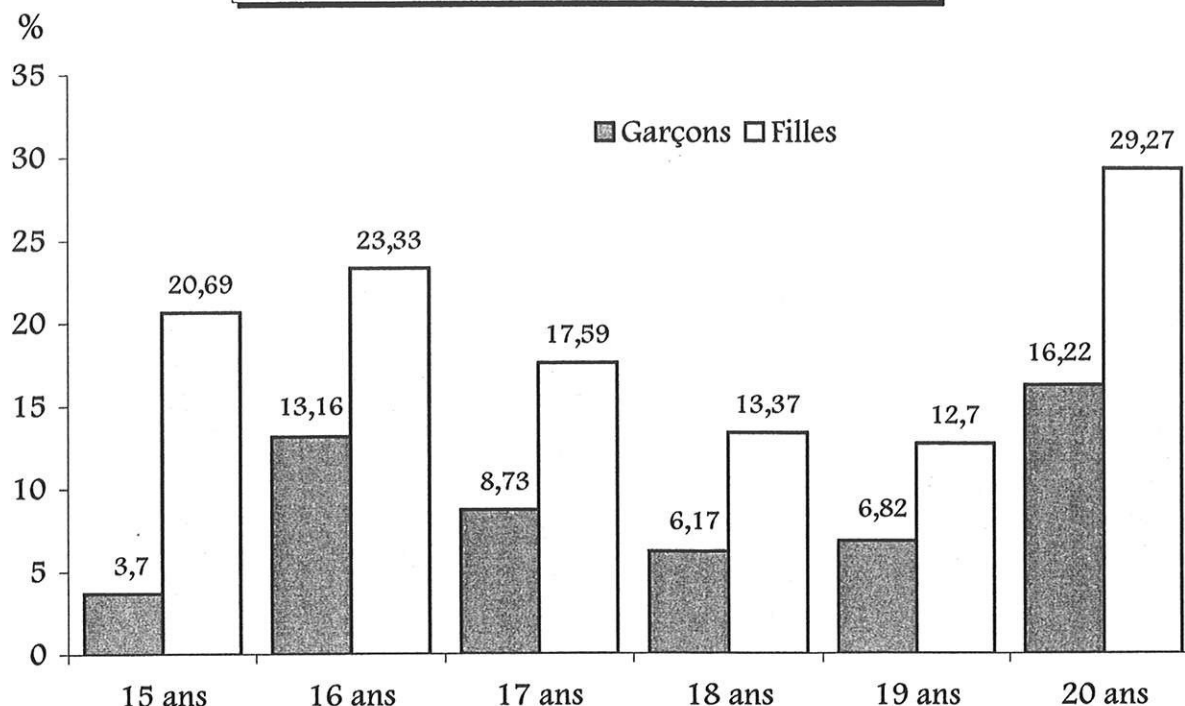
* Taux de non réponses élevés: 9,61 % chez les garçons et 10,19 % chez les filles

Précisons que la nature des problèmes psychologiques éprouvés n'a pas été détaillée hors nous savons que les filles et les garçons n'ont pas le même ressenti vis-à-vis du même problème. Un événement ou une situation jugée sans importance chez le garçon peut être mal vécue par une fille. Cette différence se retrouve également entre chaque individu du même sexe ce qui demande une interprétation prudente des résultats précédents.

Toutefois, il existe une corrélation avec les pourcentages obtenus à la question sur les traitements pour les problèmes psychologiques. Ainsi, les filles sont majoritairement plus nombreuses que les garçons à avoir été traitées pour des problèmes psychologiques.

Tableau n° 3

Pourcentages de jeunes ayant été traités
pour des problèmes psychologiques



Contrairement à la question sur les problèmes psychologiques éprouvés, cette question n'a donné lieu à aucune non-réponse. En revanche, les enquêtés n'ont pas souhaité amener de précisions quant à la nature et à la durée du traitement.

Il est intéressant de noter ici que 10 % des jeunes interrogés sont traités pour une maladie chronique. La définition de la maladie chronique ainsi que des exemples comme l'asthme, le diabète, l'allergie, ont été donnés pendant la passation du questionnaire dans les classes. Nous pouvons penser que cette population est plus encline à éprouver des problèmes psychologiques.

Enfin, nous nous sommes intéressés aux problèmes psychologiques et/ou de consommations de l'entourage familial de nos enquêtés. Sinon réel, du moins considéré comme tel par les jeunes interrogés, ce contexte familiale est potentiellement générateur de problèmes psychologiques pour eux-mêmes. Nos résultats à ce sujet semblent inquiétants puisque chez 27,71 % des garçons et chez 41,48 % des filles, un ou des membres de leur famille ont des difficultés que les enquêtés qualifient d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologiques. La nature des difficultés et le membre de la famille concerné n'a été précisé que par un nombre infime d'entre-eux.

II-LES USAGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS

Les substances psychoactives se définissent comme des produits qui modifient l'activité mentale, les sensations, le comportement. Leur usage expose à des risques, à des dangers pour la santé et peut entraîner des conséquences sociales dans la vie quotidienne. Leur usage peut en outre engendrer une dépendance. Elles provoquent également des effets somatiques d'une grande diversité selon les propriétés de chacune, leurs effets et leur nocivité.

Dans ce qui suit figurent les résultats par sexe et âge, puis, lorsque c'est possible, quelques comparaisons avec l'enquête ESCAPAD^{*1} 2000 (7). Dans ce cas, la comparaison sera faite sur la population âgée de 17 ans pour les filles et 17 à 19 ans pour les garçons, seule population commune aux deux enquêtes. Les différences de méthodes de recueil des données entre ces deux enquêtes recommandent de manipuler ces comparaisons avec prudence. En effet, un certain nombre d'études ont mis en évidence l'influence des choix méthodologiques de recueil et de passation.

Notons que l'interrogation en milieu scolaire au sein des classes peut avoir donné lieu à des sur-déclarations de la consommation de produits psychoactifs, surtout chez les garçons, qui trouvent ainsi l'occasion de se valoriser.

II-1-Consommation de tabac

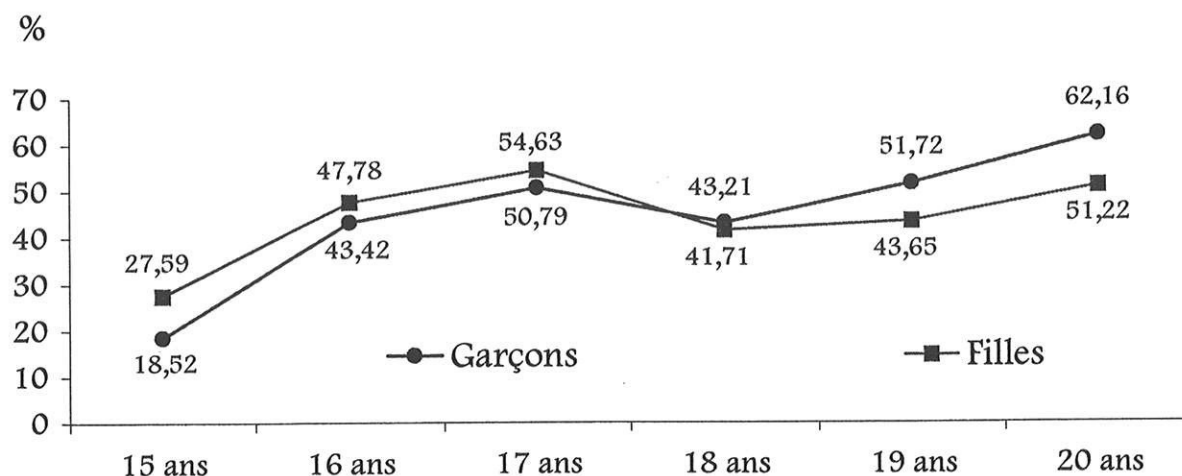
Sur la population générale des jeunes interrogés, 46,03 % se déclarent fumeurs toutes catégories confondues comprenant les fumeurs réguliers^{*2}, les fumeurs occasionnels, et ceux ayant seulement expérimenté le tabac ou ceux ayant arrêté. Ainsi, nous retrouvons 48 % de garçons pour 52 % de filles. Si on détaille par âge, on constate qu'il y a un plus grand nombre de filles consommatrices de tabac de 15 à 17 ans alors que la tendance s'inverse chez les 18-20 ans où ce sont les garçons qui fument en majorité.

^{*1} Enquête ESCAPAD 2000 : Enquête transversale auprès de 14 000 adolescents réalisée en mai 2000 par un auto-questionnaire distribué au cours des journées d'appel de préparation à la défense.

^{*2} Le fumeur régulier se définit comme une personne fumant au moins 1 cigarette/jour.

Consommation de tabac

Tableau n° 4

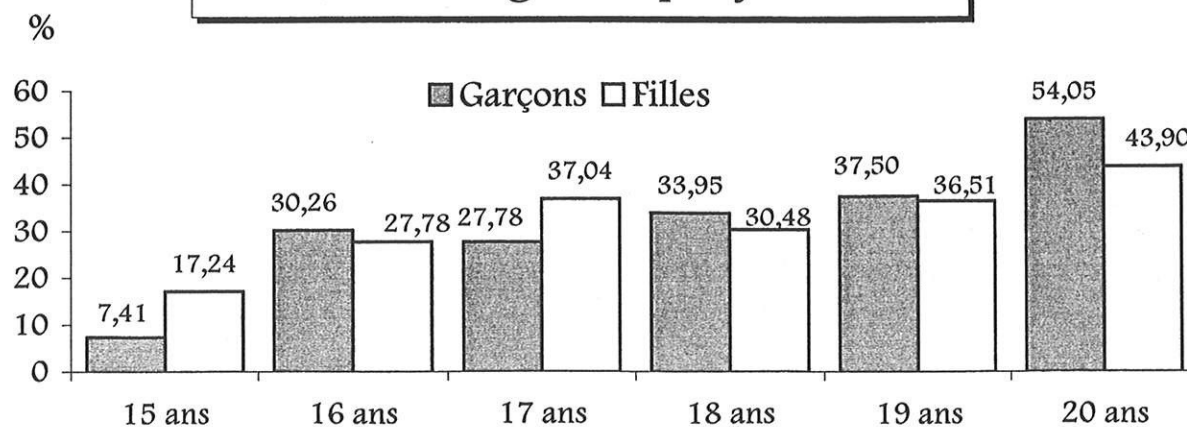


Cette tendance se retrouve dans d'autres enquêtes comme ESPAD 99 (6) et ESCAPAD 2000 (7). Nous pouvons donc penser que chez les garçons, l'âge de début de la consommation est plus tardif.

Parmi les fumeurs, 71 % se considèrent comme fumeurs réguliers*¹ sans distinction de sexe ni d'âge. Il n'existe pas de différence significative entre les profils des fumeuses et des fumeurs réguliers selon le nombre moyen de cigarettes fumées quotidiennement. Chez les garçons, en revanche, on note une tendance à l'intensification de la consommation avec l'âge. En effet parmi les garçons de 15 ans déclarés fumeurs 7,41 % se considèrent fumeurs réguliers ; à 20 ans ils sont 54,05 %. Cette tendance existe aussi chez les filles mais est moins importante.

Tableau n° 5

Consommation de Tabac-Usage répété (au ~ 1 cigarette par jour)



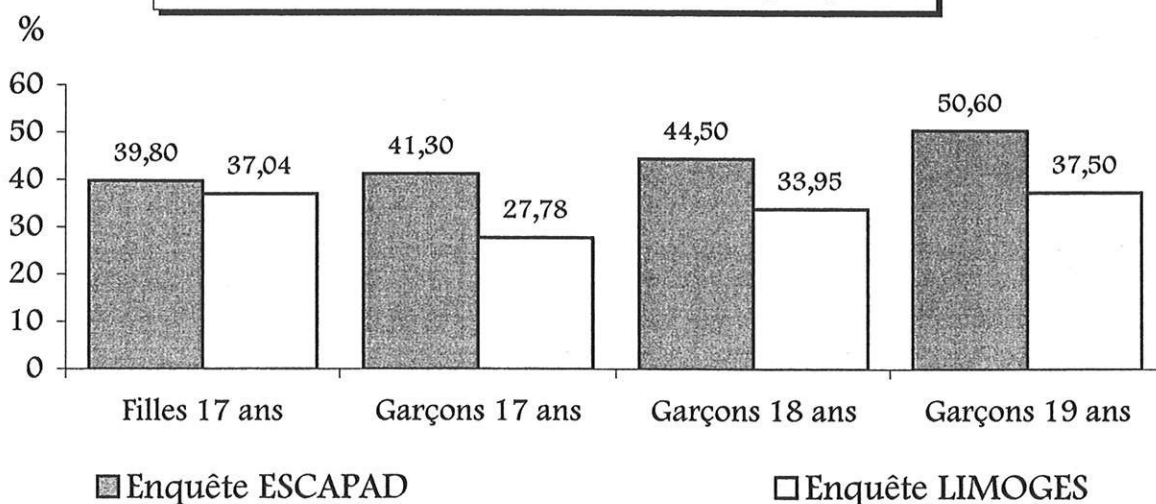
*¹ Le fumeur régulier se définit comme une personne fumant au moins 1 cigarette/jour.

Y compris pour les consommations occasionnelles, il n'existe pas de différence significative entre les comportements des filles et des garçons de 17 ans vis-à-vis du tabac. Cela confirme les résultats d'études récentes qui montrent que **la consommation de tabac chez les jeunes filles, bien que plus précoce, est devenue semblable à celle des garçons, en fréquence et en intensité** (Baromètre santé jeunes 1997, ESPAD 1999) (2 ; 6).

Nous avons comparé nos résultats à ceux de l'enquête ESCAPAD 2000 sur la proportion de fumeurs réguliers, seul item correspondant en tout point.

Tableau n° 6

**Consommation de tabac
Usage quotidien (au ~ 1 cigarette par jour)**



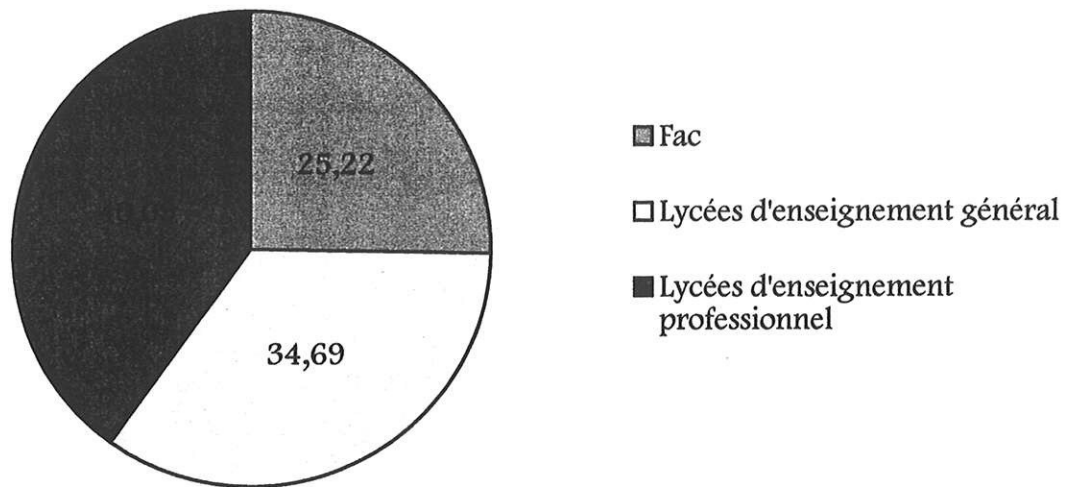
Quels que soient l'âge et le sexe, les jeunes enquêtés de Limoges se déclarent moins fumeurs quotidiens que ceux d'ESCAPAD. La différence entre les deux enquêtes est non significative chez les filles, plus importante chez les garçons. Cette différence pourrait provenir de la méthode d'enquête.

