

JUILLET 2014 - NUMÉRO 53

DÉPENDANCES



le cannabis
aujourd'hui

Revue éditée par
Addiction Suisse
et le **GREA**

SOMMAIRE

« Le cannabis aujourd'hui »

Éditorial <i>Jean-Félix Savary</i>	p. 1
Cannabis : état des lieux épidémiologique <i>Etienne Maffli</i>	p. 2
Quelle politique en matière de cannabis ? Les défis d'une régulation du marché <i>Christian Schneider</i>	p. 4
« Le challenge est de rester ouvert à des nouvelles façons de penser et de traiter les conflits dans le respect d'autrui » <i>Interview d'Ethan Nadelmann</i>	p. 8
Le processus uruguayen de contrôle et de régulation du cannabis <i>Olivier Guéniat et Jakob Huber</i>	p. 12
Le modèle des Cannabis Social Clubs <i>Frank Zobel, Marc Marthaler et Barbara Broers</i>	p. 15
Cannabis : tabou légal, tabou médical ? <i>Didier Jayle</i>	p. 18
Le « cannabis medical club », un modèle d'accès au cannabis thérapeutique ? <i>Camille Goumaz, Jennifer Cau, Barbara Broers</i>	p. 20
Cannabis et psychose : hypothèses et évidences <i>Aurelio Restellini, Gabriel Thorens, Daniele Zullino</i>	p. 24
Cannabinoïdes de synthèse : radiographie d'une alternative au cannabis <i>Frank Zobel</i>	p. 28

ÉDITORIAL

Le cannabis pourrait s'apprêter à emprunter le périlleux chemin qui sépare les drogues illégales des drogues légales. Prohiber une substance, c'est s'interdire d'agir par la voie réglementaire sur le marché. Seule l'action à la marge est possible, notamment en matière de réduction des risques, de prévention et de traitement. Le chemin inverse, par contre, soit réglementer une substance interdite, représente un défi bien plus important. Cela ouvre des possibilités d'action bien plus vastes sur l'ensemble de la chaîne, de la production jusqu'à la consommation. Cependant, « plus de possibilités d'actions », c'est aussi « plus de responsabilités ». En effet, la légalisation exige des réponses à des problématiques complexes : restrictions d'accès, limites d'âge, prix, composition des produits, contrôle, fiscalité, etc. Où est la limite ? Comment réduire les risques ? De quels risques parlons-nous ? Autant de sujets à controverse sur lesquels le champ politique devra trancher.

Il serait irresponsable d'avancer dans ces débats sans une analyse attentive et minutieuse des multiples questions posées. En effet, le cannabis n'est pas un produit comme un autre. Sa consommation peut s'associer à des risques non négligeables. Les observations s'accumulent sur la dépendance, tout comme sur les interactions avec certaines maladies psychiques, voire avec des difficultés sociales. Les aspects plus bénéfiques, comme les usages médicaux ou récréatifs, doivent eux aussi trouver leur place dans un paysage contrôlé et encadré. Si, à l'image des autres substances, la corrélation simple entre usage et problèmes n'est jamais directe, ces questions doivent faire l'objet d'une responsabilité collective particulière.

C'est ce débat que la revue *dépendances* vient nourrir dans ce nouveau numéro. Loin des positions dogmatiques, elle livre ici des expériences pratiques, des informations actuelles sur le produit, tout en éclairant le débat politique. Le chemin est encore long et dix numéros spéciaux ne suffiraient pas à épuiser le travail que nous avons devant nous.

A nous tous donc d'y contribuer, pour traverser ensemble ce difficile passage à la réglementation et avancer vers des politiques drogues plus efficaces et plus humaines.

Jean-Félix Savary, GREA

CANNABIS : ÉTAT DES LIEUX ÉPIDÉMIOLOGIQUE

Etienne Maffli, psychologue, chef de projet, secteur recherche, Addiction Suisse, Lausanne

L'auteur présente un aperçu des données épidémiologiques sur le cannabis tiré du **Monitoring suisse des addictions**.

CONSOMMATION DE CANNABIS DANS LA POPULATION RÉSIDENTE SUISSE

Le cannabis est en Suisse de loin la substance la plus consommée parmi les substances illicites. Sur la base des résultats de l'enquête CoRoLAR¹ menée annuellement auprès de la population générale depuis 2011, on peut supposer qu'environ 3 personnes sur 10 de la population résidente âgée de 15 ans et plus a déjà expérimenté le cannabis. L'usage actuel (« au cours des 30 derniers jours ») constaté par cette enquête concerne environ 3% de la population de 15 ans et plus. En extrapolant, ce sont donc autour de 200'000 personnes qui consommeraient activement du cannabis en Suisse. Une sous-estimation de ces chiffres ne peut cependant pas être exclue, étant donné que des activités socialement sanctionnées peuvent être passées sous silence dans le cadre d'enquêtes auprès de la population.

LES HOMMES ET LES JEUNES PLUS CONCERNÉS

En regardant ces résultats de plus près, il faut d'abord noter que l'usage actuel s'avère être au moins deux fois plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Ensuite, la grande majorité des usagers actuels de cannabis se trouve parmi les groupes d'âge de moins de 35 ans. Les taux les plus élevés sont observés parmi les 15-24 ans avec presque 10% d'usagers actuels dans cette classe d'âge. Les résultats de l'enquête HBSC² de 2010, représentative pour les écolières et écoliers des derniers degrés de l'école obligatoire, révèlent que l'usage actuel de cannabis est déjà bien répandu auprès des adolescents (8.3% des jeunes de 14 ans et 13.2% des jeunes de 15 ans). Concernant le contexte culturel, les chiffres de l'enquête CoRoLAR sont très semblables en Suisse romande et en Suisse alémanique, mais la Suisse italienne se distingue par des taux nettement inférieurs.

USAGE PROBLÉMATIQUE

Selon les résultats de l'enquête CoRoLAR, environ un tiers des usagers actuels de cannabis consomment au moins 10 jours par mois. Les seuils d'un usage problématique de



Photo: SXC.hu

cannabis sont cependant difficiles à déterminer sur la base de l'état actuel des connaissances. En 2012, un module de questions cherchant à détecter la consommation problématique de cannabis (CUDIT³) a été appliqué dans le cadre de l'enquête CoRoLAR. Les résultats révèlent une proportion de 1.3% d'usage problématique auprès de la population générale (dès l'âge de 15 ans). Parmi les personnes âgées de 15-29 ans, ce taux se situait à 5.1%. Ici également, il faut tenir compte de l'éventualité d'une sous-estimation de ces proportions en raison de la désirabilité sociale.

EVOLUTION DEPUIS LES ANNÉES 90

Les résultats de l'Enquête suisse sur la santé (ESS) mise en place dans les années 90 et effectuée tous les 5 ans offrent un certain recul pour se rendre compte de l'évolution dans le temps. Les prévalences de l'usage actuel n'ont que très peu varié dans les enquêtes de 1997 (3.4%), 2002 (3.7%) et 2007 (3.4%) et ne semblent pas être très différentes des prévalences établies récemment par l'enquête CoRoLAR, même si ces chiffres ne sont pas directement comparables en raison de questions posées différemment. Contrairement à la situation relativement stable observée concer-

¹ CoRoLAR (Continuous Rolling Survey of Addictive Behaviours and Related Risks): Enquête permanente auprès de la population générale mise en place dès 2011. Chaque année, environ 11'000 personnes de 15 ans et plus domiciliées en Suisse sont interrogées par téléphone.

² HBSC (Health Behaviour in School-Aged Children): enquête quadriennale sur les comportements de santé des élèves âgés de 11 à 15 ans en Suisse et dans une quarantaine d'autres pays.

³ CUDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test): instrument de dépistage de l'usage problématique de cannabis basé sur le test AUDIT fréquemment utilisé dans le domaine de l'alcool.

nant les prévalences, les dénonciations pour consommation de cannabis n'ont cessé d'augmenter entre 1990 et 2013 selon les statistiques des stupéfiants de l'Office fédéral de la statistique. De même, une tendance à l'augmentation des demandes de prise en charge liées au cannabis (problème principal) peut être observée parmi les centres d'aide participant au monitoring act-info⁴ entre 2006 et 2012.

UNE QUESTION DE PERCEPTION SOCIALE ?

Si les dénonciations pour consommation de cannabis et la demande de prise en charge thérapeutique liée à ce comportement sont en augmentation, alors que les résultats d'enquêtes auprès de la population ne semblent pas indiquer une telle tendance, c'est peut-être que la perception de la dangerosité et par là même l'acceptabilité sociale de l'usage de cannabis se sont péjorées au cours des 15 à 20 dernières années. Il est probable que le taux de substance active (THC) en augmentation dans les plantes de cannabis et les conséquences nocives suspectées à cet égard ne soient pas étrangers à l'évolution de cette perception. Cependant, les récents rebonds quant au statut légal de la consommation de cannabis dans quelques Etats et pays américains ainsi que les échos de ces développements dans l'opinion pourraient à nouveau changer l'image de cette substance.

Cet aperçu a été rédigé sur la base du site <http://www.monitorage-addictions.ch/fr.html> qui permet d'aller plus loin dans la recherche de données épidémiologiques et de consulter toutes les sources mentionnées.

Courriel :
emaffli@addictionsuisse.ch

⁴ act-info (addiction, care and therapy information): système harmonisé de monitoring des usagers des structures du domaine de l'aide aux personnes dépendantes en Suisse.

TDO4

QUATRIÈME COLLOQUE INTERNATIONAL FRANCOPHONE SUR LE TRAITEMENT DE LA DÉPENDANCE AUX OPIOÏDES

GARANTIES D'ACCÈS & INTER-ACTIONS

18-19 DÉCEMBRE 2014
BRUXELLES

Info & inscriptions :

www.tdo4.be



D'autres questions ?

info@tdo4.be
+32 (0)2 514 12 60



QUELLE POLITIQUE EN MATIÈRE DE CANNABIS ? LES DÉFIS D'UNE RÉGULATION DU MARCHÉ¹

Christian Schneider, analyste stratégique, Office fédéral de la police fedpol, Berne

La politique drogue fondée sur la prohibition a montré ses limites. Cependant, que signifie réellement une régulation du marché ? De quels éléments faut-il tenir compte ? Comment estimer les risques ? Analyse fouillée de la question. (réd.)

