

**Politique de la drogue: un thème ancien qui reste d'actualité**

La FMH a présenté sans équivoque sa position concernant la politique de la drogue en février 1996 déjà («La FMH et la politique en matière de drogue», BMS 9/1996). A cette époque comme aujourd'hui, il était et demeure important de mettre au point une politique de la santé globale pour les substances psycho-actives, qui intègre tous les problèmes relatifs à l'utilisation de ces substances. Le souhait d'une société exempte de drogues ne doit pas nous empêcher d'examiner avec pragmatisme la réalité de l'existence des drogues et de la demande qui existe dans ce domaine.

Dans la perspective de la votation sur l'initiative populaire «Pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse», prévue cet automne, nous publions l'article ci-après en vue de faciliter le débat au sein du corps médical.

*Barbara Weil, responsable du département Santé et prévention de la FMH*

## Politique cannabis: ni diabolisation, ni banalisation

Les spécialistes de l'addiction considèrent qu'il est nécessaire d'apporter des modifications conséquentes à la politique actuelle en matière de cannabis, afin de pouvoir agir efficacement et précocement en cas de consommation chronique. C'est pourquoi, la consommation par des adultes doit être dépenalisée et la commercialisation strictement régulée. L'acceptation de l'initiative «chanvre» soumise à votation populaire en automne va dans ce sens.

Robert Hämmig<sup>a</sup>,  
Jean-Félix Savary<sup>b</sup>,  
Markus Theunert<sup>c</sup>

a Dr, président de la Société Suisse de Médecine de l'Addiction (www.ssam.ch)

b Secrétaire général du Groupement Romand d'Etudes des Addictions (www.grea.ch)

c Secrétaire général Fachverband Sucht (www.fachverbandsucht.ch)

Le 28 septembre ou le 30 novembre 2008, le peuple sera amené à se prononcer sur l'initiative populaire «Pour une politique cannabis raisonnable et une protection efficace de la jeunesse» (initiative «chanvre»). Les associations médico-sociales du domaine des addictions se sont prononcées sur cette initiative selon une logique «evidence-based», présentée ici.

**Buts**

Les buts d'une politique cannabis pragmatique, sans parti pris idéologique peuvent être formulés ainsi:

- diminuer la consommation dans la population générale;
- retarder l'âge de la première consommation chez les jeunes;
- réduire la nocivité des produits;
- identifier précocement les jeunes à risque et les besoins d'intervention auprès de ce groupe.

Les trois associations principales de professionnels du domaine de l'addiction – la Société Suisse de Médecine de l'Addiction, ainsi que les réseaux

des deux régions linguistiques GREA et Fachverband Sucht – s'accordent pour dire que l'acceptation de l'initiative «chanvre» rendra ces objectifs beaucoup plus réalistes. Les professionnels considèrent le scénario actuel comme très insatisfaisant. Il existe une loi qui interdit le cannabis de manière générale et sans marges de négociation, dont l'application cantonale varie fortement. Cette situation est source de flou juridique; elle attribue l'essentiel des ressources aux mesures répressives et non à la prévention, sans pour autant parvenir à enrayer la consommation de cannabis.

Le débat autour de l'initiative «chanvre» questionne le crédit accordé aux récents résultats de recherche souvent cités comme preuves d'une dangerosité préalablement sous-estimée du cannabis. Il est expliqué ci-après pourquoi un regard critique sur ces résultats *ne* soutient *pas* ce pré-supposé. Il ne s'agit pas de mettre en doute le fait que la consommation de cannabis puisse être nocive pour la santé, en particulier chez les adolescents. Il s'agit, en revanche, de considérer les données scientifiques, sous l'angle de l'appréciation de la proportionnalité. «Déconseiller» ne

Correspondance:  
Dr Robert Hämmig  
Services psychiatriques  
universitaires de Berne  
Funktionsbereich Sucht  
Ziegelstrasse 7  
CH-3010 Berne

signifie pas «interdire» ou «pénaliser», d'autant plus que trop peu de données indiquent un effet favorable de la pénalisation sur la réduction de la consommation [1].

### Ampleur du problème

Le cannabis est aujourd'hui la substance illégale la plus largement consommée en Suisse. 28% de la population suisse âgée entre 15 et 39 ans en a consommé une fois dans sa vie (enquête de santé-suisse, 2002, OFS). Les données épidémiologiques actuelles laissent supposer que le pic de la consommation de cannabis en Suisse s'est stabilisé, voire recule [2].