Le tabac se consomme seul et entre amis, dans la journée et en soirée. Il n'existe pas de différence significative entre ces différents modes de consommation quels que soient l'âge et le sexe. De même qu'une grande majorité des jeunes enquêtés s'accordent sur le terme "Destress" afin de définir l'effet recherché par leur consommation de tabac.

Enfin, nous constatons dans cette étude un pourcentage de consommateurs de tabac plus important dans les lycées d'enseignement professionnel que dans les lycées d'enseignement général ou en 1^{ère} année de Faculté.

Tableau n° 7

| |
|---|
| Consommation de Tabac par types d'établissements Total général |
|---|



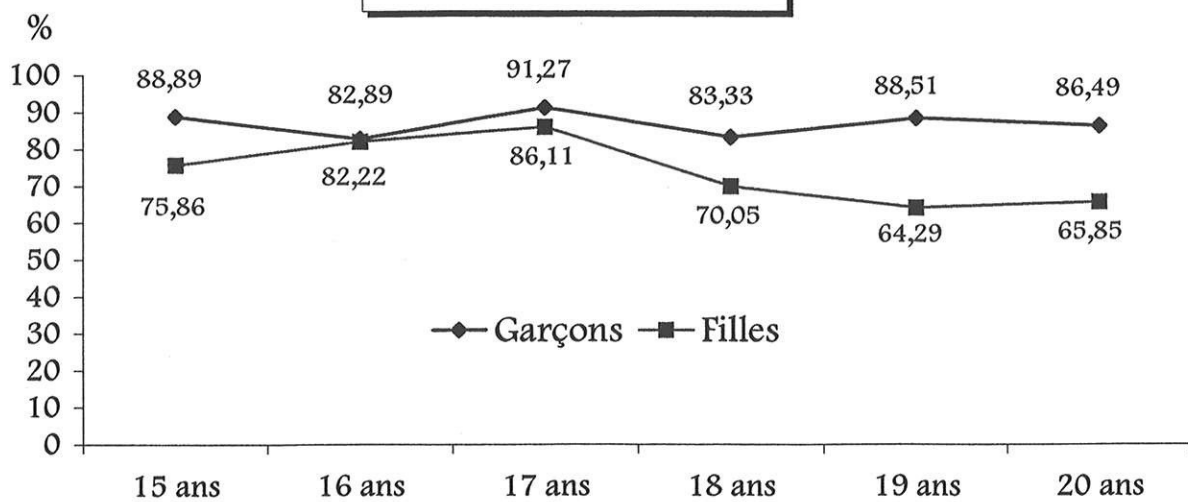
II-2-Consommation d'alcool

Avec les données d'enquête, il est possible de mieux cerner et de différencier les comportements de consommation. Cependant, la diversité des boissons alcoolisées rend l'observation assez difficile. La notion de verre d'alcool bu est très subjective et peut correspondre à des quantités d'alcool pur très variables. Il ne faut pas perdre de vue également que les données fournies ne reflètent que les déclarations des jeunes interrogés. Aux difficultés de mémorisation de consommations passées s'ajoutent les effets des représentations de l'alcool et de l'alcoolisme sur les déclarations. Consciemment ou inconsciemment, les jeunes interrogés sont susceptibles de minimiser ou de majorer leur consommation surtout en milieu scolaire parmi les camarades de classe.

Les différences entre les sexes sont plus marquées pour la consommation d'alcool que pour celle de tabac. On constate que 86,63 % des garçons interrogés se déclarent consommateurs d'alcool toutes catégories confondues (consommation régulière, occasionnelle ou expérimentation) pour 73,67 % des filles.

Quel que soit l'âge, les filles sont moins consommatrices d'alcool que les garçons.

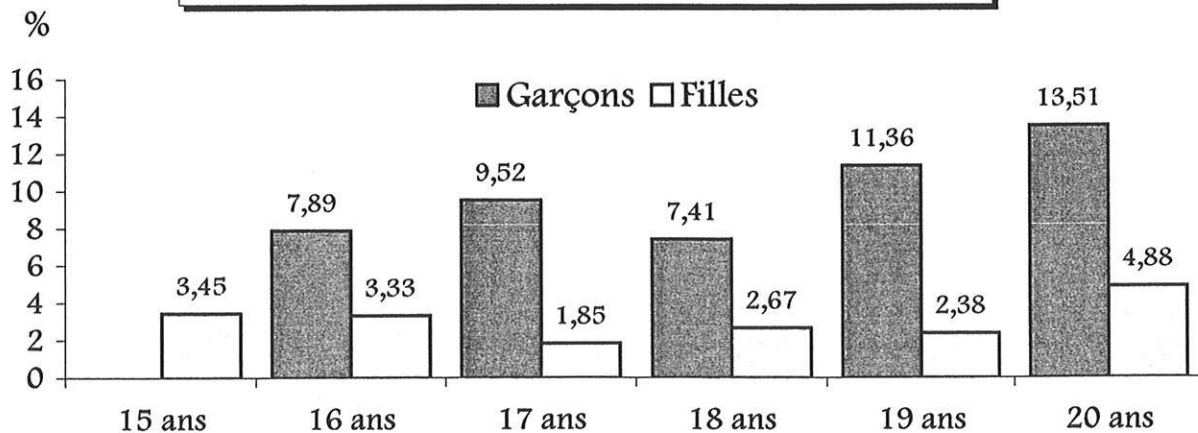
Tableau n° 8



Parmi les consommateurs, une majorité se considère consommateurs occasionnels : c'est le cas pour 89,71 % des garçons et 96,03 % des filles. Si une grande majorité des adolescents a bu au moins une fois de l'alcool dans sa vie, la consommation régulière* est plus masculine, et ce d'autant que la fréquence de consommation observée est élevée.

Tableau n° 9

**Consommation d'Alcool-Usage répété
(au ~ 10 fois au cours du dernier mois)**



Notons que 10 % des garçons et 3,73 % des filles, consommateurs déclarés boivent de l'alcool "plusieurs fois par jour" ou "presque chaque jour" et **45,10 % des garçons et 34,35 % des filles déclarent consommer de l'alcool "une fois par semaine"**, des chiffres toutefois inquiétants.

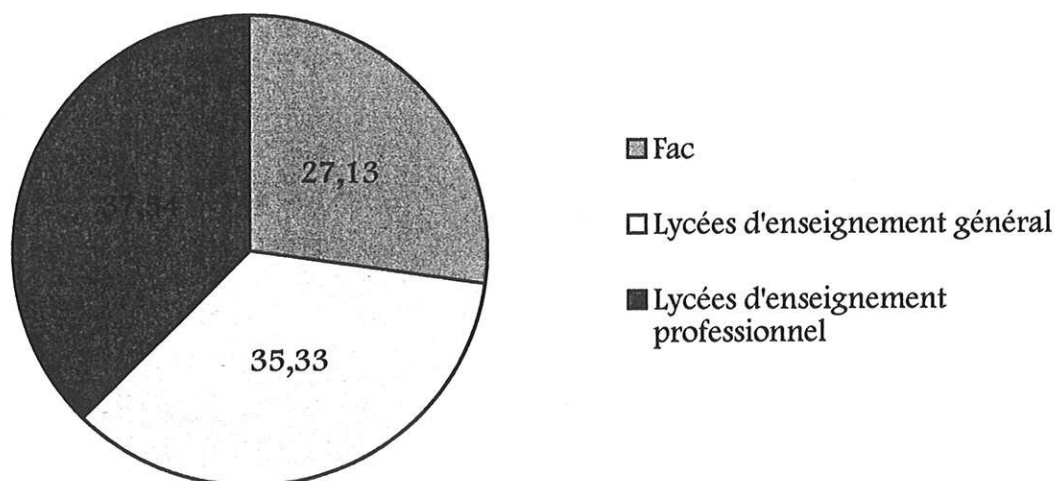
* Le consommateur régulier d'alcool se définit comme une personne buvant de l'alcool au moins 10 fois au cours du dernier mois.

L'alcool se consomme "entre amis" pour 80 % des jeunes interrogés et "seulement en soirée" pour 52 % d'entre-eux. Ce mode de consommation est identique pour les filles et les garçons mais en revanche, les garçons modifient leur comportement vis-à-vis de l'alcool avec l'âge puisque qu'il sont 33,33 % à 15 ans à consommer de l'alcool "seulement en soirée" et 62,5 % à 20 ans ; la consommation "dans la journée" tendant à diminuer proportionnellement. Avec l'âge, la consommation d'alcool évolue vers un mode festif et convivial, la "convivialité" étant le terme majoritairement employé par nos enquêtés pour qualifier l'effet recherché par le biais de leur consommation.

Comme pour le tabac, nous remarquons que les pourcentages de consommateurs diffèrent en fonction de l'enseignement dispensé. En effet, les jeunes scolarisés en lycées professionnels sont plus nombreux à déclarer une consommation d'alcool. Cette différence peut tenir du fait ,entre autres interprétations,que les filles moins consommatrices sont aussi deux fois moins nombreuses en lycée professionnel.

Tableau n° 10

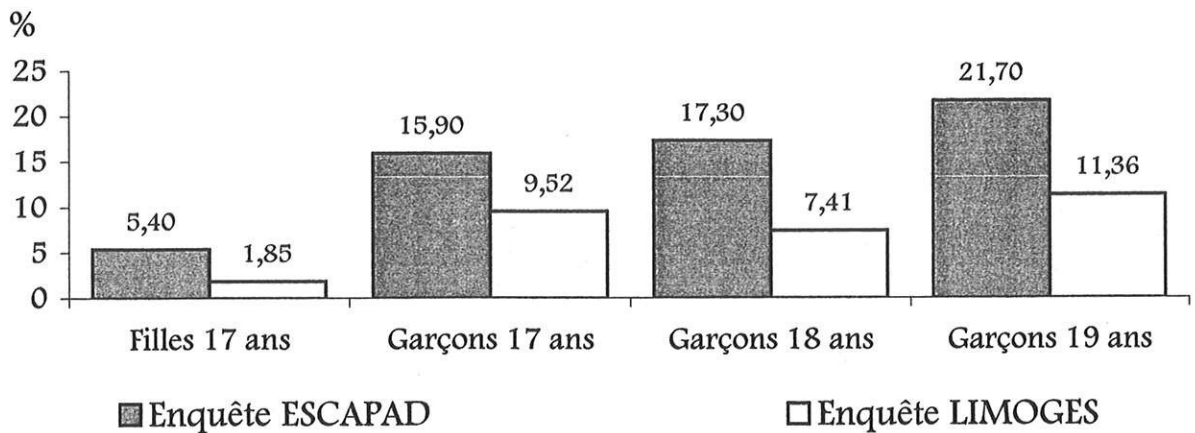
**Consommation d'Alcool par types d'établissements
Total général**



La différence entre les sexes qui apparaît dans notre enquête se retrouve naturellement dans l'enquête ESCAPAD 2000 (filles et garçons de 17 ans). Néanmoins les jeunes interrogés dans notre enquête sont moins nombreux à déclarer avoir consommé de l'alcool au moins 10 fois au cours du dernier mois.

Tableau n° 11

Consommation d'alcool
Usage répété (au ~ 10 fois au cours du dernier mois)



On peut avancer l'idée que la différence relativement importante entre les deux enquêtes vient du fait que les jeunes de Limoges ont été interrogés en milieu scolaire. Bien que remplissant individuellement et de façon anonyme leur questionnaire, ils ont pu être réticents à avouer une consommation qui n'est pas socialement valorisée ni valorisante.

L'alcool est le produit psychoactif le plus ancré dans notre culture et dans les pratiques de consommation. C'est le plus fréquemment expérimenté et consommé de manière occasionnelle. L'alcool précède la cigarette dans l'ordre chronologique d'expérimentation (34): il est ainsi probable que la consommation dans le cadre familial et sous la surveillance des parents soit une expérience précoce reconnue par les individus. Retenons toutefois que dans toutes les enquêtes françaises, la consommation déclarée est inférieure de 25 à 50 % aux quantités vendues par habitant. (51)

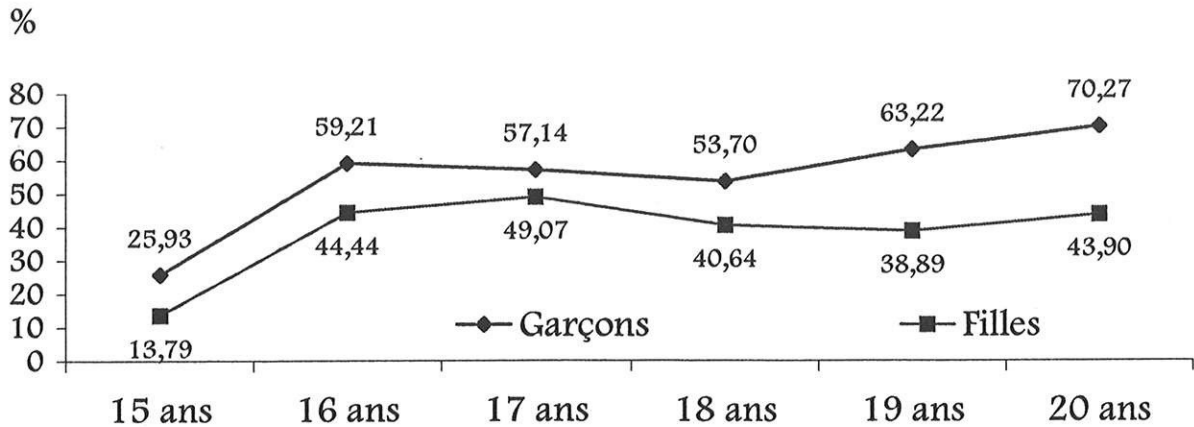
II-3-Consommation de cannabis

Cette enquête, basée sur des déclarations, se heurte à plusieurs difficultés. S'agissant d'un produit illicite, on peut penser que les réponses ne sont pas toutes sincères et qu'elles sont influencées par la plus ou moins grande acceptabilité sociale de la consommation de cannabis. Notons néanmoins que la question sur la réalité ou non d'une consommation de cannabis (au moins une fois dans sa vie) n'a donné lieu à aucune non-réponse. Les jeunes interrogés ont volontiers joué le jeu et **48,59 % d'entre eux tous sexes confondus avouent avoir consommé au moins une fois dans leur vie du cannabis.**

Comme pour l'alcool, les garçons semblent être plus nombreux à consommer du cannabis que les filles avec 56,78 % contre 41,31 %. Cette tendance se retrouve quel que soit l'âge.