L'Uruguay et les deux Etats nord-américains du Colorado et de Washington ont récemment décidé d'assouplir l'interdiction du cannabis². En Suisse aussi, cette décision a réalimenté le débat autour d'une réforme de la législation sur le cannabis. Une commission a présenté à Ge-nève une première série de suggestions pour une régulation alternative du marché du canna-bis. D'autres villes suisses réfléchissent aussi à des changements.

Que l'on considère cette évolution comme souhaitable ou non, de nombreux éléments semblent indiquer que la question restera d'actualité pendant longtemps encore. Pour cette raison, il nous faut accorder une attention particulière aux défis que poserait une nouvelle régulation du marché.

LES DÉFIS TECHNIQUES : UNE RÉGULATION À L'AVEUGLETTE

Il est judicieux d'intervenir sur les marchés lorsqu'on veut encourager une modification du comportement auprès des acteurs de ces marchés et si les coûts matériels et sociaux de l'intervention ne dépassent pas les avantages escomptés. Mais connaissons-nous suffisamment bien les marchés du cannabis en Suisse pour pouvoir juger que tel est le cas ?

Deux études récemment publiées concernant le comportement des consommateurs de cannabis dans sept Etats européens³ et dans l'Etat fédéré de Washington⁴ semblent indiquer que tel n'est pas le cas. Les enquêtes effectuées auprès des consommateurs ont révélé que dans les huit territoires examinés, les consommateurs se répartissent en quatre

catégories : consommateurs exceptionnels (moins de 11 jours de consommation par an), consommateurs occasionnels (de 11 à 50 jours par an), consommateurs fréquents (de 50 à 250 jours par an) et consommateurs intensifs (plus de 250 jours par an). Il a également été constaté dans tous les pays examinés que plus l'intensité de la consommation (calculée en jours de consommation par an) est élevée, plus la quantité consommée par jour augmente⁵.

Néanmoins, la quantité consommée annuellement par personne varie considérablement selon les pays, notamment dans la catégorie des consommateurs intensifs. Selon ces enquêtes, la consommation annuelle d'un consommateur intensif au Portugal s'élève en moyenne à 200 grammes, alors que la consommation annuelle d'un consommateur intensif en Angleterre/Pays de Galle est estimée en moyenne à 440 grammes⁶. La place occupée par chacune des quatre catégories varie aussi fortement d'un pays à l'autre. En Suède par exemple, 66 % des amateurs consomment moins de 11 jours par an et 5 % 250 jours ou plus par an. Au Portugal, par contre, la part des consommateurs exceptionnels est de 37 % et la part des consommateurs intensifs de 25 %⁷.

L'étude concernant l'Etat de Washington souligne encore un autre aspect : les consommateurs se concentrent dans un nombre relativement restreint de zones géographiques⁸: 50 % de l'ensemble du cannabis consommé l'est dans les trois régions (sur 39) les plus peuplées⁹. Cela indique sans équivoque qu'une répartition judicieuse des licences commerciales (si le commerce légal est destiné, dans toute la mesure du possible, à remplacer le marché noir) requiert un maximum de renseignements sur la consommation et sa répartition géographique. Si ces aspects ne sont pas pris en compte, certains secteurs seront insuffisamment « ravitaillés », augmentant le risque que des producteurs et des vendeurs non autorisés combrent les lacunes ainsi générées.

¹ Cet article a été écrit à partir d'un exposé intitulé « Cannabis : Alternative Regulierungsmodelle im Ausland » tenu par l'auteur à l'occasion du « Zürcher Forum für Drogen und Sucht » en octobre 2013. Toutes les opinions exprimées ici reflètent la position personnelle de l'auteur et non pas nécessairement la position officielle de l'Office fédéral de la police et de la Police judiciaire fédérale.

² Le Colorado a légalisé depuis quelques années déjà la culture, la vente et la consommation du cannabis à des fins médicales. Il existe des réglementations similaires de l'usage du cannabis à des fins médicales dans plusieurs autres Etats des Etats-Unis et dans de nombreux pays industrialisés, les modèles de réglementation étant parfois extrêmement différents. A propos du projet de loi adopté en Uruguay, voir Hormann/Gomis (2013).

³ Van Laar et al. (2013). Les pays suivants ont été étudiés : Angleterre et Pays de Galles, Bulgarie, Italie, Pays-Bas, Portugal, République tchèque et Suède.

⁴ Kilmer et al. (2013).

⁵ Van Laar et al. (2013 : 108).

⁶ Van Laar et al. (2013 : 120).

⁷ Van Laar et al. (2013 : 162).

⁸ Kilmer et al. (2013 : 22 ; 26).

⁹ Kilmer et al. (2013 : 47).

Les deux études soulignent la nécessité de disposer d'informations détaillées sur la demande¹⁰ et la quasi-impossibilité de reprendre directement les données concernant d'autres pays, d'autres époques et d'autres marchés (noirs)¹¹. En l'absence de ce type d'informations, le législateur potentiel ou le responsable potentiel de l'application des lois évoluent à l'aveugle dans un projet de cadres régulateurs. Sans données sur la demande, il est impossible de savoir quelle mesure ou combinaison de mesures permettra d'atteindre de manière efficace les objectifs politiques. Dans ces circonstances, il semble tout aussi difficile d'estimer les répercussions indésirables des mesures prises.

Cela ne signifie pas pour autant qu'une réforme comporte toujours des risques élevés. Des essais de nouvelles réglementations ont été menés avec succès dans la politique relative aux stupéfiants¹². La clé du succès à cet égard semble être une définition claire des objectifs à atteindre et du cadre temporel, et la garantie que les effets seront évalués conformément à des normes scientifiques. Mais cela nécessite aussi la capacité de recueillir de manière systématique les données adéquates, de les analyser et de diffuser les résultats.

LES DÉFIS PRATIQUES : UNE ORGANISATION DU MARCHÉ DANS DES ESPACES POLITIQUES FRAGMENTÉS

La question de savoir comment modifier de manière pertinente le comportement sur le marché n'est toutefois qu'un aspect du problème. Il faut aussi répondre à diverses questions pratiques. Comment organiser la production (production étatique, commerciale ou non commerciale, dans le cadre des « clubs sociaux cannabiques »¹³) ? Quelles restrictions appliquer à la vente et aux vendeurs ? A quels endroits de la chaîne de valeur la taxation doit-elle intervenir et à quel niveau ? Quelles normes de qualité faut-il établir ? Comment et par qui le respect de ces normes doit-

10 Les données disponibles en Suisse extraites de sondages représentatifs et qui contiennent les prévalences de l'année et du mois sont de peu d'utilité. On ne peut en tirer aucune conclusion sur la répartition des différents comportements en matière de consommation dans le groupe des consommateurs de cannabis.

11 A propos des limites des comparaisons géographiques, temporelles et intersectorielles, voir MacCoun/Reuter (2001). A propos de la qualité et de la pertinence des données en relation avec les marchés des stupéfiants, voir Committee on Data and Research for Policy on Illegal Drugs (2001).

12 La distribution d'héroïne en Suisse est à ce titre exemplaire. En Australie, dans l'Etat fédéral d'Australie-Occidentale, le « Cannabis Infringement Notice », système de mise en garde similaire à l'amende d'ordre utilisée en Suisse, a été appliqué de 2002 à 2007, puis supprimé parce qu'il n'avait pas eu l'efficacité espérée (voir Fetherstone/Lenton 2007). En 2013, la Nouvelle-Zélande a adopté une loi réglementant le marché des nouvelles substances psychoactives. Cette loi est applicable sur une période limitée à cinq ans et peut être abrogée si elle ne répond pas aux attentes.

13 La notion de « cannabis social club » (en français clubs sociaux cannabiques) est apparue pour la première fois en Espagne, dans le contexte d'un modèle informel de réglementation du cannabis. Ces clubs ont profité d'une zone d'incertitude juridique pour produire, en tant qu'organisations assimilées à des associations, et distribuer du cannabis à leurs membres. Les coûts de production et de distribution sont couverts par une cotisation de membre et le club détermine la quantité maximale à remettre par mois et par membre.



Photo: SSC/HR

il être contrôlé ? Comment le non-respect des dispositions doit-il être sanctionné ? Comment et par qui la prévention doit-elle être pratiquée ?

Chacune de ces questions peut en principe trouver réponse. Dans sa loi sur la vente légale de nouvelles substances psychoactives, la Nouvelle-Zélande a traité un grand nombre de ces problèmes administratifs¹⁴. Le Colorado a mis sur pied une autorité, la *Marijuana Enforcement Division*, qui surveille le commerce de la marijuana. Cette agence étatique a établi des dispositions d'exécution réglementant tous les aspects du marché¹⁵. Dans l'Etat de Washington, le commerce de la marijuana sera surveillé par la *State Liquor Control Board*, qui contrôle déjà le marché de l'alcool¹⁶.

Il est fort probable qu'une nouvelle réglementation ne pourra pas fonctionner d'emblée sans friction ni effets secondaires. Les marchés sont des systèmes sociaux complexes qui peuvent réagir de manière inattendue aux interventions. Le modèle actuel de régulation du marché par l'interdiction a eu des répercussions auxquelles nul ne pensait lorsqu'il a été mis en place¹⁷.

La question décisive est donc de savoir si le législateur est en mesure de créer un système administratif, d'une part, suffisamment rigide et détaillé afin d'interdire les pratiques commerciales dangereuses aisément identifiables et d'empêcher les abus prévisibles, mais, d'autre part, suffisamment flexible pour permettre de déceler à temps

14 Pour une vue d'ensemble de la mise en œuvre de la loi néo-zélandaise sur les nouvelles substances psychoactives, voir New Zealand Ministry of Health (2013a). Contrairement aux produits cannabiques, les nouvelles substances psychoactives peuvent être modifiées, raison pour laquelle la loi néo-zélandaise prévoit aussi une procédure d'autorisation pour les nouvelles substances de synthèse (voir égal. New Zealand Ministry of Health 2013b).

15 Colorado Department of Revenue (2013).

16 Washington State Liquor Control Board (2012).

17 ONUDC (2008 : 216 à 217).

les répercussions inattendues et réagir en conséquence. Étant donné la fragmentation des compétences politiques en Suisse, une autre question assez fréquente se pose, du reste, ici : qui va en assumer les coûts matériels et sociaux, et dans quelles proportions ? On ne sait si la fragmentation politique est une bénédiction ou une malédiction pour une réforme : les différences locales dans la mise en œuvre des réglementations peuvent modifier le comportement sur le marché. Une large palette de solutions possibles peut aider à mieux discerner ce qui fonctionnerait dans la nouvelle régulation du marché du cannabis et ce qui ne fonctionnerait pas. Mais la coordination serait dans ce cas une nécessité beaucoup plus grande.