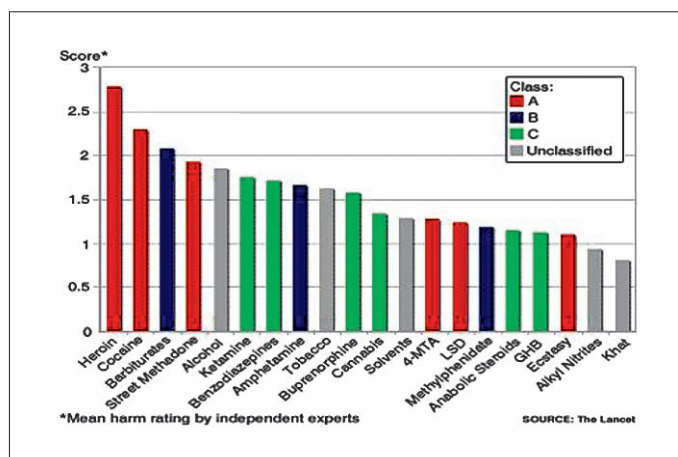
### Dangerosité du cannabis

«The Lancet» a publié une classification des substances psycho-actives selon leur dangerosité [3]. Une quarantaine de chercheurs, médecins, représentants de la police et de la justice (dans un contexte scientifique) ont évalué les substances, sur la base des connaissances actuelles, selon plusieurs critères:

- les risques pour la santé des consommateurs;
- le pouvoir addictif ou la capacité à induire une dépendance;
- les conséquences sociales de la consommation.

Le cannabis se trouve en 11<sup>e</sup> position sur les 20 substances répertoriées (fig. 1). En tête de liste figurent l'héroïne, la cocaïne et la méthadone de rue. Les substances légales comme l'alcool et le tabac sont estimées plus dangereuses que le cannabis, de même que les médicaments comme les benzodiazépines, les amphétamines et la buprénorphine.

Figure 1  
Classification de 20 substances psycho-actives par des experts.



### Voies respiratoires

Un usage fréquent du cannabis peut conduire à un grand nombre de troubles du système respiratoire, comme les bronchites chroniques ou autres inflammations des voies respiratoires. Il reste à clarifier dans quelle mesure ces troubles sont induits par la fumée du tabac – car le cannabis est fumé avec du tabac – ou résultent d'un effet du cannabis. Le consommateur régulier durant des années ou quotidien peut s'attendre à des atteintes pulmonaires et des restrictions respiratoires [4].

Les dernières études montrent que, à ce jour, il n'y a pas de relation évidente entre la fumée de cannabis et le cancer pulmonaire [5]. Tandis que la fumée du tabac comporte clairement des substances cancérigènes, des arguments suggèrent un effet anticarcinogène de certains cannabinoïdes [6].

Il faut également être attentif aux adolescents non-fumeurs qui présentent un risque plus élevé de dépendance nicotinique lors d'un usage régulier de cannabis.

### Développement cognitif

Le THC entraîne des modifications de la perception, entravant la capacité à réagir et la mémoire à court terme. Il est évident que des personnes sous effet de cannabis ne devraient pas conduire de véhicule.

Les effets à long terme sur la capacité cognitive ont surtout été examinés lors de consommations importantes, durant de longues années et après l'arrêt. Dans ce cas, une diminution de l'attention, de la capacité d'apprentissage et de la mémoire à court terme a été observée. Mais les effets à long terme sur la capacité cognitive semblent minimes après un mois d'abstinence et sont à peine mesurables.

L'âge du début de la consommation reste pourtant un facteur à considérer. Les résultats des tests en cas de consommation chronique ayant débuté avant l'âge de 17 ans sont inférieurs à ceux qui sont obtenus lors d'une entrée plus tardive dans la consommation.

### Impact sur la motivation (syndrome amotivationnel)

De nombreuses études se sont penchées sur la question d'un lien éventuel entre la consommation de cannabis et la motivation des jeunes. Elles concluent qu'il n'y a pas de lien de causalité entre la consommation de cannabis et les conséquences psychosociales [7]. L'existence d'un «syndrome amotivationnel» lié au cannabis a été souvent décrite, mais est aujourd'hui abandon-

née. Une étude suisse récente a montré que les jeunes consommant exclusivement du cannabis fonctionnaient socialement mieux que ceux qui fumaient également du tabac. Comparés aux abstinentes, ils ne présentaient pas davantage de problèmes psychosociaux [8].

#### Taux de THC

Le taux de THC contenu dans le cannabis commercialisé a augmenté. En Suisse, le taux moyen de THC des plants de chanvre est d'environ 13%. Sur le plan international, l'augmentation est discrète. La tendance de consommer davantage l'herbe au lieu du hasch rend les comparaisons avec les données antérieures difficiles. Il est certain que des plantes peuvent contenir un taux très élevé de THC, allant jusqu'à 30%. Le taux de THC et les risques ne sont pourtant pas directement reliés.