Tableau n° 12

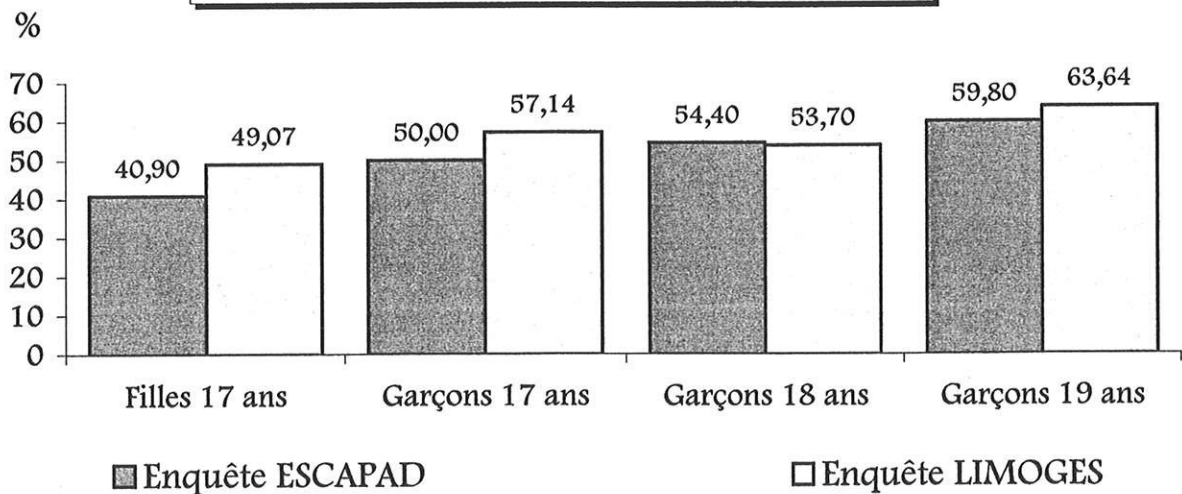
Consommation de cannabis au moins 1 fois dans la vie



Si nous comparons ces mêmes pourcentages avec ceux de l'enquête ESCAPAD, nous constatons que contrairement au tabac et à l'alcool les jeunes de Limoges sont plus nombreux à déclarer avoir consommé au moins une fois dans leur vie du cannabis

Tableau n° 13

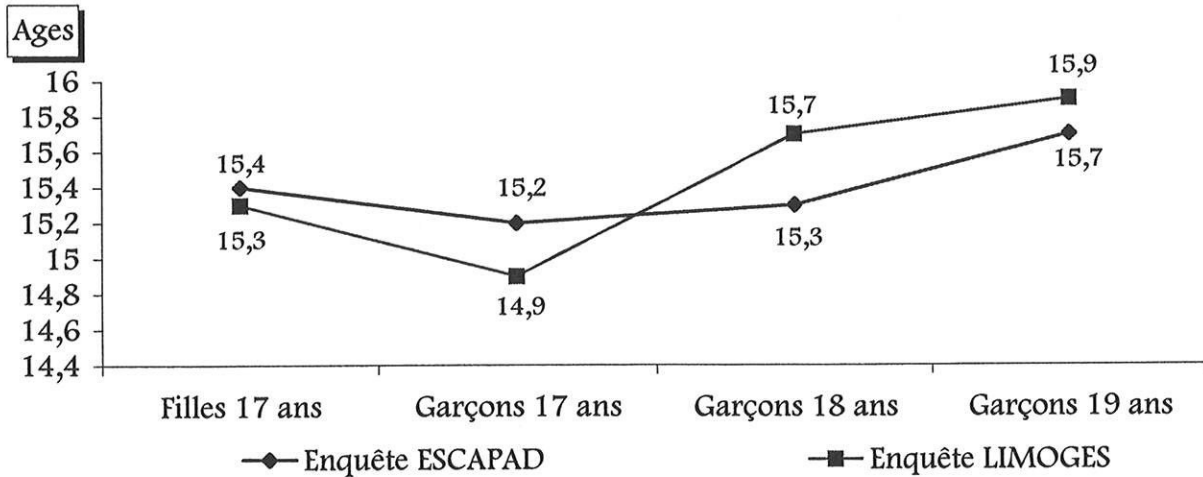
Consommation de cannabis Expérimentation (au ~ 1 fois dans la vie)



En revanche, l'âge de première expérimentation est équivalente dans les deux enquêtes avec un âge moyen de 15,4 ans et on ne note pas de différence significative en fonction du sexe (Cf. tableau 14). En outre, l'âge moyen d'expérimentation déclaré par les garçons est plus élevé chez les générations plus anciennes, mais on ne peut en conclure que les individus plus jeunes expérimentent aujourd'hui plus tôt que leurs aînés. Parmi les individus de 19 ans, certains ont en effet expérimenté à 18 ou 19 ans, ce qui est impossible pour un individu de 17 ou 18 ans : la moyenne de la génération des 19 ans sera donc mécaniquement plus élevée.

Tableau n° 14

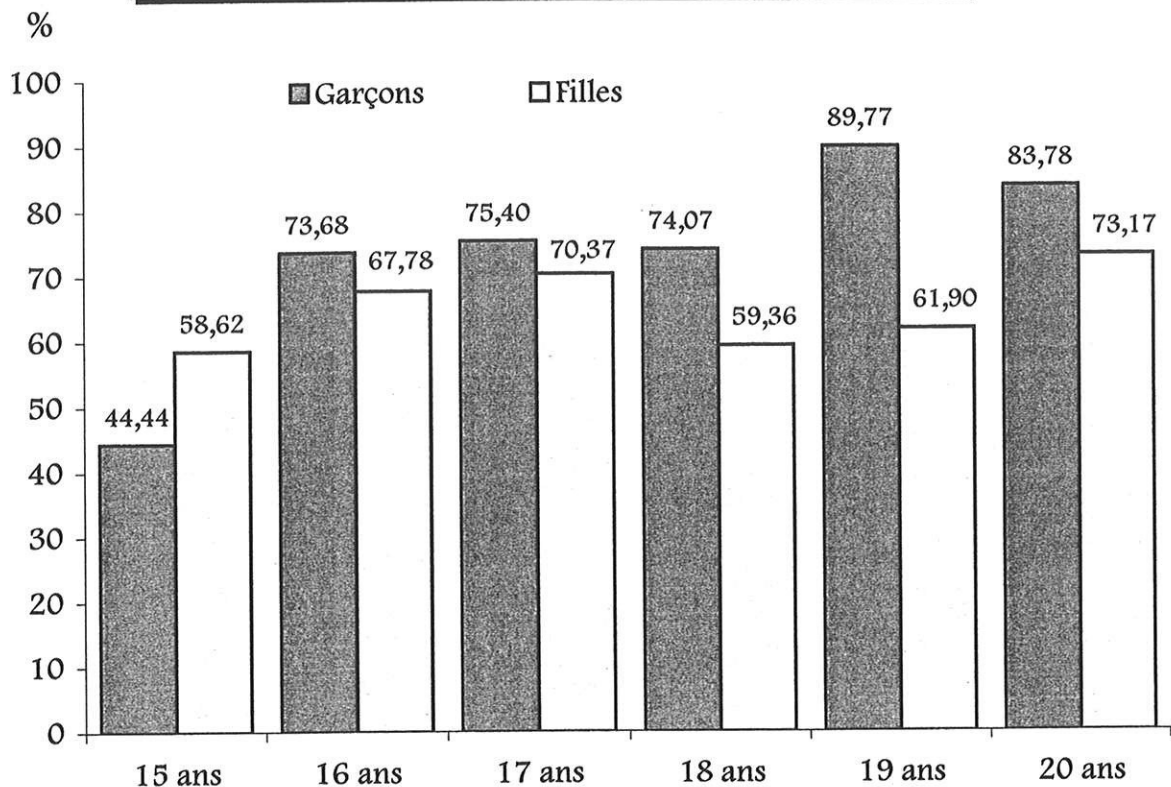
Consommation de Cannabis Age moyen de la 1ère expérimentation



L'âge normal d'entrée en seconde étant de quinze ans, on peut considérer que l'initiation au cannabis se fait essentiellement au lycée. Cet âge moyen d'expérimentation se retrouve dans la plupart des enquêtes. Dans l'enquête ESCAPAD, on constate un âge moyen d'expérimentation pour l'alcool et le tabac bien plus précoce que celui de l'initiation au cannabis, en moyenne 13,4 ans. Ceci peut expliquer, outre l'initiation familiale pour l'alcool, par une plus grande accessibilité de l'alcool et du tabac à cet âge. Pourtant, l'accès au cannabis semble aisé puisque celui-ci a été déjà proposé à près de 70 % des jeunes interrogés. Mis à part pour les jeunes âgés de 15 ans, les propositions sont plus fréquemment adressées aux garçons qu'aux filles (73,5 % contre 65,2 %), offres plus souvent acceptées par les garçons (Cf. tableau 12).

Tableau n° 15

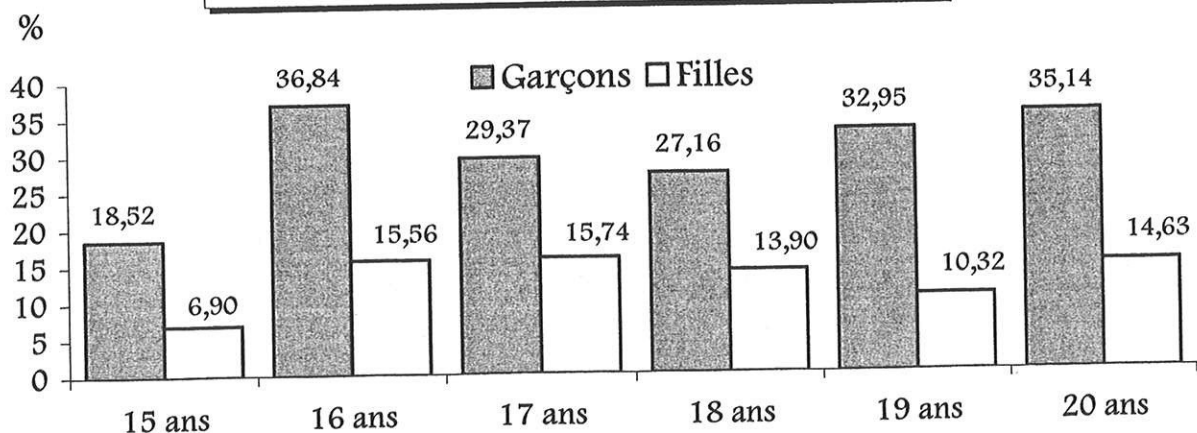
Pourcentages de jeunes à qui on a déjà proposé du Cannabis



Si les filles ont tendance à se limiter à l'expérimentation du produit et à ne pas réitérer leur consommation (23,75 % des consommatrices déclarées ont fumé une seule fois du cannabis), les garçons en revanche ont un risque relatif d'usage répété très supérieur. Ainsi, pour préciser et afin de mieux comprendre les pourcentages impressionnants du tableau 12 notons que, parmi les consommateurs déclarés de cannabis, 73,04 % des garçons et 58,33 % des filles reconnaissent continuer à fumer et 20,48 % des garçons pour 5,83 % des filles considèrent leur consommation de cannabis comme régulière*.

Tableau n° 16

Consommation de Cannabis Usage répété (au ~ 10 fois dans l'année)



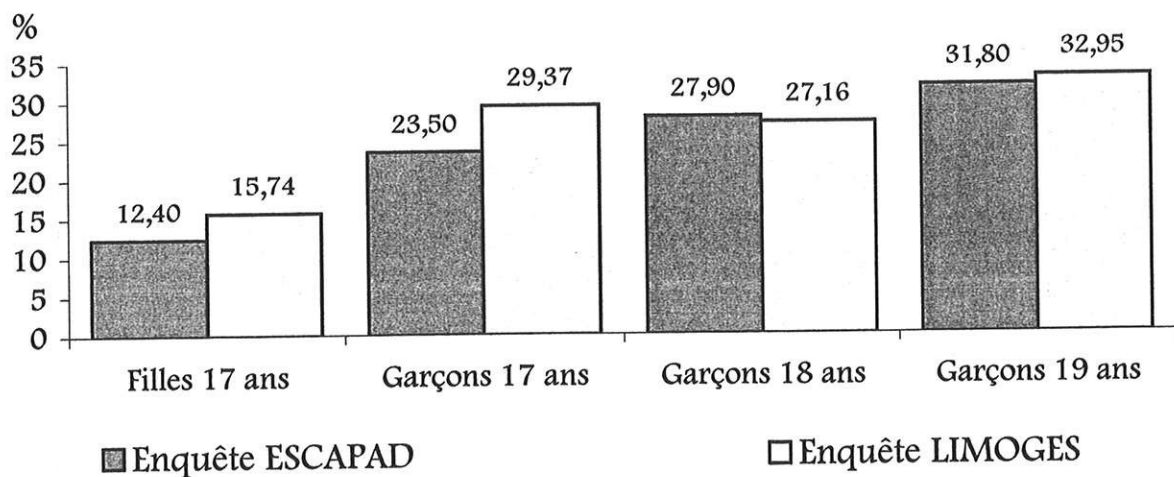
* L'usage répété de cannabis se définit par une consommation de cannabis supérieure ou égale à 10 fois dans l'année.

Notons toutefois, que jusqu'à 17 ans, les populations de consommateurs de cannabis au cours de la vie et au cours des douze derniers mois se recourent en grande partie. Par la suite, les consommateurs occasionnels ou réguliers se différencient des expérimentateurs, c'est aussi là que l'écart entre garçons et filles se creuse.

Comme pour l'expérimentation, les usagers réguliers sont plus nombreux dans notre population de Limoges que dans celle de l'enquête ESCAPAD.

Tableau n° 17

**Consommation de cannabis
Usage répété (au ~ 10 fois dans l'année)**



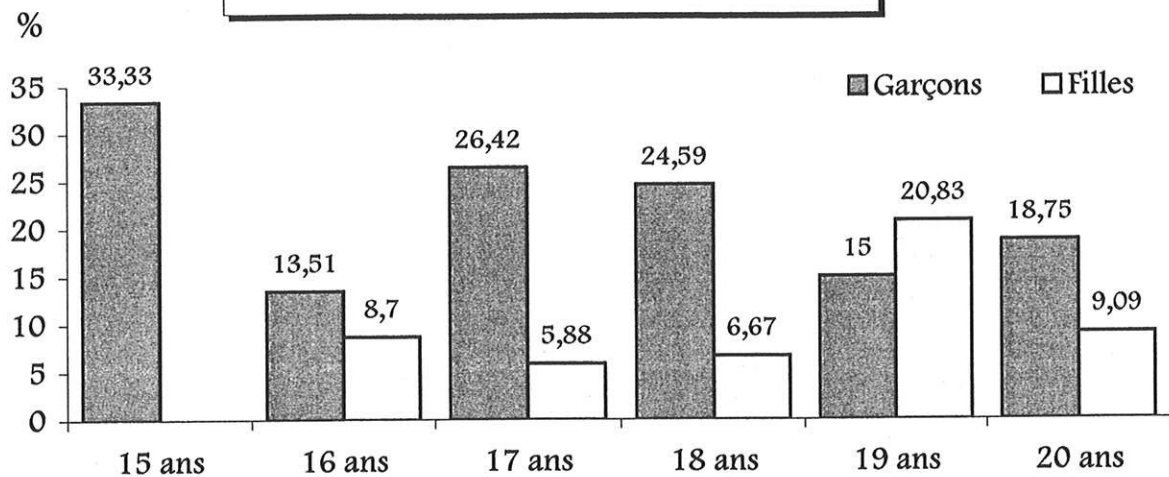
Nous ne chercherons pas à expliquer cette différence, nous ne faisons que la constater car la comparaison de ces pourcentages doit être faite avec prudence. Mais quelle que soit l'enquête il apparaît que la consommation de cannabis semble faire partie du mode de vie d'une part non négligeable de filles et surtout de garçons (entre 2 et 3 sur 10 suivant l'âge).

Quant à la fréquence de consommation chez les jeunes consommateurs dits réguliers, elle est variable avec une nette prédominance des items "1 fois par semaine" et "1 fois par mois" représentant 50 % des réponses des garçons et 44 % des réponses des filles ; ce qui précise l'idée que l'usage de cannabis se fait de façon le plus souvent récréative et à l'occasion de fête. Notons toutefois que 5,14 % des garçons et 3,57 % des filles déclarent fumer "plusieurs fois par jour".