Ici aussi, comme à propos des défis techniques, il nous faut examiner les enseignements pratiques tirés d'autres contextes. Les médicaments, l'alcool et le tabac présentent des problématiques et des solutions de régulation comparables. L'expérience acquise dans les domaines de la fabrication des produits alimentaires, de la réglementation des ventes d'armes ou de la lutte contre le blanchiment d'argent pourrait fournir des indications sur les possibilités et les dangers que comporte la limitation d'activités risquées ou socialement peu souhaitables (celles des consommateurs et/ou des fournisseurs).

LES DÉFIS POLITIQUES : LA RECHERCHE D'UN CONSENSUS SUR LES OBJECTIFS DE LA RÉGULATION

Prudence est de mise face aux expériences rassemblées dans d'autres environnements réglementaires. Une fois admise l'impossibilité de les reprendre telles quelles, il n'en demeure pas moins qu'elles fournissent des réponses plausibles aux problèmes techniques et pratiques que pose une régulation du marché.

Afin de passer d'un modèle de régulation plausible à un modèle de réglementation réaliste, il est une question politique qui a absolument besoin de trouver réponse. Et cette réponse contiendra inévitablement des jugements de valeurs. En effet, il est impossible de répondre objectivement à la question des buts premiers d'une intervention sur le marché et des situations à éviter.

L'amende d'ordre sanctionnant la consommation de cannabis, introduite le 1er octobre 2013, montre la difficulté de répondre à cette question. L'objet principal de cette modification de loi reste obscur. Selon leur arrière-plan organisationnel ou politique, les spécialistes interrogés expriment des positions différentes : l'uniformisation de la situation juridique et par là la réduction de l'arbitraire à l'égard du consommateur, la décharge administrative pour la police, les économies de coûts pour la justice et la proportionnalité

de la punition en parallèle à la protection de la jeunesse sont souvent mises en avant comme objectifs principaux de ce modèle d'amende d'ordre¹⁸.

En premier lieu, il est difficile d'identifier les priorités et de les synchroniser. Pourtant, la problématique est relativement « légère » par rapport à celle d'une refonte totale des règles concernant le cannabis. La liste des objectifs possibles d'une nouvelle régulation du marché est longue : prévalence à vie la plus réduite possible au sein de la population totale, consommation à risque la plus réduite possible, parcours de consommation le plus court possible, meilleure protection de la jeunesse, accès le plus facile possible aux conseils et aux thérapies, augmentation de l'âge de la première consommation, décriminalisation des consommateurs, diminution du contact entre les consommateurs et les milieux criminels, séparation du marché du cannabis des marchés des autres substances (plus nocives), diminution du volume illégal du marché, réduction des ventes dans la rue, amélioration du contrôle de l'État quant à la qualité et à la teneur en substances actives, augmentation des recettes fiscales, renforcement de la légitimité de la police et de la justice, poursuite pénale moins onéreuse et enfin, et non des moindres, plus grande liberté individuelle. Telles sont quelques-unes des attentes possibles.

Les conflits entre objectifs sont d'ores et déjà programmés. Les décisions techniques et pratiques ne peuvent remplacer le débat politique et l'on ne peut simplement repousser à plus tard les processus de négociation.

ET ENSUITE ?

Le débat politique autour du cannabis est marqué certes par l'incertitude régnant à propos des répercussions qu'auront les modifications du modèle actuel basé sur l'interdiction. Mais il est aussi l'expression d'un clivage idéologique. Il ne sera pas facile de sortir de cette impasse. On souhaiterait clarifier toutes les questions pertinentes et mettre en place une gestion réelle des attentes au niveau national. Mais cela semble invraisemblable. Les expériences rassemblées au niveau local seraient certes de nature à donner des réponses aux questions encore en suspens selon la méthode essai-erreur. Mais eu égard au droit en vigueur, elles soulèvent beaucoup de questions. Adopter une politique du laisser-faire dans le domaine du cannabis s'est déjà avérée non viable au début de la décennie écoulée.

La Suisse a déjà montré dans les années 90 qu'elle savait trouver des solutions pratiques aux problèmes de drogues. Le courage d'expérimenter et la volonté politique de coopérer et de coordonner les actions entre Confédération, cantons et villes étaient alors les conditions du succès des solutions choisies. Tout modèle de réglementation renferme des risques, recèle des lacunes et crée les circonstances incitant à en profiter. Nulle réglementation n'est parfaite, surtout dans un environnement politique complexe. Il semble donc illusoire de vouloir résoudre la problématique

¹⁸ Ces motifs ont été signalés par l'auteur au cours de ses entretiens avec des représentants de services de police, de services de santé, des villes, des cantons et de la Confédération comme principales attentes concernant l'introduction d'un modèle d'amendes d'ordre.¹⁷ ONUDC (2008 : 216 à 217).

du cannabis uniquement par un modèle de régulation. Mais il est tout aussi illusoire de viser un consensus politique sur les objectifs d'une régulation qui ne reposerait pas sur des expériences rassemblées en Suisse. Par contre, il serait salubre que tous les participants fassent preuve de pragmatisme.

Courriel :

Christian.Schneider@fedpol.admin.ch

Bibliographie :

Colorado Department of Revenue (2013). Permanent Rules Related to the Colorado Retail Marijuana Code: Marijuana Enforcement Division 1 CCR 212-2. Denver, September 9, 2013.

Committee on Data and Research for Policy on Illegal Drugs (2001). Informing America's Policy on Illegal Drugs: What We Don't Know Keeps Hurting Us. Washington: National Academy of Sciences.

Fetherstone, James and Lenton, Simon (2007). Effects of The Western Australian Cannabis Infringement Notice Scheme on Public Attitudes, Knowledge and Use: Comparison of Pre- and Post Change Data. Perth: National Drug Research Institute. Disponible sur Internet: <http://ndri.curtin.edu.au/local/docs/pdf/publications/T177.pdf> [dernière consultation le 30.01.2014].

Hofmann, Claudia und Benoit Gomis (2013). Uruguay Marijuana Bill Portends New Era in Drug Policy. World Politics Review. Briefing, August 20, 2013.

Kilmer, Beau; Caulkins, Jonathan P; Midgette, Gregory; Dahlkemper, Linden; MacCoun Rober J. und Liccardo Pacula, Rosalia (2013). Before the Grand Opening: Measuring Washington State's Marijuana Market in the Last Year Before Legalized Commercial Sales. Washington: Rand Drug Policy Research Center.

MacCoun, Robert und Peter Reuter (2001). Drug War Heresies: Learning from Other Vices, Times and Places. Cambridge: Cambridge University Press.

New Zealand Ministry of Health (2013a). Psychoactive Regulatory Authority. Disponible sur Internet: <http://www.health.govt.nz/our-work/regulation-health-and-disability-system/psychoactive-substances> [dernière consultation le 30.01.2014].

New Zealand Ministry of Health (2013b). Safety Assessment of Psychoactive Substance. Disponible sur Internet: <http://www.health.govt.nz/system/files/documents/pages/safety-assessment-psychoactive-products-v3.pdf> [dernière consultation le 31.01.2014].

UNODC (2008). World Drug Report 2008. Vienna: United Nations: 216-217,

Van Laar, Margriet; Frijns, Tom; Trautmann, Franz und Lomb, Linda (2013). Cannabis market: user types, availability and consumption estimates. In: Trautmann, Franz; Kilmer, Beau und Turnbull, Paul (Ed.). Further insights into aspects of the illicit EU drugs market. Luxembourg: Publications Office of the European Union: p. 73 à 182.

Washington State Liquor Control Board (2012). Initiative 502's impact on the Washington State Liquor Control Board: Factsheet. Olympia, November 19, 2012.



COLLOQUE ADDICTIONS ET SOCIÉTÉ

La complexité des phénomènes d'addiction dans nos sociétés demande une lecture pluridisciplinaire et transversale de notre réalité. Ces dernières années, ce sont les recherches cliniques qui ont eu le plus de visibilité, laissant un peu dans l'ombre les autres disciplines, notamment celles issues des sciences sociales, comme l'économie, le droit, la sociologie ou l'anthropologie.

Le GRE'A propose de mettre à l'honneur les contributions issues de ces champs de recherche dans un colloque international de deux jours répartis en 4 thématiques : « Le risque », « La construction identitaire », « L'espace public, l'espace privé » et « les politiques publiques ».

LIEU : Genève, Uptown Geneva

DATES : Mercredi 12 et jeudi 13 novembre

FESTIVAL DE FILMS GRE'art

La raison et l'approche scientifique sont une manière d'appréhender la réalité. La démarche artistique en est une autre. Elle nous permet de prendre de la distance et renouveler nos questionnements sur les addictions. Elle peut surtout faire office de pont vers la société et nous offrir l'occasion de réfléchir et parler ensemble d'addictions ouvertement.

Le GRE'A lors de ses 50 ans lance le projet GRE'art qui vise à fédérer les énergies en la matière. Un festival de films dans les villes de Suisse romande en sera sa première expression et, en marge des projections, des événements seront proposés avec nos partenaires cantonaux. La programmation exacte sera disponible sur le site du GRE'A.

LIEU : Cinémas dans les cantons romands

DATES : Septembre - Novembre 2014

www.grea.ch | 024 426 34 34

« LE CHALLENGE EST DE RESTER OUVERT À DES NOUVELLES FAÇONS DE PENSER ET DE TRAITER LES CONFLITS DANS LE RESPECT D'AUTRUI »

Interview du **Professeur Ethan Nadelmann**, fondateur et directeur de la *Drug Policy Alliance*, New-York, réalisée par Jean-Félix Savary avec le soutien de Daniel Carreira

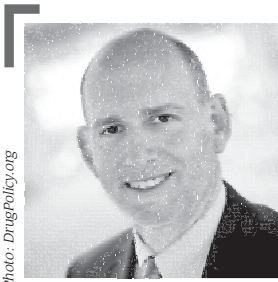


Photo: DrugPolicy.org

Né en 1957 à New-York, cet Américain de 57 ans a étudié dans les universités les plus reconnues ; la science politique à Harvard et les relations internationales à la London School of Economics. Après avoir enseigné la politique et les affaires publiques à l'Université de Princeton, où il commença ses premières recherches dans le contexte des drogues, il a fondé la *Drug Policy Alliance*, dont il est le directeur.