Le THC se fixe aux récepteurs anandamides situés dans les ganglions basaux, le cortex et l'hippocampe, avec des effets variables:

- influence sur la motricité (cervelet et ganglions de la base);
- modification de la notion du temps et de la concentration (cortex);
- influence sur la mémorisation et l'interprétation des informations (hippocampe).

Une substance produite par le corps s'attache aux récepteurs anandamides: l'anandamide. Elle a donné leur nom aux récepteurs découverts en 1992.

Etant donné que le tronc, centre de régulation des fonctions vitales comme la respiration, est peu doté de ce type de récepteurs, les intoxications mortelles à base de cannabis sont pour ainsi dire exclues. Jusqu'à ce jour, aucun cas de décès par effet direct du cannabis n'est décrit. La comparaison avec l'alcool est également difficile: si un alcool fort à 40% a un effet et des dommages huit fois supérieurs à une bière de 5%, ce rapport ne peut pas être établi pour le THC. L'augmentation de la concentration du THC conduit potentiellement à des expériences désagréables pour les personnes inexpérimentées (elles s'abstiendront par la suite de l'usage). Les consommateurs familiarisés adaptent leur comportement, en particulier le rapport entre le cannabis et le tabac en fonction du taux de THC. Ils obtiennent l'effet souhaité avec moins de cannabis et de tabac.

#### Risque de dépendance

Le THC peut créer une dépendance. De graves symptômes de sevrage ne sont cependant pas décrits. La consommation de cannabis peut être arrêtée inopinément sans sevrage physique important.

#### Cannabis et dépression

Sans bénéficier d'une uniformité dans les résultats, des études prospectives récentes vont dans le sens d'un lien potentiel entre la consommation de cannabis et une dépression ultérieure. Les jeunes filles qui ont consommé du cannabis relativement tôt présentent un risque plus important de développer ultérieurement une dépression [9].

#### Cannabis et schizophrénie

La consommation de cannabis peut éventuellement précipiter l'émergence de la maladie et exercer une influence négative sur son déroulement [10]. Des études récentes cherchent à montrer

Figure 2

La drogue illégale la plus consommée en Suisse: le cannabis.



qu'une consommation régulière de cannabis s'accompagne d'une augmentation du risque psychique. Une étude zurichoise a tenté de prouver que l'augmentation des admissions dans les centres psychiatriques des jeunes hommes présentant des symptômes psychotiques s'inscrivait dans l'augmentation de la consommation de cannabis concomitante à cette époque, en postulant un lien de causalité [11]. Chez les jeunes femmes, qui ont davantage augmenté leur consommation, cette tendance n'a pas été montrée dans l'étude. La thèse d'une relation causale entre la consommation de cannabis et le déclenchement d'une schizophrénie n'est donc pas prouvée. Cette affirmation est également soutenue par des résultats australiens. En Australie, la prévalence de la consommation de cannabis a fortement augmenté durant les 30 dernières années, tandis que l'incidence de la schizophrénie est restée inchangée durant cette période de temps [12]. Sous l'influence de nombreux facteurs, l'incidence peut fluctuer dans toutes les sociétés de manière importante sur un court laps de temps, notamment en raison des conditions socioculturelles [13]. Les conditions sociales pour les jeunes se sont modifiées de manière importante en Suisse durant la période examinée (chômage). On peut aussi mentionner que, comparativement à la population normale, les schizophrènes présentent une prévalence élevée d'abus de substances, en particulier d'alcool et de tabac. A ce jour, les associations observées entre l'addiction et la schizophrénie apparaissent donc multifactoriels, et non de type causal [14].

### Efficacité de l'interdit dans la prévention

Il n'existe pas de découvertes récentes qui affirment que la prohibition du cannabis réduit la prévalence de sa consommation. La comparaison internationale ne montre pas de corrélation entre une législation sévère et un faible taux de consommation [15].

### Appréciation politique

Le cannabis n'est pas une substance inoffensive. Si l'usage reste à moindre risque pour la majorité des consommateurs, d'après l'expérience internationale, la consommation semble problématique pour environ un consommateur sur vingt. Une politique spécialisée doit permettre à cette frange d'accéder précocement à des soins appropriés. Une interdiction complète du cannabis est un frein, parce que l'illégalité accroît le seuil de soins.