Les réponses multiples à la question 37 du questionnaire sur le mode de consommation du cannabis confirment l'usage festif de ce produit puisque 97 % des jeunes interrogés déclarent fumer du cannabis "entre amis" et 35 % "seulement en soirée". Ce dernier pourcentage est certainement en dessous de la réalité car la mauvaise formulation de cette question a induit en erreur nos jeunes enquêtés même si des précisions ont été apportées au cours de la passation hormis pour les étudiants. En ce qui concerne la consommation solitaire de cannabis, nous constatons qu'elle n'est pas négligeable et est une pratique majoritairement masculine.

Tableau n° 18

Consommation solitaire de Cannabis



La question ouverte sur les effets recherchés par la consommation de cannabis a donné de multiples réponses. (Cf. tableau 19)

Tableau n° 19

| |
|---|
| Effets recherchés par les consommateurs de Cannabis |
|---|

| <u>Garçons</u> | <u>Filles</u> |
|--------------------------|------------------------------------|
| 1 Le bien-être | 1 La détente |
| 2 La détente | 2 Le bien-être |
| 3 Effet relaxant | 3 Rire |
| 4 L'évasion | 4 Oublier les problèmes |
| 5 Faire la fête-s'amuser | 5 L'évasion |
| 6 Rire | 6 Le calme |
| 7 Décontraction | 7 Faire la fête-s'amuser |
| 8 Le calme | 8 Effet relaxant |
| 9 Oublier les problèmes | 9 Le plaisir |
| 10 Le plaisir | 10 Le goût |
| 11 Le goût | 11 Effet destressant |
| 12 Effet destressant | 12 Décontraction |
| 13 Convivialité | 13 Aucun |
| 14 Etre défoncé | 14 Convivialité |
| 15 L'euphorie | 15 L'appartenance |
| 16 Aucun | 16 L'euphorie |
| 17 L'appartenance | 17 La désinhibition |
| 18 La désinhibition | 18 La gaieté |
| 19 L'excitation | 19 Aide au sommeil |
| 20 La gaieté | 20 Connaître des sensations fortes |

Même si les filles cherchent aussi dans le cannabis une façon d'"oublier les problèmes", les jeunes le consomment essentiellement pour "la détente" et "le bien-être". Il est toutefois intéressant de remarquer que les jeunes ayant éprouvé plus de 10 jours des problèmes psychologiques au cours du dernier mois ne sont pas plus consommateurs de cannabis et sont même majoritairement non consommateurs (Cf. tableaux 20 et 21). En revanche, les filles consommatrices de cannabis sont plus nombreuses à déclarer avoir éprouvé des problèmes psychologiques au cours des 30 derniers jours que les non consommatrices ce qui n'est pas le cas des garçons. Cette relation entre l'usage de produits psychoactifs et les signes de malaise psychologique est souvent recherchée, parfois observée mais toujours délicate à interpréter.

Tableau n° 20

Consommation ou non de cannabis chez les jeunes qui ont éprouvé + de 10 jours de problèmes psychologiques au cours du dernier mois

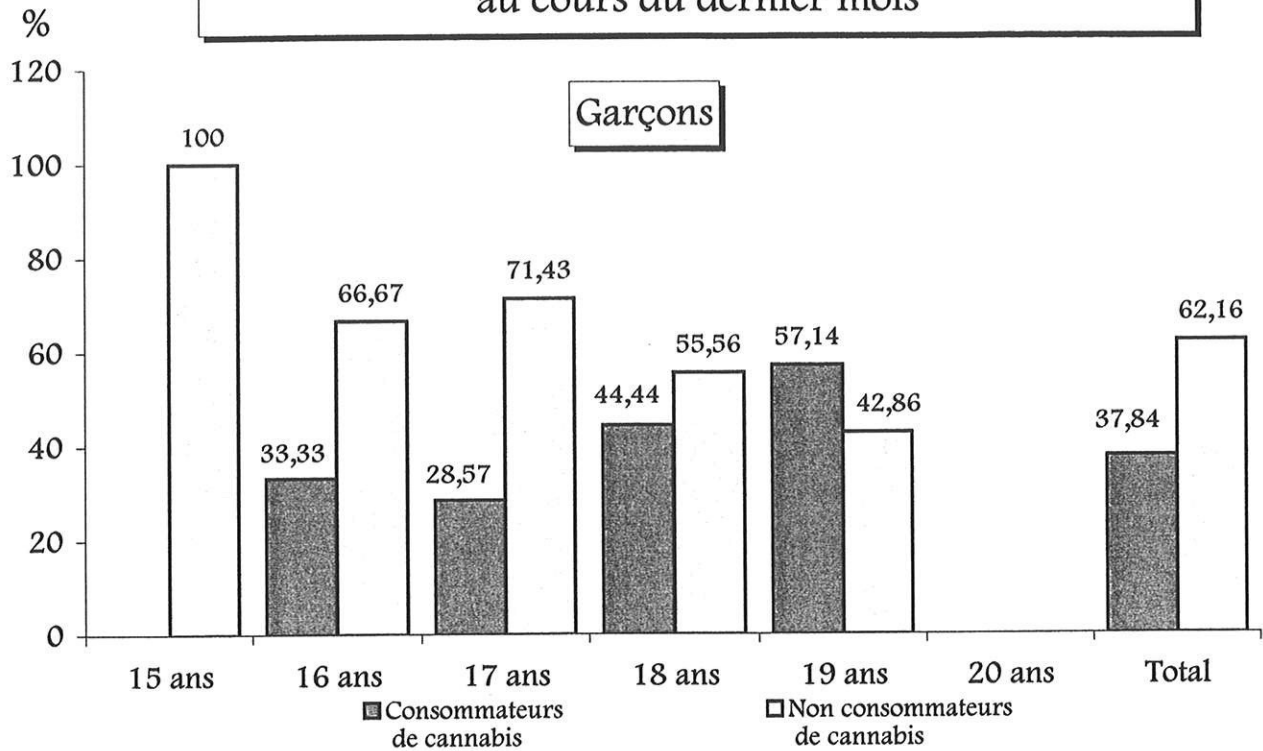
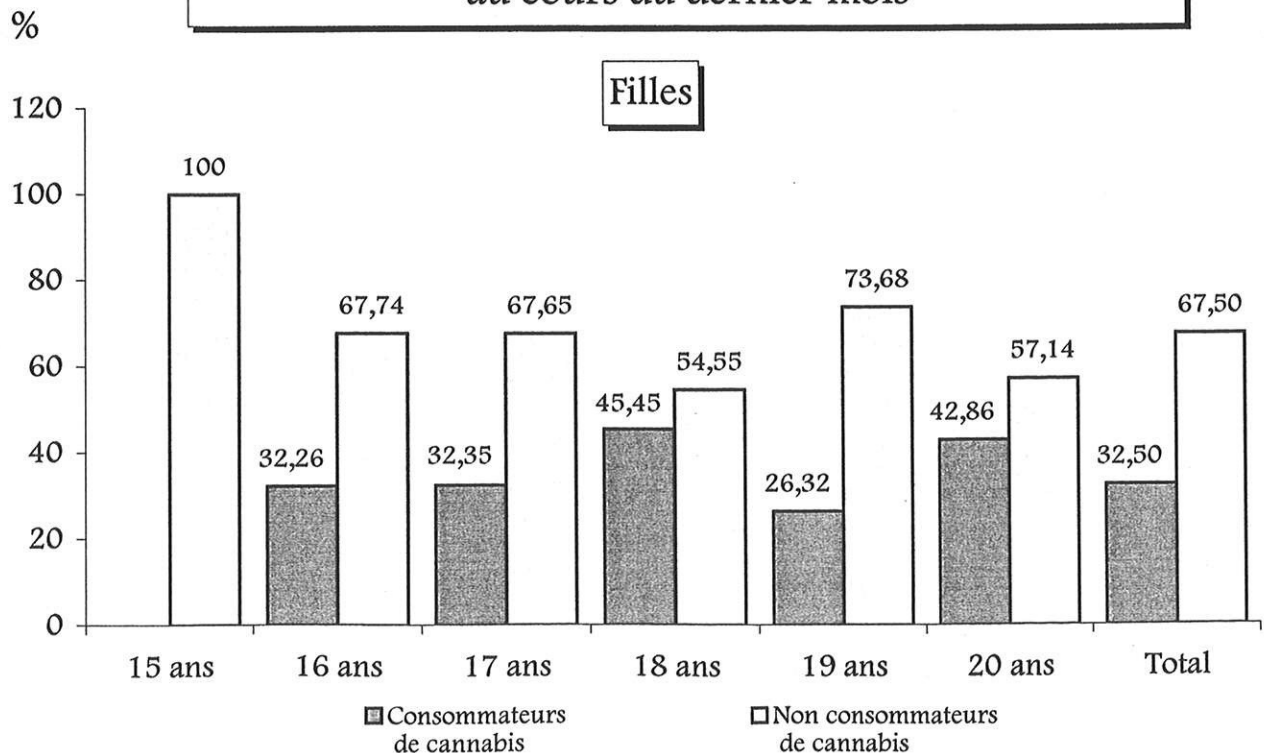


Tableau n° 21

Consommation ou non de cannabis chez les jeunes qui ont éprouvé + de 10 jours de problèmes psychologiques au cours du dernier mois

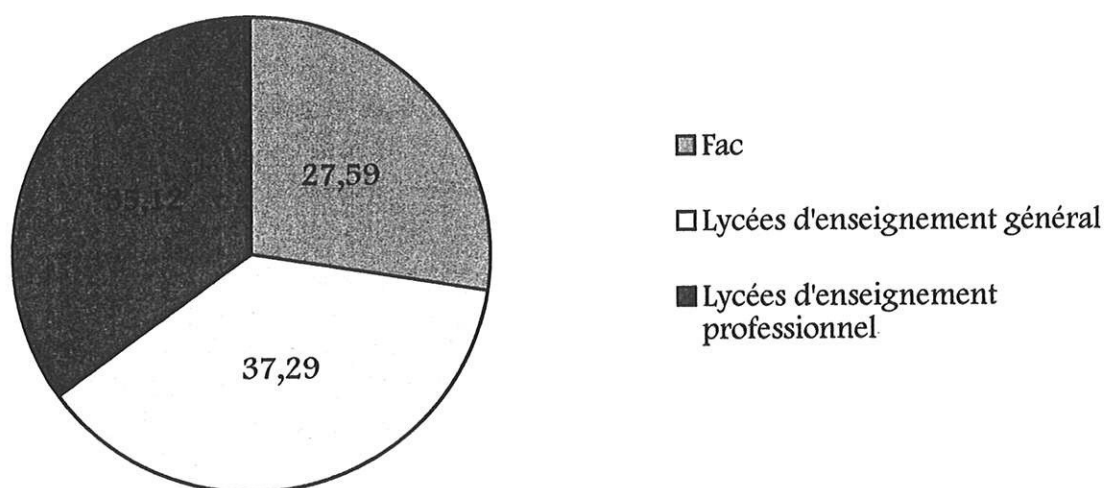


S'il persistait un doute dans l'esprit des parents quant à l'accessibilité du cannabis pour leurs enfants, il est grand temps d'ouvrir les yeux puisque quel que soit l'âge un peu plus de 8 jeunes sur 10 estiment qu'il est facile de se procurer du cannabis qu'ils soient consommateurs ou non.

Enfin, d'après les résultats de notre étude, le cannabis semble être plus consommé dans les lycées d'enseignement général, contrairement au tabac et à l'alcool.

Tableau n° 22

Consommation de Cannabis par types d'établissements Total général



II-4-Consommation de médicaments

Contrairement aux autres substances, la consommation de médicaments autres que pour une maladie chronique est un phénomène essentiellement féminin. En effet, quel que soit l'âge, un peu plus d'1 fille sur 3 déclare consommer des médicaments autres que pour une maladie chronique pour à peine 1 garçon sur 10.

Il convient de noter que dans notre enquête, les questions sur les médicaments ne permettaient pas de distinguer l'usage détourné de l'usage médical (hors prescription ou non), ni même le type de médicament utilisé, ni encore la fréquence de consommation ; elle précisait seulement l'effet recherché : il n'est donc pas possible d'effectuer des comparaisons avec d'autres enquêtes.

Ainsi, il ressort de notre enquête que **près d'1 fille sur 4 prend des médicaments pour se détendre** et ce à 15 ans comme à 20 ans.

La consommation de médicaments pour dormir augmente avec l'âge des filles alors que ceux utilisés pour rester éveillé diminuent avec l'âge. Tous ces pourcentages sont bien inférieurs chez les garçons et leur évolution avec l'âge n'est pas significative.

Tableau n° 23

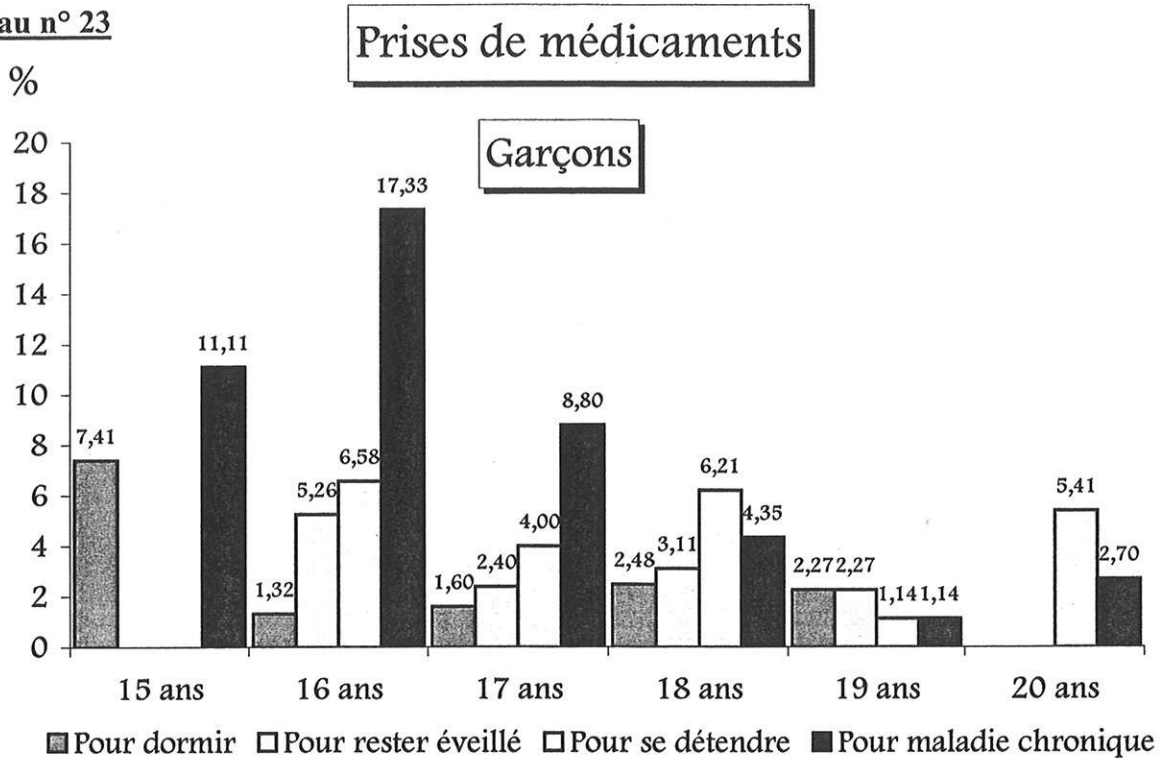
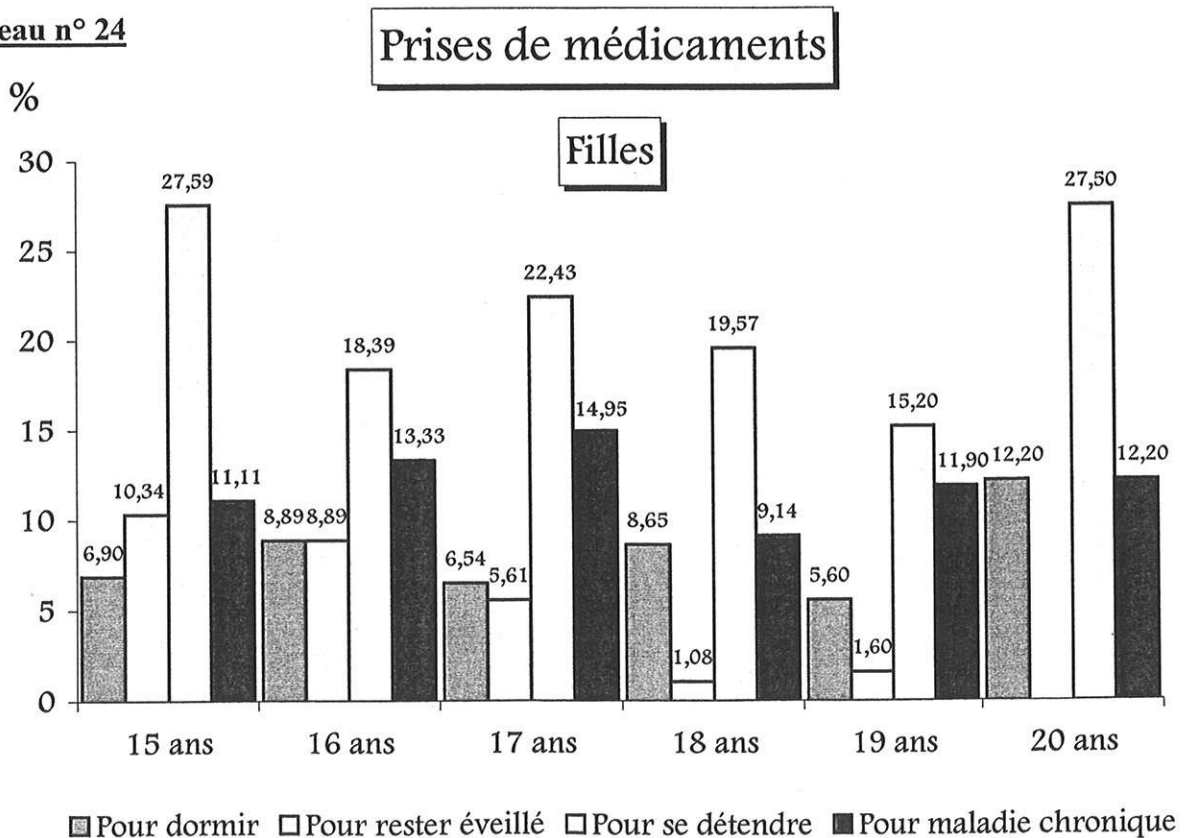