De nombreux pays – dont la Suisse – sont encore soumis à des politiques drogues prohibitionnistes, alors qu'un nombre croissant d'acteurs s'accorde aujourd'hui à les qualifier d'échec. Dans ce contexte qui semblait bloqué, un pays mène désormais la fronde contre le modèle de la guerre à la drogue : les Etats-Unis d'Amérique. Alors qu'il a longtemps été le promoteur de la « guerre à la drogue », ce leadership des USA dans le mouvement réformiste pourrait surprendre. Cela serait néanmoins méconnaître la réalité sociale et politique des Etats-Unis, où une société civile très active sur le sujet se bat depuis de nombreuses années contre l'approche obscurantiste traditionnelle. Dans cette constellation de militants, Ethan Nadelmann, le charismatique directeur de la *Drug Policy Alliance*, incarne ce mouvement mieux que personne. Il a su imposer une lecture transversale de la problématique pour agréger ensemble des forces multiples, et rallier des majorités. Il nous livre ici sa lecture du débat américain, sa vision de l'Europe, ainsi que les stratégies politiques qui ont fait le succès de son mouvement. Après des années où les Européens avaient tendance à leur faire la leçon, il est temps d'apprendre de nos collègues états-uniens !

Pourriez-vous nous décrire la « Drug Policy Alliance » ?

La DPA est l'organisation leader aux Etats-Unis – et peut-être du monde – qui a comme vocation d'arrêter la « guerre à la drogue », cette dernière ayant démontré plusieurs fois son inefficacité. Nous voulons promouvoir des politiques alternatives fondées sur une approche orientée vers la science, la compassion, la santé et surtout les droits humains. Notre influence s'établit principalement aux Etats-Unis, mais elle se développe également à l'international, et plus spécifiquement dans les pays d'Amérique latine et aux Caraïbes. A long terme, l'organisation vise la légalisation du cannabis sur tout le territoire américain.

Quels sont les principaux éléments de votre stratégie ?

Une justice rationnelle est le pilier de notre stratégie qui s'articule autour de plusieurs aspects fondamentaux :

La réduction du nombre d'arrestations concernant la violation de la loi sur les drogues. Aux Etats-Unis, il existe près de 1.5 millions d'arrestations par an et la moitié d'entre elles concernent uniquement les détenteurs de marijuana (env. 750'000 en 2012). Pour atteindre notre objectif, la décriminalisation est un aspect important. En effet, nous pensons que la sanction devrait être allégée, passant à une infraction mineure, puis à quelque chose de licite. En outre, nous soutenons également l'utilisation de marijuana à des

fins médicales. Bien sûr, certains ajustements devront être consentis selon les Etats et leur législation. Néanmoins, à terme, l'objectif est de révoquer la prohibition des drogues aux Etats-Unis, en commençant par le cannabis.

Enrayer les emprisonnements de masse liés aux politiques répressives actuelles. Les Etats-Unis représentent 5% de la population mondiale, mais près de 25% de la population carcérale ! Les détentions pour des délits relatifs à la drogue se chiffraient à 50'000 en 1980, mais à 500'000 ces dernières années, soit une augmentation dramatique dix fois supérieure. Pourtant, la situation réelle est encore bien plus alarmante. Cette statistique ne prend pas en compte des délits indirectement liés aux drogues, comme des vols commis pour obtenir de quoi s'acheter sa propre consommation, des violences – bagarres, disputes, meurtres – résultant de l'approvisionnement en drogues dans des milieux illégaux et pas contrôlés, et/ou des personnes qui étaient en période probatoire – pour un délit non lié à la drogue – qui se font réincarcérer à cause d'un délit relatif à la drogue. Tous ces délits sont indirectement liés à cette problématique et devraient péjorer les résultats. La situation est alarmante. Ces dernières années, le nombre de personnes incarcérées aux États-Unis pour trafic de drogue est plus grand que le nombre de personnes incarcérées en Europe occidentale – pour toutes les infractions combinées – et ce, même si la population totale de l'Europe occidentale est supérieure de 50 millions de personnes. Il existe aujourd'hui une disproportion évidente entre les personnes

visées, arrêtées, persécutées et délaissées. La DPA est véritablement engagée à révoquer ces délits mineurs, réformer ces procédures obsolètes – car sans impact positif sur la sécurité des personnes – et à développer de nouvelles alternatives en dehors du système judiciaire.

Adopter une approche basée sur les sciences, le pragmatisme et les droits humains pour traiter du domaine de la drogue. La majorité des consommateurs ne sont pas dépendants et n'engendrent aucun problème à la société. Cette consommation à des fins privées ne devrait pas être considérée par la justice et devrait être réglemantée sur le modèle de l'alcool. De plus, il est également prouvé que les résultats sont meilleurs lorsque l'addiction est traitée comme un problème de santé et non pas par une approche criminelle, raison pour laquelle il est nécessaire de favoriser les solutions en dehors du système judiciaire. Toutefois, cela ne signifie pas la désresponsabilisation des actes commis par une personne sous l'influence d'une drogue. Une personne conduisant sa voiture sous influence d'une drogue et heurtant un piéton doit être tenue pour responsable de ses propres actes : la drogue ne peut pas servir d'excuse, surtout lorsque l'intégrité physique ou psychique d'un tiers est en jeu. Nous sommes pour la responsabilisation individuelle des personnes. Par contre, il est irresponsable de s'en tenir aujourd'hui à la lecture morale et punitive de la prohibition, alors que tous les éléments scientifiques à notre disposition s'accordent pour affirmer qu'il s'agit de la mauvaise méthode.

Pouvez-vous nous décrire l'influence des droits humains dans le mouvement anti-prohibitionniste aux États-Unis ?

L'engouement actuel des nouvelles organisations actives dans le domaine des drogues, avec une approche basée sur les droits humains, est véritablement important pour nous. Cette notion se développe, prend de l'ampleur et un nombre croissant d'organisations s'engage massivement à nos côtés. Prenons l'exemple de *Human Right Watch* qui propose aussi une approche basée sur les droits humains et qui défend l'idée que la criminalisation des personnes usagères de drogues est une violation des droits humains. Il est nécessaire de réduire les externalités négatives des politiques drogues sur les droits humains, comme le fait aussi par exemple *Harm Reduction International (HRI)* qui vise une réduction des risques associés aux drogues. Le travail de Damon Barrett, directeur-adjoint de *HRI* s'est révélé particulièrement efficace. Concrètement, la DPA n'est pas seule à percevoir ces problèmes avec une approche basée sur les droits humains, et elle ne le fait pas uniquement concernant la possession de drogues. En effet, il faut aussi adopter une large perspective : priver des personnes de l'accès à une médication, comme en Russie, pour des raisons idéologiques, est aussi considéré comme un problème de droits humains et doit retenir notre attention.

La DPA s'inscrit donc dans le mouvement plus large des droits humains, qui possèdent une longue histoire aux États-Unis (droits civiques, homosexualité, etc.) ?

Oui. En tant qu'organisation américaine, notre vision et notre manière de percevoir le monde sont fondées sur le principe des libertés civiles garanties aux États-Unis. Nous avons une approche libérale des plus classiques. Nous voyons le rôle du gouvernement comme une organisation subsidiaire, qui devrait agir comme un soutien pour le bien des concitoyens, et non comme un organisme répressif qui peut compromettre la qualité de vie de ses administrés. Le serment d'Hippocrate, répandu dans les professions médicales, devrait également s'appliquer au gouvernement lorsqu'il décide d'intervenir dans les politiques des drogues.

Vous dites que la DPA est une alliance entre ceux qui détestent la drogue, ceux qui l'aiment et ceux qui n'ont aucun avis à ce sujet. Pourquoi ?

Depuis des années, les victimes directes ou indirectes de la drogue étaient peu à l'aise dans les mouvements qui s'impliquaient pour la légalisation. Elles pensaient à tort que les personnes soutenant les réformes souhaitaient favoriser la consommation de drogues. En même temps, il existait également des personnes traumatisées par la drogue mais qui, à l'inverse, comprenaient que la guerre actuelle n'avait rien fait pour les protéger, eux et leurs parents, contre les dégâts de la drogue. Il existait même une dernière classe de personnes : ceux qui s'intéressaient à d'autres aspects, comme la fiscalité, la justice, l'égalité, la sécurité, etc. Indépendamment de nos diverses perceptions liées aux drogues, chacun de nous s'accorde sur le fait que la guerre contre la drogue n'est pas une solution viable. La criminalisation des personnes n'a jamais apporté de solution concrète. Pire, cette politique a même empiré la situation, obligeant les consommateurs à se fournir auprès des marchés illégaux ou en les mettant en prison, deux environnements très violents.

La relation qu'entretient l'individu avec la drogue n'est pas déterminante pour le soutien aux réformes. Notre mouvement doit donc à la fois regrouper ceux qui « aiment » les drogues (en premier lieu les consommateurs), ceux qui les « détestent » (comme toutes les personnes engagées contre l'addiction), et ceux qui ne s'intéressent pas aux drogues (les citoyens qui payent des impôts, les activistes pour les droits humains, etc.). Bien entendu, des zones de conflits existent mais elles nous permettent de comprendre toutes les dimensions d'un problème. Le challenge est de rester ouvert à de nouvelles façons de penser et de traiter les conflits dans le respect d'autrui. Il s'agit avant tout de créer un mouvement fort, associant des personnes aux perspectives différentes, afin d'avoir un véritable poids politique dans le débat sur la décriminalisation.

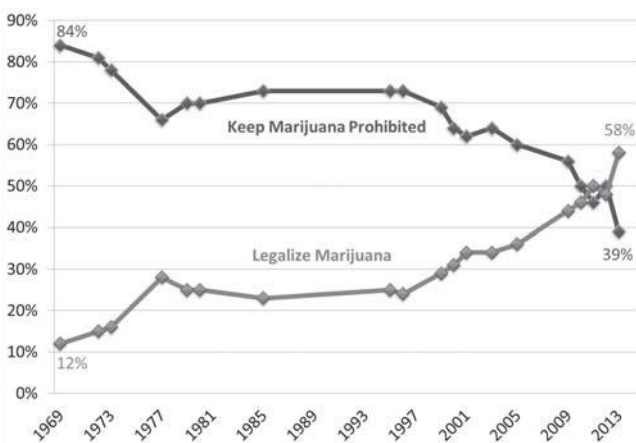
J'ai rencontré les parents de deux enfants dépendants, l'un à l'alcool et l'autre à l'héroïne. Le docteur leur a expliqué que si l'héroïne était accessible dans un marché légal

contrôlé, elle serait moins néfaste pour le corps que l'alcool. Pourtant, cet héroïnomane était considéré comme un criminel, et ce, même s'il consommait ces substances à son domicile privé. En revanche, son frère était « simplement » décrit comme un alcoolique, alors qu'il conduisait souvent sa voiture sous influence de l'alcool. Cet exemple démontre bien l'absurdité et l'injustice de la politique actuelle. Nous devons tous nous unir pour y mettre fin.