La prohibition du cannabis a d'autres effets indésirables:

- le contrôle des produits est impossible. Les consommateurs ne sont pas protégés. Ils manquent d'informations sur ce qu'ils consomment;
- le taux de THC ne peut pas être limité;
- des pesticides nocifs sont inhalés;
- des produits de coupe (débris de verre par exemple) sont nocifs pour les consommateurs;
- les marchés du cannabis, de la cocaïne et de l'héroïne s'entrecroisent;
- le marché noir devient de plus en plus maîtrisé par des réseaux criminels internationaux qui supplantent les fournisseurs et le commerce locaux;
- les consommateurs à problèmes, jeunes ou adultes, ne peuvent pas aborder leurs difficultés sans la peur d'une sanction: la consommation de cannabis est cachée, la reconnaissance précoce affectée et le risque de la chronicisation de la consommation s'accroît;
- plus de 30 000 infractions liées au cannabis sont dénoncées chaque année (selon les statistiques Fedpol, 10% seulement concernent les mineurs, 20% les personnes de plus de 35 ans), occasionnant une lourdeur administrative considérable et des coûts inutiles de plusieurs millions. Cet argent manque à la prévention primaire, secondaire et tertiaire.

La conclusion des spécialistes est univoque: le bilan de la politique répressive actuelle est visiblement négatif. L'interdiction cause davantage de préjudices que de bénéfices (voir aussi [16]). La dépénalisation de la consommation et le passage du marché noir vers un marché régulé sont souhaitables d'un point de vue médical. Accepter l'initiative «chanvre» permet d'acquérir une base légale qui appréhende véritablement la problématique du cannabis, en lieu et place d'une simple interdiction. Sans idéologie. Sans banalisation. Avec une juste mesure.

### Références

- 1 Schaub M, Stohler R. Les dommages à long terme de la consommation du cannabis – un problème sous-estimé?? Forum Med Suisse. 2006;6(50):1129-32.
- 2 Schmid H, Delgrande Jordan M, Kuntsche EN, Kündig H, Annaheim R. Der Konsum von psychoaktiven Substanzen von Schülerinnen und Schülern in der Schweiz. Forschungsbericht der Schweizerischen Fachstelle für Alkohol- und andere Drogenprobleme. Lausanne: SFA; 2007.
- 3 Nutt D, King L, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet. 2007; 369(9566):1047-53.

- 4 Beshay M, Kaiser H, Niedhart D, Reymond MA, Schmid RA. Emphysema and secondary pneumothorax in young adults smoking cannabis. *Eur J Cardiothorac Surg.* 2007;32(6):834-8.
- 5 Mehra R, Moore BA, Crothers K, Tetrault J, Fiellin DA. The association between marijuana smoking and lung cancer. A systematic review. *Arch Intern Med.* 2006;166(13): 1359-67.
- 6 Hashibe M, Morgenstern H, Cui Y, Tashkin DP, Zhang ZF, Cozen W, et al. Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev.* 2006;15(10):1829-34.
- 7 Macleod J, Oakes R, Copello A, Crome I, Egger M, Dickman M. Psychological and social sequelae of cannabis and other illicit drug use by young people: a systematic review of longitudinal, general population studies. *Lancet.* 2004;363(9421): 1579-88.
- 8 Suris JC, Akre C, Berchtold A, Jeannin A, Michaud PA. Some go without a cig: Characteristics of cannabis users who have never smoked tobacco. *Arch Pediatr Adolesc Med.* 2007;161(11):1042-7.
- 9 Copeland J. Cannabis use, depression and public health. *Addiction.* 2006;101(10):1380.
- 10 Bühler B, Hambrecht M, Löffler W, an der Heiden W, Häfner H. Precipitation and determination of the onset and course of schizophrenia by substance abuse – a retrospective and prospective study of 232 population-based first illness episodes. *Schizophr Res.* 2002;54(3):243-51.
- 11 Ajdacic-Gross V, Lauber C, Warnke I, Haker H, Murray RM, Rössler W. Changing incidence of psychotic disorders among the young in Zurich. *Schizophrenia Research.* 2007;95(1):9-18.
- 12 Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing the hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend* 2003; 71(1):37-48.
- 13 Nasrallah HA, Smeltzer DJ. Contemporary diagnosis and Management of the patient with schizophrenia. Newtown, PA: Handbooks in Health Care Co.; 2003.
- 14 Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev.* 2007;27(4):494-510.
- 15 Reinarman C, Cohen PD, Kaal HL. The limited relevance of drug policy: cannabis in Amsterdam and San Francisco. *Am J Public Health.* 2004;94(5): 836-42.
- 16 Grotenhermen F. The toxicology of cannabis and cannabis prohibition. *Chem Biodivers.* 2007; 4(8):1744-69.
- Arnaud S, Zobel F, Gervasoni JP, Schnoz D, Dubois-Arber F, Isenring G-L, et al. Monitoring de la problématique du cannabis en Suisse. Etude sentinelle 2004–2006. *Raisons de Santé*, 127b. Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive; Institut de criminologie et de droit pénal de l'Université de Lausanne; 2007.
- Linskey MT. Life-time cannabis use and late onset mood and anxiety disorders. *Addiction.* 2007; 102(8):1181-2.