Tableau n° 24



Notons au passage qu'aucune relation entre les prises de médicament et la consommation de cannabis n'a pu être mise en évidence.

II-5-La polyconsommation

La polyconsommation se définit comme la consommation de plusieurs produits et regroupe d'une part la personne qui fait un usage régulier de plusieurs produits, d'autre part celle qui associe plusieurs produits à la fois dans un même moment.

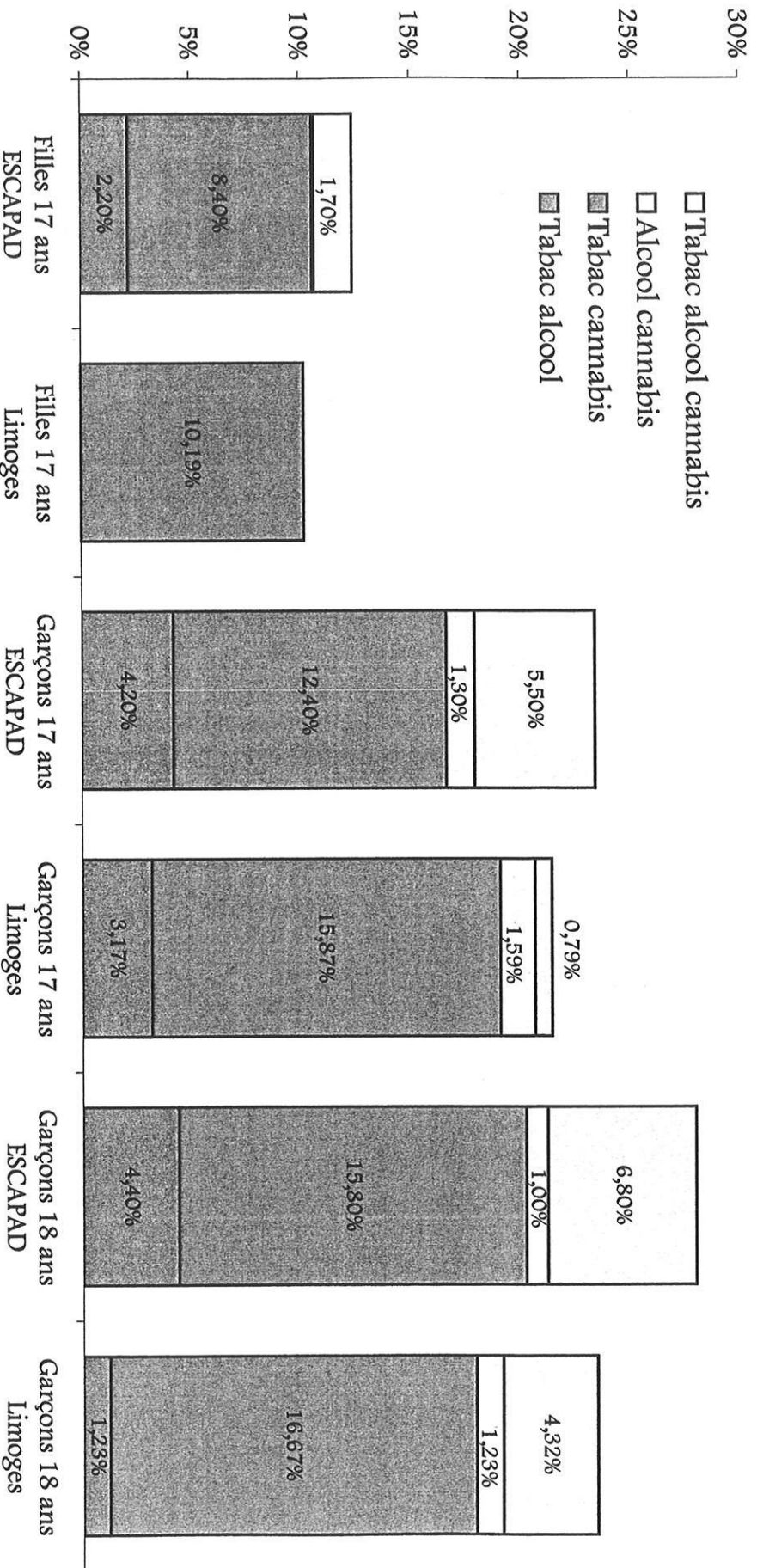
L'intrication entre les différentes substances psychoactives dans les usages des adolescents a déjà été mise en évidence pour des études quantitatives récentes*. Précisons toutefois que dans notre enquête, la polyconsommation a été abordée et définie à partir de questions disjointes, sans relation entre elles ("consommez-vous du cannabis ?" puis "consommez-vous de l'alcool ?" etc...), qui correspondent à des usages successifs et non pas en interrogeant sur l'usage simultané des produits. La façon la plus fructueuse de recueillir des informations sur ce thème aurait été de poser une question ouverte et de recueillir les "mélanges" déclarés.

Il ressort néanmoins de notre enquête que le seul polyusage répété dépassant 3,5 % chez les filles est la combinaison tabac + cannabis (8,61 % de l'ensemble des filles, contre 15,12 % chez les garçons). Les autres combinaisons sont inférieures à 2 % chez les filles alors qu'elles atteignent presque 10 % pour les garçons. L'enquête ESCAPAD 2000 retrouve des chiffres très proches.

* Ballion (1999) (3) et De Peretti et Lesellbaum (1999) (22).

Tableau n° 25

Polysusage de substances psychoactives parmi les usagers répétés
d'au moins 2 produits



Le Baromètre santé jeunes 1997 (2) souligne que les jeunes ayant bu au moins un verre de boisson alcoolisée dans leur vie ont un risque six fois plus élevé que les autres d'avoir expérimenté le cannabis. Dans notre enquête nous constatons que 75,43 % des expérimentateurs de cannabis sont consommateurs de tabac (avec une différence de 10 points supérieure pour les filles) et près de 75 % des usagers répétés d'alcool sont fumeurs.

Notre enquête ne nous permet pas d'analyser l'usage concomitant des différentes substances. Il apparaît pourtant dans de nombreuses études que la polyconsommation se fait le plus souvent de façon ponctuelle à l'occasion de fête afin de se retrouver dans un état second rapidement et sur une courte durée.

III-CONSEQUENCES DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES

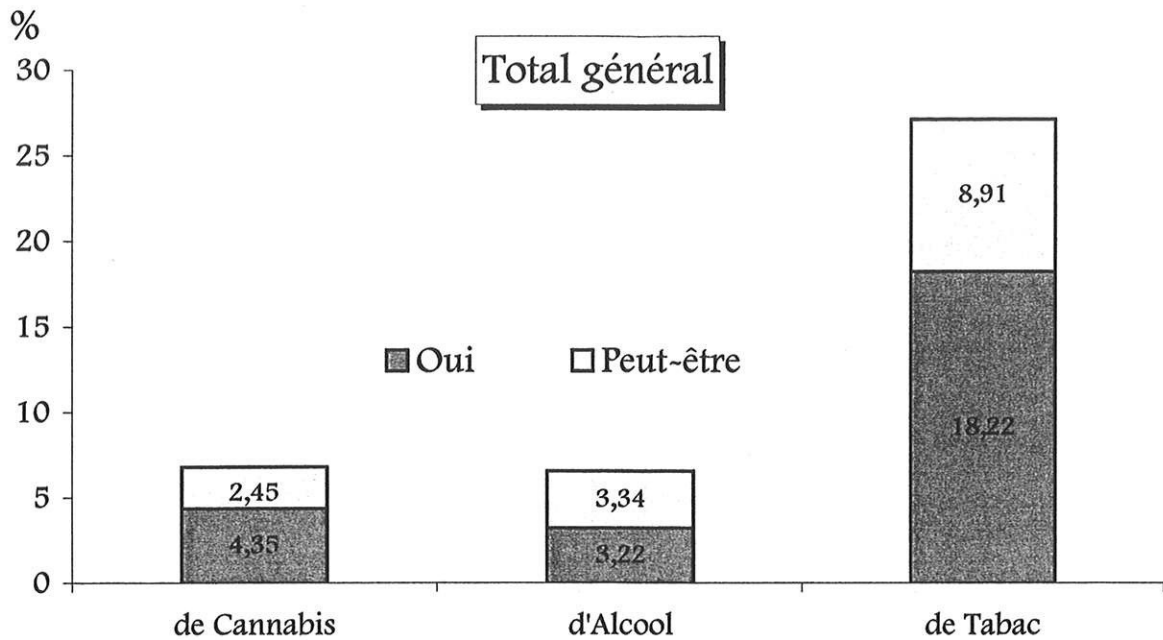
III-1-Signes de malaise psychologique

Si dans de nombreuses recherches, les signes de malaise sont considérés comme de véritables symptômes dépressifs, qui seraient des "facteurs de risque" repérant des individus "vulnérables", enclins à user de substances psychoactives (dans cette logique, les signes de malaise seraient la cause de l'usage de drogue), il est également possible de supposer que c'est l'usage de produits psychoactifs qui provoque ces signes de malaise psychologique. (7)

Dans notre enquête, 1 jeune consommateur sur 4 s'est senti perturbé ou préoccupé par des problèmes liés à sa consommation de tabac au cours des 30 derniers jours. Les proportions sont nettement inférieures pour les autres produits. Cela s'est traduit par de nombreuses interrogations en fin de passation du questionnaire sur les différentes modalités d'arrêt du tabac et par une demande implicite d'aide extérieure.

Tableau n° 26

Usagers sentis perturbés ou préoccupés par des problèmes liés à leurs consommations



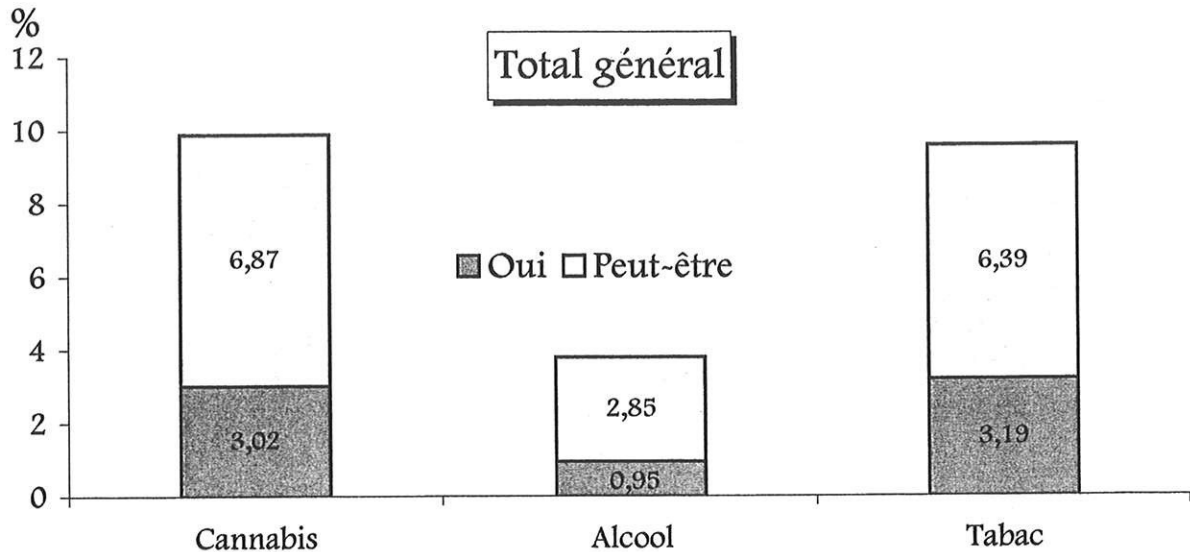
Si nous détaillons par sexe et âge, nous constatons que les filles sont majoritairement plus préoccupées que les garçons par des problèmes liés à leur consommation de produits. Concernant le tabac et le cannabis, pour les filles comme pour les garçons, l'inquiétude diminue avec l'âge révélant certainement une banalisation de la consommation. Notre questionnaire ne permettait pas de préciser la nature et l'intensité de ces préoccupations ou perturbations.

III-2-Résultats scolaires et attention en cours

1 jeune consommateur sur 10 estime que sa consommation de tabac et/ou sa consommation de cannabis est à l'origine de problèmes concernant ses résultats scolaires ou son attention en cours, pour seulement 3 % des consommateurs d'alcool.

Tableau n° 27

Usagers dont la consommation est à l'origine de problèmes concernant leurs résultats scolaires ou leur attention en cours



Ceci peut s'expliquer par le fait que l'usage de tabac et du cannabis est plus important et plus facile dans le cadre de l'établissement scolaire que l'usage de l'alcool.