On observe une évolution rapide de l'opinion publique aux Etats-Unis sur la question du cannabis, comme le montre les sondages de Gallup. Comment pouvez-vous expliquer ces changements si radicaux ?

Il est impossible d'expliquer précisément ces variations d'opinions. Néanmoins, nous nous réjouissons de l'évolution positive fournie par les sondages *Gallup*, institut leader de sondage d'opinions aux Etats-Unis, selon moi. En 2006, 36% des sondés se déclaraient favorables à l'initiative. Ils sont aujourd'hui 58% à la soutenir (2013). La moyenne du pourcentage des personnes favorables à la fin de la prohibition du cannabis - selon les différents instituts - se situe à près de 54-55%. En comparaison avec d'autres sondages, comme l'amélioration de la qualité de l'énergie, nous remarquons que le soutien pour la légalisation de la marijuana a augmenté de manière plus abrupte.

Opinion publique pour la légalisation du cannabis aux USA (Gallup)



(Source : <http://nationalcannabiscoalition.com/2013/11/what-does-america-think-about-pot/>)

Néanmoins, plusieurs hypothèses pourraient expliquer ce changement. Parmi celles-ci, l'expérience de la légalisation du cannabis pour des raisons médicales aux Etats-Unis est la plus crédible, et probablement la plus importante. La majorité des Américains croient que les gens devraient être libres d'utiliser la marijuana à des fins médicales. La première initiative en Californie de 1996, puis toutes les autres qui suivirent (Alaska, Oregon, Washington, Colorado, Delaware, Maine) et, plus récemment à New York, ont profondément modifié la couverture médiatique sur le cannabis. Le dialogue public autour de cette substance a changé de nature. Le cliché du jeune étudiant de 17 ans avec des dreadlocks, promis à un avenir de toxicomane, s'est estompé. On parle

désormais plus de la réalité concrète et on s'éloigne des stéréotypes. Aujourd'hui, les réformateurs peuvent être des professeurs, un chef policier, voire un maire. L'image s'est largement modifiée : du jeune délinquant aux personnes plus âgées, fumant dans le cadre d'une thérapie. Après les témoignages des médecins et patients, même les Républicains les plus réticents se sont montrés ouverts à nos idées. La génération actuelle au pouvoir est bien plus ouverte que l'ancienne. Celle-ci a baigné dans un contexte plus favorable, ils ont pu faire leur expérience, voir leur entourage consommer, etc. Les trois derniers présidents des Etats-Unis ont déclarés avoir fumé de la marijuana. Cela a contribué à établir un dialogue plus honnête et plus ouvert.

Vous parlez souvent de ce « tipping point », point de basculement psychologique où le combat politique est gagné, pensez-vous que nous l'avons atteint ?

Je crois qu'aujourd'hui avec la légalisation du cannabis dans les Etats de Washington et du Colorado, signée en 2012, et avec l'Uruguay qui se lance à son tour, nous pouvons affirmer que nous avons atteint le *tipping point* (point d'inflexion). Je ne vois pas de retour en arrière possible. Les gens sont maintenant plus ouverts sur des façons alternatives de traiter les problèmes.

D'un point de vue constitutionnel, les Etats-Unis ressemblent à la Suisse, avec un pouvoir important laissé aux Etats. Comment avez-vous coordonné les actions de votre coalition et quelle a été l'importance des mouvements locaux ?

Il est vrai que la plupart des succès ont été réalisés au niveau local ou de l'Etat. Néanmoins, la chambre des représentants s'est engagée à soutenir le département de la santé concernant le sujet de la médicalisation de la marijuana dans les Etats où elle est autorisée. Suite à l'intervention de la Maison Blanche et celle du département de la Justice, le congrès a également procédé à des réformes pénales majeures. Certes, il s'agit souvent d'interventions locales, néanmoins le mouvement se propage dans tout le pays.

Le premier véritable succès a lieu au début des années 90, quand la légalisation de la marijuana est devenue un sujet politique. Nous nous sommes rapprochés de nombreuses organisations comme celles des docteurs, des patients, des infirmières, puis celles actives dans les droits civiques. Le partenariat avec l'organisation *NORML* nous a apporté une forte présence médiatique, puis la *Marijuana Policy Project* a joué un rôle important vers 2001-2002 en faveur de la légalisation. *L'Americans for Safe Access* s'est concentrée sur la problématique de la marijuana médicalisée, dans le but d'informer les consommateurs, ainsi que leurs fournisseurs. Finalement arrive la *DPA*, fusion de toutes les fondations actives dans le domaine des drogues, dans le but de légaliser la marijuana à des fins médicales. Au fil des années, cette coalition s'est donc élargie, puis est devenue bien plus robuste.

La légalisation de la marijuana dans l'Etat de Washington est probablement le succès le plus important de la campagne. En effet, celle-ci a obtenu un large soutien de la part des hauts niveaux décisionnels, y compris des Républicains les plus conservateurs, qui luttent pour les libertés individuelles et qui n'aiment pas que l'Etat dépense l'argent du contribuable pour rien. Le véritable défi est maintenant d'assurer une implémentation effective de cette légalisation au niveau de tous les acteurs et de la rendre efficace.

Comment voyez-vous les opportunités pour l'Europe de profiter de ce « momentum » aux USA, cette dynamique de la réussite ?

L'Europe a longtemps été un exemple pour les Etats-Unis pour ses politiques drogues : aux Pays-Bas, avec le système des coffee shops, en Suisse avec votre approche très innovante de l'héroïne, et en Espagne avec un système très coopératif. Mais désormais, d'autres Etats sont plus en avance, comme l'Uruguay, le Colorado et Washington. Ils proposent un modèle différent. Il existe des millions d'Américains avec une carte d'identifiant les autorisant à posséder de la marijuana. Il y a plus de dispensaires aux Etats-Unis que de coffee shops aux Pays-Bas.

Les choses évoluent et les réformes politiques aux Etats-Unis ont eu comme effet de réveiller l'Europe, qui s'était satisfaite un peu trop vite de sa politique et des progrès réalisés dans le domaine de la réduction des risques. Le mouvement de réforme s'est, en quelque sorte, endormi sur ses acquis et s'est satisfait de la situation actuelle, alors que de nombreux problèmes persistent. Il reste certaines difficultés politiques pour aller de l'avant : aux Pays-Bas, les leaders politiques de centre-droit n'ont pas l'air ouverts aux réformes. En Suisse, les mouvements locaux font face à un pouvoir hostile au niveau fédéral. Néanmoins je suis très optimiste des progrès réalisés en Europe, qui devrait aussi rejoindre le mouvement mondial. De plus, il est important de voir que le dialogue s'est élargi avec la problématique du Maroc, qui est le pays qui exporte (illégalement) le plus de cannabis en Europe.

Au vu de la dernière CND (Commission on Narcotic Drugs) et l'atmosphère qui y a régnée, il n'existe plus de consensus au niveau mondial et le système est bloqué. Assistons-nous à la fin du système multilatéral sur les drogues ? Est-ce une bonne chose ?

Cela peut paraître surprenant, mais c'est quelque chose de positif : même si l'on fait peut-être un pas en arrière, nous en faisons 5 en avant ! Il est très important que les gens prennent en considération le changement significatif des politiques aux Etats-Unis. Aujourd'hui, les Etats-Unis, ainsi que les représentants de la *INCB* (*International Narcotics Control Board*), proposent des interprétations plus flexibles, ce qui est un développement capital en comparaison à la vision très homogène et uniforme de la *INCB* ces dernières années. Il s'agit véritablement d'un déve-

loppement positif. Il faut concevoir la réforme au niveau global. Pour cela, il faut privilégier cinq approches pour aller plus loin dans les réformes :

1. Profiter au maximum de la flexibilité offerte par les nouvelles conventions. Elles offriront la souplesse nécessaire afin de trouver des interprétations flexibles, dans le cas, par exemple, où les USA ou l'Uruguay voudraient légaliser le cannabis, ou si la Suisse ou d'autres pays d'Europe voudraient légaliser l'héroïne ou offrir plus de sites d'injection.
2. Ignorer les conventions, spécialement celles interprétées par l'*INCB* qui a une vision dépassée de la question, tout en remettant les droits humains au cœur de leurs interprétations futures. Heureusement, il y a eu des changements à l'interne qui devraient améliorer la situation future.
3. Assouplir l'application des conventions en se laissant la flexibilité nécessaire pour certains ajustements (par exemple, comme la Bolivie l'a fait, en quittant le traité pour adhérer à nouveau, mais avec une réserve).
4. S'engager en faveur des réformes des conventions et proposer des réformes, comme par exemple retirer des conventions les substances comme le cannabis ou proposer des lieux sécurisés pour les injections, etc. Il faut lutter contre certains interdits de la *INCB*.
5. Réajuster de manière profonde le système global des conventions sur le contrôle des drogues avec une nouvelle vision plus actuelle.

Il faut véritablement pousser ces 5 leviers simultanément pour avoir de meilleures opportunités de faire évoluer le dialogue et proposer nos réformes.

Pourquoi le cannabis prend-il une place si importante aujourd'hui ? Pourquoi se focaliser uniquement sur le cannabis dans le débat sur la prohibition des drogues ?

Certaines personnes pensaient que la légalisation du cannabis engendrerait des impacts encore plus négatifs pour les consommateurs d'autres drogues. Je crois que ces propos ne sont pas justifiés et justifiables. Au contraire, la réforme a apporté un élan d'optimisme, qui a eu l'effet d'enterrer définitivement cette volonté de guerre contre la drogue. Cela a montré aux gens que les changements sont possibles. Aux Etats-Unis, le cannabis est perçu différemment des autres drogues. Sans exagérer leur différence, il faut voir les substances dans une perspective globale. Du coup, la légalisation du cannabis pourrait faciliter, en effet, la légalisation des autres drogues. Même si le cannabis est l'objectif principal de la *DPA*, le but est également de décriminaliser les consommateurs des autres drogues. Les synergies existent entre la réforme de la législation sur le cannabis et les réformes concernant les autres drogues. Le travail en communauté avec des organisations civiques nous aide à développer des relations qui pourraient servir dans d'autres domaines, également dans le futur.

LE PROCESSUS URUGUAYEN DE CONTRÔLE ET DE RÉGULATION DU CANNABIS

D^r Olivier Guéniat, chef de la police judiciaire neuchâteloise, membre de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues¹, Neuchâtel et membre du Groupe d'experts en matière de Formation dans le domaine des Dépendances et *Jakob Huber*, Directeur de la Fondation Réseau Contact² et président du Groupe d'experts en matière de Formation dans le domaine des dépendances³, Berne

Les auteurs de cet article se sont rendus en Uruguay, du 4 au 11 mai 2014, pour mieux comprendre ce qu'il s'y passe suite à l'adoption d'un modèle de contrôle et de régulation du cannabis par le Parlement. Ce projet intéresse la Suisse à plus d'un titre ! D'une part, parce qu'Olivier Guéniat fait partie de la Commission fédérale pour les questions liées aux drogues, une commission ayant pour principal mandat de conseiller le Conseil fédéral sur la future politique en matière de drogues, et, d'autre part, parce que Jakob Huber est le Président du Groupe d'experts suisse en matière de Formation dans le domaine des Dépendances, un groupe agissant pour le compte de l'Office fédéral de la santé publique. Ils nous livrent ici leur analyse de la situation.

A lors que la Suisse est à nouveau en train de réfléchir à faire évoluer ses politiques drogues, la visite de notre petite délégation en Uruguay visait à soutenir nos réflexions en la matière, dans un pays qui fait aujourd'hui figure de pionnier, comme nous avons su l'être au tournant des années 80-90. Elle s'inscrivait dans la perspective de mieux appréhender les raisons du projet uruguayen, de découvrir les mécanismes mis en place, d'en tirer les éventuels enseignements pour la Suisse, voire de participer au suivi scientifique (monitoring) de la mise en œuvre de ce projet totalement novateur. En effet, même s'il n'y aura peut-être pas de projet législatif au niveau national en matière de contrôle et de régulation du marché du cannabis en Suisse ces trois prochaines années, il est certain que des villes et les cantons suisses sont en train de prendre les choses en main afin de trouver de nouvelles solutions propres à mieux contrôler ce marché. On pense ici à Berne, Zurich, Winterthur, Bâle ou Genève. On ne peut pas nier que les choses sont amenées à évoluer en Suisse. Il s'agit donc de s'y préparer avec intelligence et discernement, et, dans ce domaine, il n'y a certainement rien de mieux que d'observer les expériences novatrices qui sont en cours de réalisation ailleurs, que ce soit au Colorado, à Washington ou en Uruguay.

LE CONTEXTE DU CONTRÔLE ET DE LA RÉGULATION DU CANNABIS EN URUGUAY

Concernant l'Uruguay spécifiquement, il faut savoir que cet État a dépénalisé la consommation de tous les stupéfiants depuis 1974 déjà. En effet, il est écrit dans la Constitution uruguayenne, notamment dans son article 10, que les citoyens ne peuvent être judiciairisés pour des actes privés tant qu'ils n'empiètent pas sur les droits des tiers. Ainsi, la consommation de produits stupéfiants en tant que telle est dès lors un acte purement privé. Il va de soi que le trafic de stupéfiants, en vertu de cet article, reste totalement illicite. Soulignons ici que, même si la consommation du cannabis est licite en Uruguay depuis 40 ans, le tourisme du cannabis

ne s'est jamais développé et la prévalence de la consommation n'y est pas plus forte que dans les pays dont l'attitude est prohibitive face à la consommation, loin s'en faut.

La Suisse est à peu près 4.2 fois plus petite, en superficie, que l'Uruguay, mais compte 2.3 fois plus de population. Montevideo est la capitale de l'Uruguay, avec un peu plus de 1'300'000 habitants, soit presque la grandeur de Zurich si l'on tient compte de son agglomération. Mais l'Uruguay se distingue de la Suisse par le nombre de morts liés au marché illicite des drogues, soit 235 en 2010, dont aucune mort pour consommation de cannabis. Une étude menée en 2012 a montré qu'il y avait environ 128'000 personnes qui avaient consommé du cannabis dans les 12 derniers mois, dont 21'000 connaissaient une consommation problématique. Cette même étude a montré que l'alcool et la cigarette, avec des prévalences (12 derniers mois) de 74% et de 33.9%, sont les produits les plus consommés, loin devant le cannabis dont la prévalence est d'environ 8%. Une autre étude a montré que la consommation d'alcool, de cigarettes et de cannabis a augmenté de manière significative entre 2006 et 2011, mais que si la consommation d'alcool semble bien répartie en fonction des couches sociales, il n'en va pas de même avec la cigarette, la marijuana ou la cocaïne (basuco = cocaïne-base dégradée résultant du processus de fabrication de la cocaïne). La prévalence de la consommation dans les groupes vulnérables y est beaucoup plus forte que dans les autres groupes de comparaison (tabac : 64.7% de consommation chez les enfants de la rue et 35.1% chez les étudiants / cannabis : 31.6% chez les enfants de la rue et 9.4% chez les étudiants / cocaïne : 10.5% chez les enfants de la rue et 0.6% chez les étudiants).

C'est vraisemblablement face à ces chiffres et la crainte que le modèle prohibitif ne condamne l'Uruguay, à moyen terme, à ressembler petit à petit au Honduras, à la Colombie ou au Mexique, mais au final à tant d'autres pays où les barons de la drogue exercent un réel pouvoir anti-démocratique et hautement corruptif, engendrant des morts à l'envie, que le Parlement uruguayen a accepté le projet de changement législatif

¹ <http://www.bag.admin.ch/themen/drogen/00042/00624/00625/00791/?lang=fr>

² <http://www.contactnetz.ch/>

³ <http://weiterbildungsucht.ch/>

de contrôle et de régulation du cannabis. Rien que l'année dernière, l'Uruguay a connu plus de 80 morts inhérentes au marché concurrentiel des gangs des drogues. Et l'Uruguay a osé poser la question visant à savoir ce qui est pire : la drogue ou le marché de la drogue ? Et y répondre ! L'Uruguay fait ainsi le pari qu'un contrôle de l'État est le seul moyen susceptible de lutter efficacement contre les acteurs illicites du trafic, en prenant le contrôle et en tentant de reléguer les barons de la drogue en arrière plan, avant qu'il ne soit trop tard. L'Uruguay a décidé de réagir, en tentant de changer de modèle, et en abandonnant le modèle prohibitif, pour ne pas voir la situation du pays s'aggraver de manière linéaire comme il l'a constaté dans les pays voisins ou d'Amérique latine. L'État, face à ce constat, admet que la consommation de drogues est étroitement liée aux ressources financières, cognitives, affectives et relationnelles et que les familles pauvres sont, dans un système prohibitif, beaucoup plus exposées que les autres. Il y a donc clairement une forme d'injustice dans la société uruguayenne. L'État a donc choisi de changer de paradigme en matière de politique des drogues, de changer de modèle en espérant que celui du contrôle et de la régulation du cannabis contribuera à réduire les inégalités dues à la pauvreté et accentuées par le marché illicite des drogues. Il y a donc là une réelle responsabilité de l'État à vouloir assumer son rôle protecteur en matière de santé publique, de criminalité, d'éducation et de prévention.

LA STRATÉGIE DE RÉGLEMENTATION DU CANNABIS PAR L'ÉTAT

La stratégie poursuivie par l'Uruguay dans le cadre du contrôle et de la régulation du marché du cannabis se décline en quatre axes :

1. Le renforcement du système de santé en matière de traitement et de réduction des risques des consommateurs de drogues.
2. La promotion de l'État en tant que promoteur de la paix et de réduction des violences.
3. Le renforcement de la lutte contre le trafic illicite de drogues, d'armes et le blanchiment d'argent.
4. La mise en œuvre d'un nouveau règlement d'une substance psychoactive, le cannabis, dans un modèle sociétal intégré.

LES CONDITIONS POLITIQUES À LA RÉGLEMENTATION

Avec la majorité au Parlement, le parti Frente Amplio du Président Mujica a posé sur l'échiquier politique la volonté de trouver des solutions en réponse aux dangers de l'émergence des cartels de la drogue, notamment dans le domaine du cannabis en provenance du Paraguay et dans les quartiers les plus pauvres. Parallèlement, la société civile s'est organisée en un vaste mouvement en faveur de la légalisation du cannabis. Ainsi, un large dialogue politique s'est instauré avec la population à travers tout le pays et a permis d'adopter un amendement parlementaire visant à réglementer le marché

du cannabis avec une très courte majorité de 51 voix contre 49, le 20 décembre 2013. Le projet parlementaire a abouti à la création d'une loi cadre sur la régulation et le contrôle du cannabis et à la rédaction d'un règlement d'exécution gouvernemental publié le 4 mai 2014. La culture individuelle pour un usage personnel, avec 6 plants par foyer et une production de 480 grammes annuellement, est autorisée, mais conditionnée à l'obtention d'une licence et à l'inscription dans un Registre national. Il en va de même de la création de Clubs, réunissant entre 15 et 45 membres, pour une autorisation de culture d'au maximum 99 plants de cannabis, et la vente en pharmacie à raison de 10 grammes par semaine et par personne. Enfin, des agriculteurs ou des horticulteurs, toujours dans le cadre du régime des autorisations, pourront cultiver du cannabis à plus grande échelle (sous serres) pour assurer le ravitaillement des pharmacies. Le contrôle administratif du régime des autorisations est effectué par l'Institut de régulation et du contrôle du cannabis (IRCCA), organe de l'État, qui gère le Registre national.