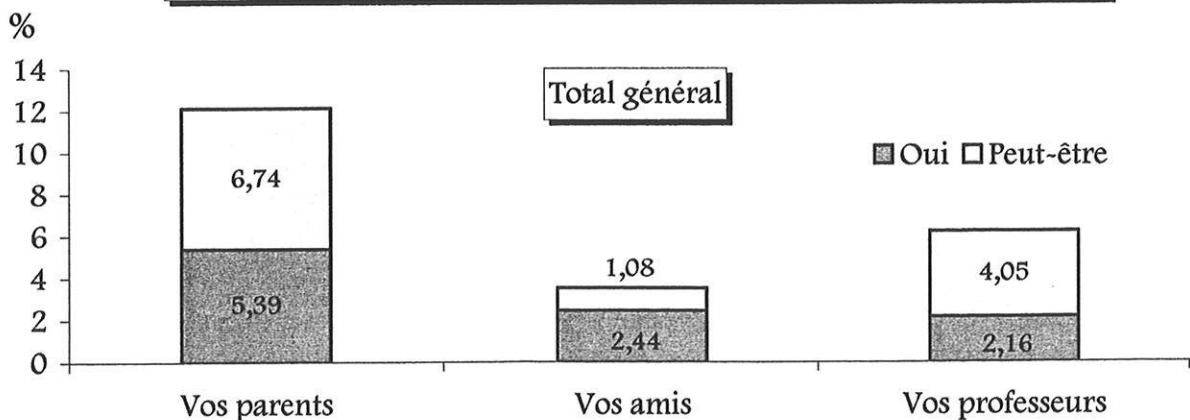
III-3-Conflits avec l'entourage

→ Cannabis :

Un peu plus d'1 usager de cannabis sur 10 considère que sa consommation est à l'origine de conflit avec ses parents.

Tableau n° 28

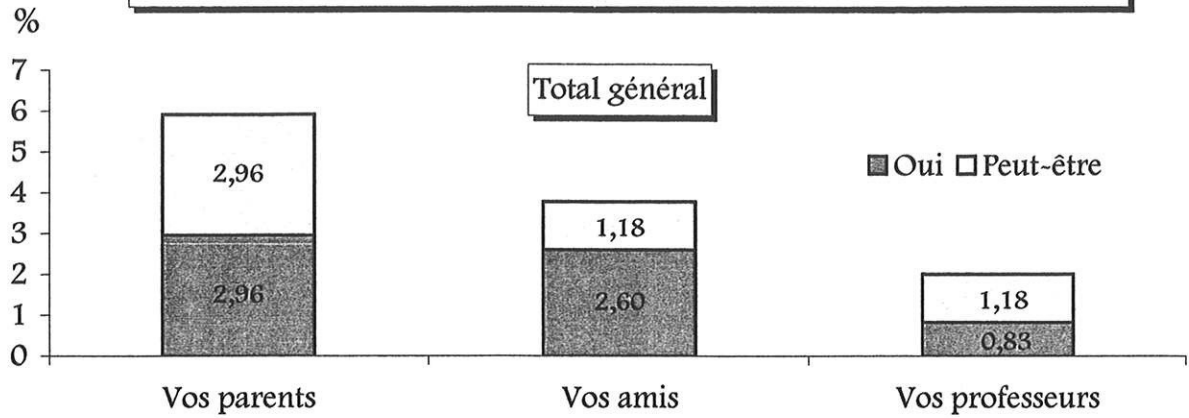
Usagers dont la consommation de Cannabis est à l'origine de conflits avec les parents, les amis et les professeurs



→ Alcool :

Tableau n° 29

Usagers dont la consommation d'Alcool est à l'origine de conflits avec les parents, les amis et les professeurs

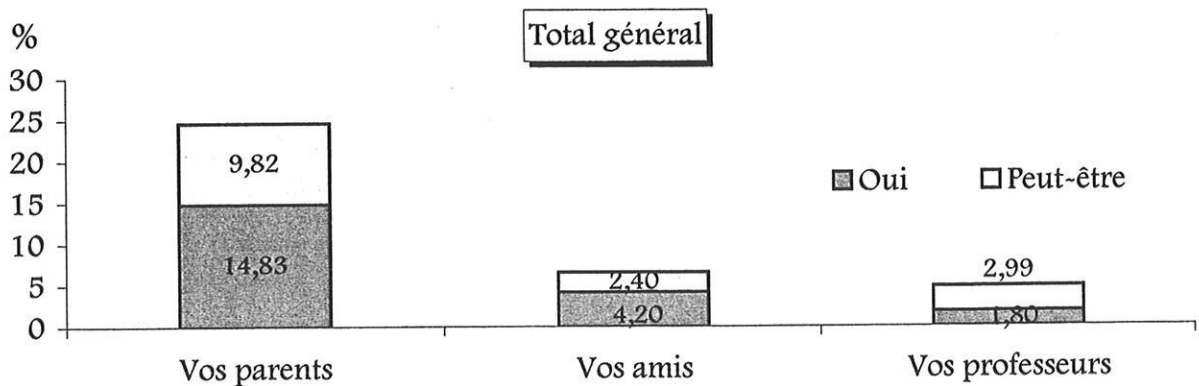


→ Tabac :

1 usager sur 4 estime que sa consommation est à l'origine de conflit avec ses parents.

Tableau n° 30

Usagers dont la consommation de Tabac est à l'origine de conflits avec les parents, les amis et les professeurs



D'une façon générale les jeunes sont plus sensibles aux éventuels conflits avec leurs parents.

III-4-Problèmes avec la justice

Dans notre population, 20 jeunes ont avoué avoir eu des problèmes avec la justice du fait de leur consommation dont 18 garçons. La nature du produit en cause et les peines encourues n'ont pas été précisées.

III-5-Traitements pour abus de drogue

Quatre des jeunes enquêtés sont ou ont été traités pour abus de drogue dont 3 filles. La nature du produit en cause et les modalités du traitement n'ont pas été précisées.

CONCLUSION - DISCUSSION

Si ce travail a accessoirement permis d'approfondir nos connaissances sur la plante "cannabis", il a prioritairement révélé ce que nous pouvions redouter : notre département n'est pas épargné par la consommation de cette plante comme substance psychoactive. L'étude de l'échantillon retenu dans le cadre de notre enquête (jeunes scolarisés, âgés de 15 à 20 ans) a également confirmé que cette consommation reste malheureusement associée à celle d'autres produits, toutefois licites, que sont l'alcool, le tabac et les médicaments.

Près d'1 jeune sur 2 a expérimenté le cannabis. Cette consommation est essentiellement masculine 56,78 % pour tout de même 41,31 % de filles. Les garçons sont également plus enclins à devenir consommateurs réguliers avec 1 garçon consommateur sur 5 qui considère sa consommation comme régulière.

La consommation de tabac touche aussi 1 jeune sur 2 mais il est surtout important de noter que nos résultats confirment ceux d'études récentes qui tendaient à montrer l'augmentation du nombre de filles consommatrices. Leur comportement vis-à-vis du tabac a rattrapé celui des garçons en terme de fréquence et d'intensité de la consommation.

Quant à la consommation d'alcool, pratique ancrée dans notre culture, elle touche 8 jeunes sur 10. Même si cette consommation est essentiellement occasionnelle, 10 % des garçons déclarent boire de l'alcool "plusieurs fois par jour" ou "presque chaque jour". La différence entre les filles et les garçons est plus marquée pour l'alcool que pour le cannabis et le tabac.

Et contrairement à l'alcool, la consommation de médicaments, dans un but psychodysléptique se révèle être une pratique presque exclusivement féminine.

Si les filles recherchent dans leur consommation de tabac, de cannabis et de médicaments un moyen de détente, les garçons adaptent leur consommation à l'effet recherché : "distress" pour le tabac, "évasion" pour le cannabis. La "convivialité" reste principalement recherchée dans l'alcool. Hormis pour le tabac, les jeunes ne semblent pas préoccupés par leur consommation de substances psychoactives. L'expérience sur le terrain nous a permis de constater l'inquiétude des jeunes vis-à-vis de leur dépendance au tabac. Ce qui n'est pas le cas pour leur consommation de cannabis, produit qu'ils considèrent pour 60 % d'entre eux comme étant une "drogue douce" en comparaison essentiellement avec la dangerosité de l'alcool. Cette étude nous a également révélé la réalité d'une polyconsommation sans toutefois nous permettre de l'analyser et de l'interpréter correctement.

Les esprits chagrins feront remarquer que cette enquête comporte des biais. La méthodologie choisie n'a pas permis de recenser les jeunes non-scolarisés. Amateurs dans le domaine de la création d'enquête, la formulation de certaines questions a engendré des difficultés lors de la saisie qui n'ont pas permis l'analyse de toutes les données. L'absence de certains items a gêné la recherche et l'interprétation de possibles corrélations. Enfin, et la liste n'est pas exhaustive, les nombreux autres produits toxiques circulants (cocaïne, héroïne, ecstasy, poppers, LSD...) n'ont pas été abordés.

Les pouvoirs publics français reconnaissent enfin un "phénomène" cannabis à l'heure où la dépénalisation de son usage personnel s'étend à plusieurs pays européens. L'avis des responsables politiques français sur la dépénalisation du cannabis est très partagé . Les uns, anciens soixante-huitards, banalisant sa consommation, les autres au contraire diabolisant son usage en le considérant comme un mode d'entrée dans l'utilisation des drogues dites "dures". La position des jeunes de Limoges à ce sujet reflète ce partage avec un peu plus de 50 % d'entre eux qui se prononcent en faveur de la dépénalisation. Il semble que les informations sur le cannabis ainsi que le recul par rapport à l'expérience des pays ayant dépénalisé l'usage soient insuffisants pour prendre clairement position.

C'est dans cet état d'esprit que s'est inscrite notre enquête nous mettant à l'échelle de notre ville face à un réel problème de santé publique qu'est la consommation massive de substances psychoactives par les jeunes. La poursuite de cette enquête se fera dès la rentrée prochaine afin de sonder l'ensemble du département de la Haute-Vienne et de conforter nos estimations déjà probantes. Les résultats feront l'objet d'une autre thèse et seront l'occasion de mener de nouvelles actions de sensibilisation, d'information et de prévention.

ANNEXE 1

Annexe 1 : Code de Santé Publique.**• Article L. 627**

Les conditions de production, de fabrication, de transport, d'importation, d'exportation, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition et d'emploi des substances ou plantes vénéneuses classées comme stupéfiants par voie réglementaire sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

• Article L. 628

Sont punis d'un emprisonnement d'un an et d'une amende de 25.000 francs, 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.

• Article L. 628-1

Le procureur de la République pourra enjoindre aux personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants de subir une cure de désintoxication ou de se placer sous surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L. 355-15 à L. 355-17.

L'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes qui se seront conformés au traitement médical qui leur aura été prescrit et l'auront suivi jusqu'à son terme.

De même, l'action publique ne sera pas exercée à l'égard des personnes ayant fait un usage illicite de stupéfiants, lorsqu'il sera établi qu'elles se sont soumises, depuis les faits qui leur sont reprochés, à une cure de désintoxication ou à une surveillance médicale, dans les conditions prévues par les articles L. 355-18 à L. 355-21.

Dans tous les cas prévus au présent article, la confiscation des plantes et substances saisies sera prononcée, s'il y a lieu, par ordonnance du président du tribunal de grande instance sur la réquisition du procureur de la République.

Les dispositions prévues aux alinéas 2 et 3 ci-dessus ne sont applicables que lors de la première infraction constatée. En cas de réitération de l'infraction, le procureur appréciera s'il convient ou non d'exercer l'action publique, le cas échéant dans les conditions du premier alinéa.

• Article L. 628-2

Les personnes inculpées du délit prévu par l'article L. 628, lorsqu'il aura été établi qu'elles relèvent d'un traitement médical, pourront être astreintes, par ordonnance du juge d'instruction ou du juge des enfants, à subir une cure de désintoxication accompagnée de toutes les mesures de surveillance médicale et de réadaptation appropriées à leur état.

L'exécution de l'ordonnance prescrivant cette cure se poursuivra, s'il y a lieu, après la clôture de l'information, les règles fixées par l'article 148-1 (alinéas 2 à 4) du code de procédure pénale étant, le cas échéant, applicables.

- **Article L. 628-3**

La juridiction de jugement pourra, de même, astreindre les personnes désignées à l'article précédent à subir une cure de désintoxication, notamment en confirmant l'ordonnance visée à l'article précédent ou en en prolongeant les effets. Dans ces deux derniers cas, cette mesure sera déclarée exécutoire par provision à titre de mesure de protection. Dans les autres cas, elle pourra, au même titre, être déclarée exécutoire par provision.

Lorsqu'il aura été fait application des dispositions prévues à l'article L. 628-2 et au premier alinéa du présent article, la juridiction saisie pourra ne pas prononcer les peines prévues par l'article L. 628.

- **Article L. 628-4**

Ceux qui se soustrairont à l'exécution d'une décision ayant ordonné la cure de désintoxication seront punis des peines prévues à l'article L. 628, sans préjudice, le cas échéant, d'une nouvelle application des dispositions des articles L. 628-2 et L. 628-3.

Toutefois, ces sanctions ne seront pas applicables lorsque la cure de désintoxication constituera une obligation particulière imposée à une personne qui avait été condamnée à une peine d'emprisonnement assortie du sursis avec mise à l'épreuve.

- **Article L. 628-5**

La cure de désintoxication prévue par les articles L. 628-2 et L. 628-3 sera subie soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale. L'autorité judiciaire sera informée de son déroulement et de ses résultats par le médecin responsable. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions dans lesquelles la cure sera exécutée.

Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînées par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 seront pris en charge par l'Etat. Le décret visé ci-dessus fixera les modalités d'application de cette disposition.

- **Article L. 628-6**

Lorsque le juge d'instruction ou la juridiction saisie aura ordonné à un inculpé de se placer sous surveillance médicale ou l'aura astreint à une cure de désintoxication, l'exécution de ces mesures sera soumise aux dispositions des articles L. 628-2 à L. 628-5 ci-dessus, lesquelles font exception aux articles 138 (alinéa 2 - 10°) et suivants du code de procédure pénale en ce qu'ils concernent la désintoxication.

- **Article L. 629**

Dans tous les cas prévus par l'article L. 628, les tribunaux devront ordonner la confiscation des substances ou plantes saisies. Cette confiscation ne pourra toutefois être prononcée lorsque le délit aura été constaté dans une officine pharmaceutique si le délinquant n'est que le gérant responsable, à moins que le propriétaire de l'officine n'ait fait acte de complicité et que la détention de ces substances ou plantes ne soit illicite.

- **Article L. 629-1**

Les dispositions de l'article 706-33 du code de procédure pénale et du premier alinéa de l'article 222-49 du code pénal sont applicables en cas de poursuites pour le délit prévu par l'article L. 628.

- **Article L. 629-2**

En cas d'infraction à l'article L. 628 du présent code ou aux articles 222-34 à 222-39 du code pénal, le préfet peut ordonner, pour une durée n'excédant pas trois mois, la fermeture de tout hôtel, maison meublée, pension, débit de boissons, restaurant, club, cercle, dancing, lieu de spectacle ou leurs annexes ou lieu quelconque ouvert au public ou utilisé par le public où l'infraction a été commise.

Le ministre de l'intérieur peut, dans les mêmes conditions, ordonner la fermeture de ces mêmes lieux pour une durée pouvant aller jusqu'à un an; dans ce cas, la durée de la fermeture prononcée par le préfet s'impute sur celle de la fermeture prononcée par le ministre.

Les mesures prévues par les deux alinéas qui précèdent, cessent de plein droit de produire effet en cas de décision de non-lieu, de relaxe ou d'acquiescement. La durée de la fermeture par l'autorité administrative s'impute sur celle de la fermeture prononcée par la juridiction d'instruction.