L'ACCEPTATION SOCIALE ET POLITIQUE

Il est intéressant de constater qu'il y a eu un clivage, ces dix dernières années, entre les partisans et adversaires au projet de régulation et de contrôle des drogues. Pour pouvoir avancer, le gouvernement a trouvé un compromis entre ce que réclamaient les organisations de la société civile favorables à la légalisation des drogues et les opposants, en introduisant la notion de contrôle étatique de la chaîne de culture jusqu'à la distribution et la consommation du cannabis. Lorsque le Parlement a adopté la nouvelle loi, il faut relever qu'un sondage avait montré que la population refusait cette Loi à raison de 70%. Quelques semaines après l'adoption de la loi, la population a à nouveau été sondée en posant la question : « Voulez-vous que la loi reste en vigueur et lui donner une chance ou est-ce que vous êtes contre ce projet ? ». Et, à cette question, 55% de la population s'est déclarée favorable à donner une chance à cette loi novatrice. Il faut dire à ce sujet que le contexte politique uruguayen est différent de celui de la Suisse, dans la mesure où il ne connaît pas le droit référendaire aboutissant à une votation populaire visant à contester une décision parlementaire. Il est dès lors impossible de contredire une décision parlementaire en Uruguay, sauf si le Parlement opère un nouveau virage à 180 degrés.

Après plusieurs dictatures militaires, il existe également en Uruguay un lien de confiance particulièrement fort entre les citoyens et l'État, notamment avec l'administration actuelle. Il devrait d'ailleurs y avoir une certaine stabilité politique dans les années à venir, dans la mesure où toutes les analyses politiques estiment que le parti Frente Amplio actuellement au pouvoir, emmené par le très charismatique Mujica, devrait gagner les élections présidentielles d'automne 2014.

De manière générale, la compétence de l'administration gouvernementale en matière de politique des drogues est très élevée, alors même que la bureaucratie est très minime. L'accessibilité aux ministres et au niveau ministériel est

très simple et facile. Autre caractéristique uruguayenne, les responsables ministériels les plus élevés dans la hiérarchie de l'État sont des personnes qui connaissent les réalités sociales des pauvres et connaissent donc très bien les problématiques liées à la toxicomanie et aux drogues. Les compétences des Ministres et des hauts fonctionnaires sur les drogues sont d'ailleurs impressionnantes.

LE PROBLÈME DE LA CONVENTION INTERNATIONALE SUR LES STUPÉFIANTS

L'Uruguay a choisi le chemin du contrôle et de la régulation du cannabis malgré le fait qu'il avait signé les Conventions Internationales sur les Stupéfiants onusiennes. Elle postule simplement que les deux pactes sur les Droits Humains sont supérieurs aux trois conventions sur les drogues. L'Uruguay a ainsi interprété de manière originale les textes des conventions internationales en postulant que le fait de ne pas proposer une solution ou une alternative aux consommateurs de cannabis autre que de commettre un délit en achetant le cannabis sur le marché noir, de les exposer aux violences des gangs, de les exposer dans leur santé et leur intégrité, plaçait la responsabilité de l'État au premier plan par rapport à l'engagement pris dans les pactes sur les Droits Humains. Même s'il y a eu des critiques à ce sujet à Vienne, à l'OICS, l'Uruguay n'a pas accepté ces critiques et n'a pas dévié de sa trajectoire. Au contraire, il a démontré à Vienne comment le régime de la prohibition nuit à la santé de millions de personnes et comment les États prohibitifs engagent leur responsabilité dans le cadres des crimes et des meurtres liés à la drogue, mais aussi face à la santé et à l'intégration sociale des consommateurs. L'Uruguay s'est appuyé juridiquement sur le Traité des traités pour réaliser son interprétation plaçant les Droits de l'Homme au tout premier plan. Si la peine de mort est encore en vigueur dans certains pays ayant signé la Convention des Droits Humains, c'est bel et bien que le principe de l'interprétation des textes existe et est accepté sur un plan international; il ne doit donc pas en être différent pour le contrôle et la régulation par l'État du marché du cannabis. Finalement, il n'y a pas eu d'unanimité à Vienne contre l'Uruguay et on peut considérer que le projet novateur uruguayen n'est pas contesté. Il est en quelque sorte valide sur les plans juridique et politique.

L'Uruguay est ainsi devenu un « laboratoire » extraordinaire pour la plupart des pays d'Amérique latine qui connaissent tous des problèmes extrêmement sévères en lien avec le trafic et la consommation de produits stupéfiants, mais aussi pour l'Europe et, plus proche de nous, pour la Suisse.

D'AUJOURD'HUI À DEMAIN

Nous avons eu la chance de rencontrer un Homme d'Etat hors pair, Julio Calzada, actuel Secrétaire général du Conseil National des Drogues (<http://www.infodrogas.gub.uy/>), un organisme créé par la nouvelle Loi. Un homme hors pair parce qu'il se distingue des autres par son humanisme

extraordinaire, sa simplicité, sa modestie et sa générosité, son engagement indéfectible dans l'avenir de son pays et sa détermination à vouloir suivre une voie novatrice en matière de politique des drogues. Il nous a livré un entretien exclusif⁴ sur le projet uruguayen de régulation du marché du cannabis, nous permettant de mieux comprendre ses spécificités et ses enjeux. Et nous devons dire qu'il nous a convaincus.

Il n'y a aucun doute sur le fait qu'il y aura encore des morts et des problématiques graves liées au trafic illicite des drogues en Uruguay dans les 5 prochaines années. Mais en considérant que la nouvelle Loi oblige l'État à la création de l'Institut de la Régulation et du Contrôle du Cannabis (IRCCA) et le rend responsable de l'élaboration de stratégies visant à retarder l'âge de la première consommation de cannabis, à augmenter la perception des risques de consommation abusive, à diminuer le nombre de consommateurs problématiques, on peut se dire que ces obligations deviennent des tâches essentielles de l'État, de nouvelles responsabilités qu'il faudra honorer. Aussi, l'IRCCA est responsable de gérer la coordination des offres de coopération technique réalisées dans le pays en la matière et d'apporter la preuve scientifique, par l'investigation et l'évaluation, de l'évolution des stratégies mises en place dans le cadre des politiques publiques du cannabis. Cela signifie, comme nous l'avons d'ailleurs constaté, que l'État va mettre en œuvre un suivi scientifique extrêmement sérieux, auquel, nous l'espérons, nous pourrions participer, mais qui permettra, à n'en pas douter, de savoir les effets sociétaux et d'avenir d'un tel projet, au niveau de la santé, de la criminalité et de la violence, mais aussi de la dynamique des marchés illicites, de leur adaptabilité, ou encore au niveau de l'agriculture et de l'économie, mais aussi et surtout de la prévention et de son effet sur la consommation.

En effet, la Loi oblige le Conseil National des Drogues à réaliser des campagnes éducatives, publicitaires et de conscientisation à l'attention de la population visant à informer des risques, des effets et des potentiels dommages dus à l'usage des drogues. La Loi oblige aussi à la mise en place de programmes de prévention inclus dans les plans d'étude de l'école primaire, secondaire et professionnelle relatifs à la réduction des risques et des dommages dus à la consommation des drogues, dont le cannabis. L'Administration nationale de l'éducation publique sera chargée de mettre en place ce dispositif.

Gageons que l'Uruguay, avec le nouveau chemin qu'il a choisi, réussira à réduire la consommation de même qu'il gagnera la bataille contre l'offre illicite de cannabis. Nous le saurons dans les cinq prochaines années. Mais un premier sondage réalisé en mai 2014 montre déjà que plus de 80% des consommateurs et des cultivateurs s'inscriront au Registre national, l'élan essentiel vers une première victoire...

Courriels :

Olivier.Gueniat@ne.ch

jakob.huber@contactmail.ch

⁴ <http://www.hebdo.ch/les-blogs/gu%C3%A9niat-olivier-polisse/pourquoi-luruguay-veut-il-contr%C3%B4ler-le-march%C3%A9-du-cannabis>

LE MODÈLE DES CANNABIS SOCIAL CLUBS¹

Frank Zobel, adjoint à la direction, *Addiction Suisse*, **Marc Marthaler**, collaborateur scientifique, *Addiction Suisse, Lausanne* et **Barbara Broers**, vice-présidente de la SSAM, médecin, *Hôpitaux Universitaires de Genève*

Un nouveau modèle de régulation de la production et de la distribution de cannabis est apparu, il y a déjà plus d'une vingtaine d'années en Europe, mais c'est plus récemment qu'il a fait l'objet d'un grand intérêt et d'une expansion relativement rapide, surtout en Espagne. Ce modèle des Cannabis Social Clubs fait aussi partie du système de régulation de la production et de la vente de cannabis, récemment développé par l'Etat d'Uruguay, et il est aussi promu en Suisse par un groupe interpartis genevois.

DE QUOI S'AGIT-IL ?

Les Cannabis Social Clubs (CSC) se présentent comme des organisations à but non lucratif dont l'objectif est de cultiver du cannabis pour le seul usage de leurs membres adultes. Comme ces organisations se sont développées au travers d'une zone grise de la législation (voir ci-dessous) et qu'elles ne sont donc pas régulées par l'état, les règles de fonctionnement ont été développées par certains acteurs eux-mêmes : la fédération espagnole des associations du cannabis (FAC) (Barriuso Alonso ; 2011) qui a défini des lignes directrices et l'ONG Belge ENCOD qui a défini un code de conduite². Il est difficile de savoir dans quelle mesure ces recommandations sont mises en œuvre.

Pour devenir membre d'un CSC, il faut déclarer être déjà consommateur de cannabis ou disposer d'une prescription de cannabis à des fins médicales. Dans certains cas, seule une recommandation par un membre existant permet d'adhérer au CSC. L'âge usuel pour pouvoir adhérer est de 18 ans (majorité civile), mais dans certains cas il a été porté à 21 ans. Le lieu de résidence peut être un autre critère pour pouvoir adhérer au club. Selon ENCOD, l'adhésion devrait inclure une discussion sur la quantité de cannabis consommée pouvant permettre aux clubs d'identifier les consommateurs problématiques et ainsi mettre en place des mesures de prévention ou de réduction des risques. La consommation de chaque membre, dans le cadre du CSC, est enregistrée et sa contribution financière est proportionnelle à sa consommation. Le prix du cannabis est apparemment bien inférieur à celui du marché noir.

La production de cannabis pour un CSC donné devrait être basée sur l'estimation des besoins individuels de ses membres auquel viendrait s'ajouter une réserve (ENCOD). La culture est réalisée par des membres de l'association ou encore confiée à des tiers. Les différentes étapes de la culture du chanvre doivent en théorie être enregistrées et, idéalement, soumises à des inspections aléatoires pour vérifier l'adéquation des informations ainsi que les mesures de sécurité. L'organisation suggère aussi que les normes de l'agriculture biologique et du développement durable soient appliquées pour la culture du cannabis.