Le fait de contrevenir à la décision de fermeture prononcée en application du présent article est puni de six mois d'emprisonnement et de 50.000 francs d'amende.

- **Article L. 630**

Le fait de provoquer au délit prévu par l'article L. 628 du présent code ou à l'une des infractions prévues par les articles 222-34 à 222-39 du code pénal, alors même que cette provocation n'a pas été suivie d'effet, ou de présenter ces infractions sous un jour favorable est puni de cinq ans d'emprisonnement et de 500.000 francs d'amende.

Est puni des mêmes peines le fait de provoquer, même lorsque cette provocation n'est pas suivie d'effet, à l'usage de substances présentées comme ayant les effets de substances ou plantes classées comme stupéfiants.

Lorsque le délit prévu par le présent article est commis par la voie de la presse écrite ou audiovisuelle, les dispositions particulières des lois qui régissent ces matières sont applicables en ce qui concerne la détermination des personnes responsables.

ANNEXE 2

ENQUETE

SUR LA CONSOMMATION

DE PRODUITS TOXIQUES

CHEZ LES JEUNES ADULTES :

QU'EN EST-IL DANS NOTRE DEPARTEMENT

A L'AUBE DU TROISIEME MILLENAIRE ?

Cette enquête est coordonnée par :

Déborah Postil, Interne de médecine générale, qui prépare une thèse en vue de l'obtention du titre de Docteur en Médecine.

Docteur Pierre Villéger, Médecin Psychiatre, Praticien Hospitalier, responsable de la fédération de soins en toxicomanie, Directeur de thèse.

L'enquête que nous vous soumettons aujourd'hui, fait l'objet d'une thèse de médecine. Cette enquête a pour but de réaliser une photographie dont la finalité est de révéler le profil du consommateur, l'importance et les conséquences de la consommation de produits toxiques, dans la population des lycéens du département de la Haute-Vienne.

Afin de pouvoir comparer notre travail aux résultats d'enquêtes déjà réalisées sur le même thème au plan national, nous vous demandons de répondre le plus sérieusement et honnêtement possible à ce questionnaire. La fiabilité de nos résultats dépend de vous.

Enfin, sachez que cette enquête est totalement anonyme.

E N Q U E T E

1 - Age :

2 - Sexe : Masculin

 Féminin

3 - Nationalité : Française Etrangère Préciser :

 Non précisée (ou en cours d'obtention)

4 - Profession du père.....

.....

5 - Profession de la mère.....

.....

6 - Milieu de vie : Rural Semi rural Urbain

7 - Combien de frères et soeurs avez-vous ?

 Votre rang :

8 - Avez-vous des demi-frères, des demi-soeurs : Oui Non

 Si oui, combien ?

9 - Avez-vous un travail en plus du lycée ? Oui Non

 Si oui, lequel ?

.....

10 - Avez-vous déjà été traité pour des problèmes psychologiques ?

 Oui Non

 Si oui, préciser

.....

11 - Combien de journées au cours des 30 derniers jours, avez-vous éprouvé des problèmes psychologiques ?

.....

12 - Avec qui passez-vous la plupart de votre temps libre ?

Famille Seul(e)
Amis

13 - Etes-vous satisfait de cette façon de passer votre temps libre ?

Oui
Non
Indifférent

14 - Combien d'amis proches avez-vous ?

15 - Avez-vous eu des périodes importantes pendant lesquelles vous avez éprouvé de graves problèmes avec :

(* Entourez vos réponses)

| | 30 derniers jours | | Dans votre vie | |
|-----------------------------------|-------------------|-----|----------------|-----|
| | Oui | Non | Oui | Non |
| Mère | | | | |
| Père | | | | |
| Frères / soeurs | | | | |
| Autre parent important à vos yeux | | | | |
| Amis intimes | | | | |
| Voisins | | | | |
| Camarades de classe | | | | |

16 - Au cours des 30 derniers jours, combien de journées avez-vous été en conflit grave ?

Avec votre famille :

Avec d'autres personnes :
(famille exclue)

17 - Certaines personnes de votre famille ont ou ont-elles eu des difficultés que vous qualifierez d'alcoolisme, de toxicomanie ou psychologiques (avec prise de médicaments) ?

| | | |
|----------------|-----|-----|
| Alcoolisme | Oui | Non |
| Toxicomanie | Oui | Non |
| Psychologiques | Oui | Non |

Si oui acceptez-vous de préciser la nature des difficultés et le membre de la famille ?.....
.....

18 - Fumez-vous du tabac ?

Oui Non Si non aller à la question 22

Si oui :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Plusieurs fois par jour | <input type="checkbox"/> 1 fois par semaine |
| <input type="checkbox"/> Chaque jour | <input type="checkbox"/> 1 fois par mois |
| <input type="checkbox"/> Presque chaque jour | <input type="checkbox"/> autres, préciser |

19 - Si oui :

< 5 par jour < 5-10 par jour < 10-20 par jour > 20 par jour

20 - Si oui :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Seul | <input type="checkbox"/> Dans la journée |
| <input type="checkbox"/> Entre amis | <input type="checkbox"/> Seulement en soirée |
| <input type="checkbox"/> Autre, préciser | <input type="checkbox"/> Dans la journée et en soirée |

21 - Si oui :

Quel(s) effet(s) recherchez-vous en fumant du Tabac ?
.....

L'obtenez-vous ? Oui Non

22 - Consommez-vous de l'alcool ?

Oui Non Si non question 27

23 - Si oui :

Bière

Vins

Apéritif Préciser

Autres Préciser

24 - Si oui :

Plusieurs fois par jour 1 fois par semaine

Chaque jour 1 fois par mois

Presque chaque jour autres, préciser.....

25 - Si oui :

Seul Dans la journée

Entre amis Seulement en soirée

Autre, préciser Dans la journée et en
soirée

26 - Si oui :

Quel(s) effet(s) recherchez-vous en Buvant de l'alcool ?

.....

L'obtenez-vous ? Oui Non

27 - Prenez-vous des médicaments pour dormir ?

Oui Non

28 - Prenez-vous des médicaments pour vous aider à rester éveillé ?

Oui Non

29 - Prenez-vous des médicaments pour vous détendre ?

Oui Non

30 - Prenez-vous un traitement pour une maladie chronique (maladie nécessitant un traitement journalier ?

Oui Non

Préciser :

31 - Avez-vous déjà entendu parler du Cannabis ?

Oui Non

NB : Cannabis = Haschich = Joint = Marijuana = Shit

32 - Si oui, par quel biais ?

Télévision

Journaux

Parents

Amis

Ecoles

Autre

33 - Vous a-t-on déjà proposé du Cannabis ?

Oui Non

34 - En avez-vous déjà consommé ?

Oui Non Si non aller à la question 39

Si oui : A quel âge avez-vous eu votre 1ère expérience avec le Cannabis ?

.....

35 - Depuis cette 1ère expérience :

Vous fumez du Cannabis régulièrement

Vous fumez du Cannabis de temps en temps

Vous avez fumé du Cannabis plusieurs jours, mais vous avez arrêté

Vous avez fumé du Cannabis une seule fois et vous ne souhaitez pas

recommencer Pourquoi ?.....

.....

36 - A quelle fréquence fumez-vous du Cannabis ?

- Plusieurs fois par jour 1 fois par semaine
 Chaque jour 1 fois par mois
 Presque chaque jour autres, Préciser.....

37 - Habituellement vous fumez du Cannabis :

- Seul Dans la journée
 Entre amis Seulement en soirée
 Autre, préciser Dans la journée et
 en soirée

38 - Quel(s) effet(s) recherchez-vous en fumant du Cannabis ?

.....

L'obtenez-vous ? Oui Non

39 - A votre avis est-il facile de se procurer du Cannabis ?

Oui Non

40 - Au cours des 30 derniers jours, vous êtes-vous senti perturbé ou préoccupé par des problèmes liés à votre consommation de Cannabis, d'Alcool, de tabac ?

| | | | |
|----------|-----|-----|-----------|
| Cannabis | Oui | Non | Peut-être |
| Alcool | Oui | Non | Peut-être |
| Tabac | Oui | Non | Peut-être |

41 - Votre consommation de Cannabis, d'Alcool, de tabac est-elle à l'origine de problèmes concernant vos résultats scolaires ou votre attention en cours ?

| | | | |
|----------|-----|-----|-----------|
| Cannabis | Oui | Non | Peut-être |
| Alcool | Oui | Non | Peut-être |
| Tabac | Oui | Non | Peut-être |

42 - Votre consommation de Cannabis, d'Alcool, de tabac est-elle à l'origine de conflits avec :

| | Cannabis | | | Alcool | | | Tabac | | |
|-----------------|----------|-----|-----------|--------|-----|-----------|-------|-----|-----------|
| | Oui | Non | Peut-être | Oui | Non | Peut-être | Oui | Non | Peut-être |
| Vos parents | | | | | | | | | |
| Vos amis | | | | | | | | | |
| Vos professeurs | | | | | | | | | |

43 – Si vous êtes consommateur de cannabis et / ou d'alcool avez-vous déjà eu des problèmes avec la justice à cause :

Du Cannabis Oui Non
 De l'alcool Oui Non

Si oui, de quel ordre ?

.....

44 – Si vous êtes consommateur avez-vous déjà été traité pour :

Abus d'alcool Oui Non
 Abus de tabac (patches ...) Oui Non
 Abus de médicaments Oui Non
 Abus de drogue Oui Non

45 - Combien d'argent estimez-vous avoir dépensé, dans la semaine précédente, pour acheter :

De l'alcool :

Du tabac :

Du Cannabis :

D'autres produits toxiques, préciser :

46 - D'après ce que vous connaissez du Cannabis, êtes-vous pour sa dépénalisation en France ?

Oui Non

Précisez :

.....

47 - Considérez-vous le Cannabis comme :

Une drogue dure

Une drogue douce

Un produit dangereux

Autre, préciser

REMERCIEMENTS

Nous tenons à vous remercier pour votre collaboration, sans laquelle la réalisation de ce travail n'est pas possible.

Nous remercions également vos professeurs de nous avoir accordé un peu de leur temps.

Enfin, nous n'oublions pas les chefs d'établissement et leurs collaborateurs qui ont facilité nos démarches sur le terrain, ainsi que les employés du Ministère de l'Agriculture et du Ministère de l'Education Nationale.

Nous tenons à vous informer que ce travail n'aurait pas pu avoir lieu sans le support du réseau de professionnels : éducateurs, assistantes sociales, infirmières et médecins scolaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. ANGEL (P.), RICHARD (D.), VALLEUR (M.) : "ABREGES toxicomanies". Edition MASSON.
2. ARENES (J.), JANVRIN (M.-P.), BAUDIER (F.) : Baromètre Santé jeunes 97/98, Vanves, éditions du CFES, 1998, 328 p.
3. BALLION (R.) : Les conduites déviantes des Lycéens, Paris, rapport OFDT, 1999, 243 p.
4. BAUDELAIRE (C.) : "Le poème du haschich" dans Les Paradis Artificiels, Paris, 1860.
5. BAUDIER (F.), GUILBERT (P.), GRIZEAU (D.), ARDWIDSON (P.) : La consommation de Tabac en France : évolutions récentes dans la population adulte BEH 17 : 70-1, 1998.
6. BECK (F.), CHOQUET (M.), HASSLER (C.), LEDOUX (S.), PERETTI-WATEL (P.) : "Consommations de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés : premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999 ; évolution 1993-1999", Tendances, n° 6, 2000, 6p.
7. BECK (F.), LEGLEYE (S.), PERETTI-WATEL (P.) : "Regards sur la fin de l'adolescence". Consommations de produits psychoactifs dans l'enquête ESCAPAD 2000, Ed. OFDT ; 220 p.
8. BENKIMOUN (P.) : "La banalisation de l'usage du cannabis relance le débat sur la dépénalisation" et "les clichés du "modèle hollandais" sont dépassés". Articles du Journal LE MONDE du 15 février 2001, p 8.

9. BEYELER (S.) : "La prise de drogues licites et illicites chez les jeunes de 15 à 18 ans. Parcours de prise de produits et influence du réseau de sociabilité, Paris, Observatoire sociologique du changement, 1996.
10. BOUSTANY (A.) : "Drogues de Paix, Drogues de Guerre" Coll. Pluriel, Ed. Hachette, 1993, 233 p
11. CASTEL (R.), COPPEL (A.) : "Les contrôles de la toxicomanie". Individus sous influence. Drogues, alcools, médicaments psychotropes, sous la direction de EHRENBURG (A.), Paris, Ed. Esprit, 1991.
12. CFES, MILDT : "Drogues : savoir plus risquer moins" Drogues et dépendances. Le livre d'information. Avril 2000.
13. CHABROL (H.) : "Le Toxicomanies de l'adolescent". PUF, Coll. Que sais-je 1992.
14. CHOQUET (M.), LEDOUX (S.) : Adolescents : Enquête nationale, Paris, Editions INSERM, 1994, 346 p.
15. CIM 10 / ICD 10 : "Classification Internationale des Troubles Mentaux et des Troubles du Comportement" Organisation Mondiale de la Santé, Ed. Masson, 1993.
16. Code de la Santé Publique, Code de la Famille et de l'Aide Sociale. 13^{ème} édition, Publication Paris, Dalloz, 1999.
17. Code Pénal : Parties législative et réglementaire. Ed. Mai 1994. Journal Officiel de la République Française, ISSN.
18. CRETE (P.) : "Culture, Médecine et Cannabis : de l'antiquité à Moreau de Tours" Thèse Doctorat Médecine, Caen, 1994 sous la direction de MOREL (P.).

19. CORCOS (M.), ATGER (F.), CLERVOY (P.), FARGES (F.), JEAMMET (P.) : "L'adolescence au risque de la toxicomanie" Articles I et II de la Revue du Praticien - Médecine Générale, Tome 9, n° 292 du 27/03/1995, p 23-27 et n° 293 du 3/04/1995, p 45-50.
20. DEFER (B.) : "Psychoses cannabiques", Réunion d'information sur les produits toxiques donnant lieu à abus; Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale, n° 39, Paris, 1970, p 101.
21. DELMAS (N.) : "L'évolution des connaissances sur le cannabis et ses utilisations des origines à nos jours" Thèse de Doctorat en Médecine, Université Paris 7, Diderot, 1997.
22. DE PERETTI (C.) et LESELLBAUM (N.) : Les lycéens parisiens et les substances psychoactives : évolutions. Paris : OFDT, 1999, 170 p.
23. DSM IV. : Critères diagnostiques. Edition Masson. 1994.
24. FACY (F.), LAURENT (F.) : "La toxicomanie en France". Article de la Revue du Praticien - Médecine Générale, Tome 8, n° 277 du 28/11/1994, p 67-73.
25. FRYDMAN (N.), MARTINEAU (H.) : "La drogue : où en sommes-nous ? Bilan des connaissances en France en matière de drogues et de toxicomanies, Paris, La Documentation Française, 1998, 417 p.
26. F. (I.) : "Drogue : une bonne dose ... d'information" Article du Journal le Populaire du Centre du 05/10/2000.
27. GALLAND (J.-P.) : "Les très riches heures du cannabis" Paris, 1996, Editions du Lézard.
28. GALLAND (J.-P.) : "Fumée clandestine", Tome 1, 1993, Tome 2, 1995, Editions du Lézard.

29. GERVAIS (Y.) : "La prévention des toxicomanies chez les adolescents" Paris, 1994, Edition L'Harmattan.
30. GUIGNON (N.) : "Les consommations d'alcool, de tabac et de psychotropes en France en 1991-1992. Solidarité Santé n° 1 ; les Français et leur santé Ministère des Affaires sociales, de la santé et de la ville, Paris, 1994.
31. GRINSPOON (L.) et BAKALAR (J.) : "Cannabis : la médecine interdite", Paris, Ed. du Lézard, 1995.
32. HAROUNYAN (S.) : "C'est quoi cette merde". Article du Magazine le VRAI papier journal, Juillet/Août 2000, p 15-17.
33. HAUTEFEUILLE (M.) : "Polyconsommation chez les jeunes", La Santé de l'homme, n° 334, 1998.
34. HENRION (R.) : Rapport de la commission de réflexion sur la drogue et la toxicomanie, sous la présidence de R. HENRION, Ministère des Affaires Sociales, de la santé et de la ville, La Documentation Française, Paris, 1995.
35. HOFER (M.), LIEB (R.), PERKONIGG (A.), SCHUSTER (P.), SONNTAG (H.), WITTCHEN (H.U.) : "Covariales of cannabis use progression in a representative population sample of adolescents : a prospective examination of vulnerability and risk factors". Addiction, Vol. 94, n° 11, 1999, p 1679-1694.
36. INABA (D.S.), COHEN (W.E.) : "Excitants, calmants, hallucinogènes" traduit de l'anglais par G. LAGIER, Edition PICCIN, 1992.
37. INGOLD (R.), TOUSSIRT (M.), HENRION (R.) : "Le cannabis en France", Paris, Ed. Anthropos, 1998.
38. JACQUES (J.-P.) : "Pour en finir avec les toxicomanies". Psychanalyse et pourvoyance légalisée des drogues. DE BOECK Université.

39. KREMER (P.) : "Les jeunes français fument de plus en plus de cannabis" Article du Journal LE MONDE du 21 février 2001.
40. Mc GEE (R.) : WILLIAMS (S.), POULTON (R.), MOFFIT (T.) : "A longitudinal study of cannabis use and mental health from adolescence to early adult hood". Addiction, vol. 95, n° 4, 1999, p 491-503.
41. Mc LELLAN (A.T.) : Adaptation française de l'ADDICTION SEVERITY INDEX 5th version à partir de l'Indice de Gravité de la Toxicomanie. 1992.
42. MALEK (K.) : "Les passions dangereuses : addiction et conduites de dépendance", Paris, Ed. Flammarion, 1998.
43. MARCELLI (D.), GERVAIS (Y.) : Document ISATIS/SUPEA/CHHL 2000 "Consommation cannabique à l'adolescence (12-25 ans)".
44. MICHKA, VERLOMME (H.) : "Le chanvre : renaissance du cannabis" Edition Georg, Genève, 1995.
45. MOREAU DE TOURS (J.) : "Du haschisch et de l'aliénation mentale" 1845, réédition 1980, Paris-Genève, SLATKINE.
46. MURA (P.), TROUVE (R.), MAUCO (G.) : "Le cannabis est-il un produit dopant ?", Annales de toxicologie analytique, Vol. XII, n° 1, 2000.
47. NAHAS (G.) : "Histoire de "H"", Edition Robert Laffont, Paris, 1979.
48. NAHAS (G.), "Haschich, Cannabis et Marijuana" Paris, Presses Universitaires de France. 1976.
49. NAHAS (G.) : "Il n'y a pas de drogue douce : histoire du hasch", Paris, Buchet-Chastel, 1992.

50. NAU (J.-Y.) : "Un rapport officiel rapproche la dangerosité de l'alcool de celle de l'héroïne". Article du Journal LE MONDE du 17 juin 1998.
51. Observatoire français des drogues et des toxicomanies : "Drogues et toxicomanies. Indicateurs et tendances", Paris, 1999.
52. ORSPEC Extraits du Rapport ..; n° 60 : Enquête LYCOLL 1999 sur 3762 élèves de lycées et collèges de la Charente-Maritime : Les résultats descriptifs. Janvier 2000.
53. PARQUET (P.-J.) : "Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives", Paris, Ed. du CFES, 1997, 107 p.
54. PERETTI-WATEL (P.) : "Comment devient-on fumeur de cannabis ? Une perspective quantitative", Revue Française de Sociologie, n° 1, 2001, p 3-30.
55. PIOMELLI (D.) Professeur du département de pharmacologie de l'Université de Californie, Irvine, Etats-Unis. "Le cannabis : de la drogue au médicament". La Recherche, n° 323, Septembre 1999.
56. Police Nationale, Revue de la . Juin 1986, n° 124.
57. PRIEUR (C.) : "La plupart des consommateurs sortent libres des commissariats", Article du Journal LE MONDE du 15 février 2001.
58. REYNAUD (M.), PARQUET (P.-J.), LAGRUE (G.) : "Les pratiques addictives". Usage, usage nocif et dépendance aux substances psychoactives. Rapport du Directeur général de la Santé. Editions Odile Jacob. Février 2000.
59. RICHARD (D.), SENON (J.-L.) : "Dictionnaire des drogues, des toxicomanies et des dépendances", Paris, Edition Labrousse, 1999, 433 p.
60. RICHARD (D.), SENON (J.-L.) : "Le cannabis". Que sais-je ? Presses Universitaires de France. 2^{ème} édition corrigée, décembre 1997.

61. SCARAMOZZINO (S.) : "Les dangers de la dépénalisation du cannabis chez les adolescents et jeunes adultes" sous la direction de Andrée DE GIOVANNI. Thèse de Doctorat en Médecine, Tours, 1994.
62. VAILLE (M.) : "Les effets des stupéfiants". Semaine des Hôpitaux. p 17-21. Informations Février 70.
63. VALLA (J.-P.) : "L'expérience hallucinogène". Collection Médecine et Psychothérapie. Edition MASSON, 1983.
64. WALTER (B.) : "Sur le haschich et autres écrits sur la drogue". Collection Détroits. Christian Bourgeois Editeur traduit de l'allemand par Jean-François Poirier.
65. ZECCHINI (L.) : "La Belgique décide de dépénaliser la consommation de cannabis". Article du Journal LE MONDE du 20 janvier 2001.
66. Article du magazine l'HEBDO "Chasse au joint", n° 6 du 5 février 1998.
67. "Aucune éclaircie en vue pour le cannabis thérapeutique". Article de la Revue du Praticien - Médecine Générale, Tome 15, n° 538 du 14 Mai 2001.
68. "Les adolescents français face à l'alcool : comportement et évolution". Paris, 1998, Princeps édition IREB, 119 p.
69. "Faut-il dépénaliser la consommation du cannabis ?". Article du Journal Le Populaire du Centre du 06 Octobre 2000.
70. Fiche d'entrée protocole METHADONE. INSERM U302, Novembre 1995.
71. Première journée internationale du cannabis, 18 juin 1993, organisée par les éditions du Léopard et le CIRC.
72. Rapport du Comité consultatif national d'éthiques 1994. "Des connaissances, des concepts et une terminologie claire".

73. Textes et Documents pour la classe "Dépendances et conduites à risque. L'adolescence à la croisée des chemins" n° 735, Mai 1997. CNDP - CFES - MILTD.
74. www.drogues.gouv.fr. Revue de Presse de la MILDT (Mission Interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie).
75. www.acmed.org. Association pour le cannabis Médical. Informations générales.
76. www.wonderchanvre.com/
77. www.echoduchanvre.com/
78. hlm.le-village.com/cannabispark2/index.htm
79. www.bm-limoges.fr : Bibliothèque municipale de Limoges.
80. www.bnf.fre : Bibliothèque nationale de France.
81. www.infocannabis.free.fr
82. www.chez.com/cannaben/historique.htm

Remerciements à

Mme ARCHAMBEAU Blandine. Documentaliste au Groupement de Recherche et d'Intervention sur les Conduites Addictives (GRICA) - TOXIBASE Bordeaux.

| |
|---------------------------|
| TABLE DES MATIERES |
|---------------------------|

| | |
|--|------|
| INTRODUCTION | p 11 |
| 1^{ère} PARTIE : DE LA PLANTE A LA DROGUE | p 14 |
| <u>A-LA PLANTE</u> | p 16 |
| <u>I-PRESENTATION</u> | p 16 |
| <u>II-UNE CARACTERISTIQUE : LA VARIABILITE</u> | p 17 |
| <u>III-COMPOSITION CHIMIQUE</u> | p 19 |
| <u>IV-ELEMENTS DE PHARMACOCINETIQUE</u> | p 24 |
| <u>B-LA DROGUE</u> | p 25 |
| <u>I-LES DIFFERENTES PREPARATIONS</u> | p 25 |
| I-1- <u>A partir des sommités fleuries</u> | p 25 |
| I-2- <u>A partir de la résine</u> | p 28 |
| I-3- <u>L'huile de cannabis</u> | p 30 |
| I-4- <u>Les substances de coupe</u> | p 30 |
| <u>II-LES EFFETS DE L'INTOXICATION CANNABIQUE</u> | p31 |
| II-1- <u>Facteurs de variabilité</u> | p 31 |
| II-2- <u>L'intoxication cannabique aiguë</u> | p 32 |
| → <u>Manifestations psychiques</u> | p 32 |

| | |
|---|------|
| → Manifestations somatiques | p 34 |
| II-3-L'intoxication cannabique chronique | p 34 |
| II-3-1-Complications psychiatriques | p 34 |
| → La psychose cannabique aiguë | p 34 |
| → Complications chroniques | p 35 |
| II-3-2-Complications somatiques | p 37 |
| → Complications respiratoires | p 37 |
| → Risque carcinogène | p 37 |
| → Effet sur l'alimentation | p 37 |
| → Effet sur la spermatogenèse | p 38 |
| → Effet sur la fonction immunitaire | p 39 |
| <u>III-CLASSIFICATIONS INTERNATIONALES</u> | p 40 |
| III-1-CIM10 | p 40 |
| III-2-DSM IV | p 42 |
| <u>IV-LE CANNABIS DANS LA LEGISLATION FRANCAISE</u> | p 44 |
| IV-1- <u>Les classifications des drogues dans le droit français</u> | p 44 |
| → Les substances stupéfiantes | p 45 |
| → Les substances psychotropes | p 45 |
| IV-2- <u>La législation française</u> | p 46 |
| IV-3- <u>Le cannabis dans les rapports sanitaires et sociaux</u> | p 47 |
| → Le rapport PELLETIER et la circulaire PEYREFITTE | p 47 |
| → Le Comité National d'Ethique | p 48 |
| → Le rapport HENRION | p 48 |
| <u>V-CANNABIS : PHENOMENE DE SOCIETE AU FIL DES ANS</u> ... | p 50 |
| V-1- <u>Les origines : Chine et Inde</u> | p 50 |

| | |
|---|------|
| V-2- <u>De l'Inde au bassin méditerranéen</u> | p 51 |
| V-3- <u>Le XIXè siècle : grande époque du cannabis en Occident</u> | p 53 |
| V-3-1-La nouvelle panacée | p 53 |
| V-3-2-Le club des Hachischins : expansion de l'usage récréatif du cannabis | p 55 |
| V-4- <u>Les temps modernes : la peur du fléau</u> | p 57 |
| V-4-1-L'"herbe du crime" mexicaine | p 57 |
| V-4-2-La Ganjah de Jamaïque et les rastafari | p 58 |
| V-4-3-Génération "Peace and Love" | p 59 |
| V-4-4-La dépénalisation revendiquée | p 60 |

**2^{ème} PARTIE : ENQUETE SUR LA CONSOMMATION DE
PRODUITS TOXIQUES CHEZ LE JEUNES ADULTES :
QU'EN EST-IL DANS NOTRE DEPARTEMENT A L'AUBE
DU TROISIEME MILLENAIRE ?**

p 62

A-L'ENQUETE : ASPECTS METHODOLOGIQUES

p 63

I-CONSTITUTION DE L'ECHANTILLON

p 64

II-MISE EN PLACE ET PASSATION DU QUESTIONNAIRE.....

p 65

II-1-Création

p 65

II-2-Passation : deux modalités

p 66

II-2-1-Dans les lycées

p 66

II-2-2-A la Médecine Préventive

p 67

III-FILTRAGE DES DONNEES ET RECODAGE

p 67

IV-CONTRIBUTION

p 69

| | |
|---|-------|
| <u>B-LES RESULTATS DE L'ENQUETE</u> | p 70 |
| <u>I-PROFILS DES ADOLESCENTS INTERROGES</u> | p 70 |
| I-1- <u>Les situations scolaires et familiales</u> | p 71 |
| I-2- <u>Signes de malaise psychologique</u> | p 71 |
| <u>II-LES USAGES DE PRODUITS PSYCHOACTIFS</u> | p 74 |
| II-1- <u>Consommation de tabac</u> | p 74 |
| II-2- <u>Consommation d'alcool</u> | p 77 |
| II-3- <u>Consommation de cannabis</u> | p 80 |
| II-4- <u>Consommation de médicaments</u> | p 88 |
| II-5- <u>La polyconsommation</u> | p 90 |
| <u>III-CONSEQUENCES DE L'USAGE DE SUBSTANCES PSYCHOACTIVES</u> | p 92 |
| III-1- <u>Signes de malaise psychologique</u> | p 92 |
| III-2- <u>Résultats scolaires et attention en cours</u> | p 93 |
| III-3- <u>Conflits avec l'entourage</u> | p 94 |
| III-4- <u>Problèmes avec la justice</u> | p 96 |
| III-5- <u>Traitements pour abus de drogue</u> | p 96 |
| CONCLUSION-DISCUSSION | p 97 |
| ANNEXE 1 | p 100 |
| ANNEXE 2 | p 104 |
| BIBLIOGRAPHIE | p 116 |

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 134.

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE
DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

POSTIL (Déborah). — Addiction cannabique : A propos d'une enquête sur la consommation de substances psychoactives chez de jeunes adultes scolarisés à Limoges. — 129 f. ; ill. ; tabl. ; 30 cm (Thèse : Méd. ; Limoges ; 2001).

RESUME :

Le chanvre est une "mauvaise herbe" qui se « caractérise beaucoup plus par ce que l'on ignore de sa biologie que par ce que l'on en sait ». S'adaptant à de nombreux climats, il n'y a guère qu'au pôle Nord ou dans les régions tropicales humides que le chanvre refuse de pousser. Espèce non stabilisée, fortement voyageuse, les botanistes ne lui reconnaissent qu'un seul nom : *cannabis sativa*.

Connu et utilisé depuis des millénaires pour ses propriétés psychodysléptiques, le cannabis est consommé aujourd'hui de façon préoccupante par la jeunesse française.

Nous avons mené une enquête auprès d'un millier de jeunes âgés de 15 à 20 ans, lycéens et étudiants à Limoges. Les résultats sont à l'échelle de ce que nous pouvions redouter :

- 48,59 % des jeunes sondés ont expérimenté le cannabis ;
- 65,50 % de ces expérimentateurs en sont devenus consommateurs.

Cet usage s'inscrit d'autre part dans une inquiétante polyconsommation, notre étude ayant également permis d'appréhender l'usage des produits licites souvent associés au cannabis que sont principalement l'alcool et le tabac.

L'objectif de ce travail a été de tenter d'évaluer la consommation de substances psychoactives chez les jeunes du département. Nous espérons toutefois que cette étude aura participé à la sensibilisation, l'information et à la prévention au sein des établissements scolaires.

MOTS CLES :

- Cannabis.
- Enquête.
- Jeunes.
- Substances psychoactives.
- Drogues.

JURY :

- | | | |
|-----------------|---|---|
| Président | : | Monsieur le Professeur CLEMENT. |
| Juges | : | Monsieur le Professeur GAROUX. Monsieur le Professeur MELLONI. Monsieur le Professeur PIVA. |
| Membres Invités | : | Madame le Docteur CHEVALIER. Monsieur le Docteur LOMBERTIE. Monsieur le Docteur VILLEGGER. |
-