Le cannabis est souvent consommé sur place, c'est-à-dire dans le lieu privé (club) où il est distribué. Pour éviter le trafic de cannabis entre les membres, les quantités distribuées devraient toujours être limitées, normalement pas plus de 2-3 grammes par jour et par individu (Barriuso Alonso; 2011). Le cannabis peut aussi être proposé sous la forme de comestibles ou de liquides vaporisables dans le but d'offrir des alternatives à la fumée.

ORIGINES ET STATUT LÉGAL

La possession pour usage personnel et l'usage de cannabis ne sont pas considérés comme des crimes en Espagne et ne sont poursuivis administrativement (amendes) que lorsque la consommation a lieu dans des espaces publics, comme c'est le cas pour l'alcool. La culture du cannabis pour usage personnel n'est pas non plus un crime mais il n'y a pas de règles concernant le nombre de plantes et il est, le cas échéant, de la responsabilité de leur propriétaire de prouver que celles-ci ne sont pas destinées au trafic de drogues. Un autre élément de la jurisprudence espagnole est que la consommation partagée pour motifs compassionnels et l'achat en commun de drogues par des usagers dépendants ne constituent pas non plus des crimes.

C'est dans ce contexte que s'est développé un mouvement en faveur de la culture du cannabis au sein de groupes d'adultes. Le raisonnement suivi par ses promoteurs est que, si ce n'est pas un crime de cultiver soi-même une ou plusieurs plantes pour son usage personnel et si l'achat en commun et la consommation partagée ne sont pas non plus des crimes, alors cultiver, distribuer et consommer du cannabis dans un cercle privé ne peuvent pas non plus être des crimes (Kilmer et al; 2013). La première association de ce type a vu le jour en 1993 en Catalogne et on en compterait plusieurs centaines aujourd'hui en Espagne, avec certaines revendiquant plusieurs milliers de membres. La Catalogne et le Pays Basque sont les deux principales régions dont est issu ce mouvement et ce sont elles qui compteraient le plus grand nombre de clubs.

Une poignée d'autres clubs existent en Belgique où une directive de 2005 du Ministère de la Justice et du Collège des Procureurs attribue le niveau de priorité le plus bas à la poursuite de la possession de cannabis pour usage per-

¹ Cet article reprend des extraits d'un récent rapport sur les nouveaux modèles de régulation du cannabis (Zobel et Marthaler; 2014)

² <http://www.encod.org/info/CODE-DE-CONDUITE-POUR-UN-CANNABIS.html>

sonnel, à condition qu'il n'y ait pas de circonstances aggravantes (Kilmer et al; 2013). En pratique, cela signifie qu'un adulte interpellé en possession d'une plante de cannabis peut faire l'objet d'un procès-verbal simplifié avec ou sans amende, sans enregistrement dans le casier judiciaire, et que le cannabis pourra ne pas être confisqué par les forces de l'ordre. Un Cannabis Social Club nommé *Trekt Uw Plant* (Tire ton plant) a été créé sur le principe de la mutualisation de cette tolérance d'une plante pour usage privé. Aujourd'hui, l'association revendique quelques 370 membres³ avec des succursales dans différentes villes.

DÉVELOPPEMENTS ACTUELS

Les CSC espagnols ne sont pas reconnus par l'état et leur développement a connu de nombreux rebondissements allant de l'emprisonnement de certains membres et de la saisie des récoltes jusqu'à la restitution de celles-ci par la justice (Barriuso Alonso ; 2011). La situation actuelle n'est pas plus claire : il existe une tolérance relative des autorités régionales avec des débats en cours sur la régulation des clubs en Catalogne et au Pays Basque ainsi qu'une rapide expansion de leur nombre. Cependant, les autorités nationales ont réitéré que la production de cannabis restait un crime et développé un nouveau projet de loi sur la sécurité publique qui pourrait fortement augmenter les amendes liées à la consommation de cannabis.

En Belgique, l'Etat maintient que cette forme de production collective reste illégale et ne peut se prévaloir du contenu de la directive de 2005. *Trekt Uw Plant* a organisé en 2006 et 2008 des manifestations qui ont conduit à la saisie de récoltes de cannabis et à l'inculpation de certains de ses membres pour appartenance à une organisation criminelle. Les affaires judiciaires se sont terminées sur de très faibles condamnations ou un non-lieu. Les informations disponibles suggèrent que, après 2010, *Trekt Uw Plant* ainsi que trois autres CSC belges plus récents ont cultivé du cannabis sans interférences des forces de l'ordre (Kilmer et al ; 2013). Toutefois, des informations plus récentes publiées par les CSC belges font état d'une saisie policière en décembre 2013⁴.

Le modèle des CSC est promu par différentes organisations en Europe avec des fortunes diverses. Ainsi, en France, le principal promoteur du modèle est régulièrement incarcéré (et les CSC sont dissous)⁵, alors que son équivalent en Allemagne a gagné au jeu « Qui veut gagner des millions » et a déclaré vouloir utiliser cet argent pour la promotion de la légalisation du cannabis⁶. Hormis l'Espagne et la Belgique, le pays le plus avancé dans la promotion du modèle est la Hollande, qui compte déjà depuis près de quarante ans

un autre modèle de distribution, celui des coffee shops. La ville d'Utrecht a développé un projet de CSC en 2011, notamment dans le but de répondre à la problématique de la production du cannabis des coffee shops⁷. Ce projet a été gelé en grande partie à la suite d'un changement de gouvernement au niveau national même si la municipalité a procédé à l'enregistrement du CSC (Domstad) au registre du commerce⁸. Il n'a toutefois pas obtenu une exemption de la loi sur les stupéfiants (Opium Act) pour commencer la culture de cannabis pour ses membres car le Ministre de la Sécurité et de la Justice s'est toujours opposé à fournir une telle exemption. En septembre 2013, une demande faite au Ministre de la Santé de pouvoir cultiver du cannabis de façon contrôlée a également été rejetée et le bureau de Domstad a été fermé. En janvier 2014, les maires de 35 villes, provenant de tous les partis politiques, ont signé un manifeste « Joint Regulation » proposant une régulation de la production de cannabis dans tout le pays. Ils considèrent « scandaleux de devoir laisser l'espace libre à des réseaux criminels qui mettent en danger les citoyens »⁹.

La première application légale et reconnue du modèle aura sans doute lieu hors d'Europe, en Uruguay, où tout citoyen âgé de 18 ans ou plus pourra cultiver soi-même du cannabis, acheter du cannabis dans certaines pharmacies autorisées ou encore faire partie d'un « club de consommateurs » comprenant 15 à 45 membres et autorisé à cultiver des plantes collectivement (Crick et al; 2013). Quel que soit son choix, il devra s'enregistrer auprès du nouvel Institut de Régulation et de Contrôle du Cannabis (IRCCA) tout comme devront le faire aussi tous les producteurs de cannabis ainsi que les pharmacies qui le vendent. Le modèle uruguayen définit précisément les quantités de cannabis qui pourront être vendues ou cultivées. Ainsi, les citoyens enregistrés pourront acheter jusqu'à 40g par mois dans les pharmacies autorisées ou cultiver jusqu'à six plantes par an pour leur usage personnel. Quant aux clubs de consommateurs, ils pourront cultiver jusqu'à 99 plantes par année en fonction du nombre de leurs membres.

FORCES ET FAIBLESSES DU MODÈLE DES CANNABIS SOCIAL CLUBS

Les CSC permettent à l'utilisateur d'éviter l'achat du cannabis sur le marché noir et d'obtenir un produit dont la qualité peut être contrôlée à un prix (plus) bas et fixe. Du point de vue de l'utilisateur, le CSC permet aussi la socialisation avec d'autres membres, et l'usage récréatif ou médical dans un cadre privé compatible avec certaines dispositions concernant la fumée du tabac. Une production légale de

3 <http://www.trektuwplant.be/csc/spip.php?article7>

4 <http://www.trektuwplant.be/csc/spip.php?article212>

5 http://www.huffingtonpost.fr/2013/06/20/tgi-tours-cannabis-social-club-dissous_n_3474088.html

6 <http://www.welt.de/vermischtes/article124232284/Cannabis-Aktivist-Georg-Wurth-gewinnt-die-Million.html>

7 Aux Pays-Bas, le cannabis vendu dans les coffee shops est d'origine illégale, c'est ce que l'on nomme le « back door problem » du modèle néerlandais. On estime qu'il y a des milliers de plantations illicites de cannabis aux Pays-Bas.

8 <http://www.amsterdamherald.com/index.php/news-specials/the-new-wietpas-rules-for-coffeeshops/974-20130911-utrecht-sets-up-netherlands-first-cannabis-club-decriminalise-supply-chain-justice-ivo-opstellen-dutch-politics>.

9 Paul Depla, maire de Heerlen, cité dans www.nrc.nl du 26 et 31 janvier.



Photo: SXC.hu

cannabis permet aussi de standardiser les produits, d'avoir un contrôle facilité des autorités, et de créer des emplois et des revenus fiscaux. Les principales faiblesses actuelles du modèle sont de nécessiter un cadre législatif spécifique, les risques de détournement d'une partie de la production vers le marché noir, et l'absence d'évaluations concernant leur impact sur les habitudes de consommation et la santé des membres.

ET EN SUISSE ?

Il existe un projet genevois (Groupe de réflexion interpartis du Canton de Genève ; 2013) de mise en place de CSC dans le but notamment de réduire le marché noir ainsi que le trafic de rue. Le modèle reprend les principales caractéristiques des CSC que l'on trouve ailleurs en Europe. Il s'agit d'associations à but non lucratif, non accessibles au public, qui produisent et distribuent du cannabis à l'usage exclusif de leurs membres. Le groupe de travail genevois voit aussi dans ces associations une opportunité pour aborder la consommation problématique et pour réguler la qualité et la nocivité des produits consommés, notamment leur taux de THC. Dans un complément publié en 2014 (Groupe de réflexion interpartis du Canton de Genève ; 2014), le groupe a précisé son projet sur différents aspects, notamment le financement du modèle de régulation au travers d'une taxe sur le cannabis ou d'une cotisation des membres des associations. Les modalités de la production, qui devrait être centralisée et *indoor*, et de la consommation de cannabis, qui devrait avoir lieu uniquement au domicile privé, ont aussi été précisées. S'agissant des mineurs, qui ne pourront être membres des associations, le groupe prévoit la mise en place de commissions spécialisées, calquées sur le modèle portugais, permettant une meilleure identification des jeunes ayant des problèmes liés au cannabis. Le groupe interpartis souhaite maintenant la mise en place d'une étude de faisabilité permettant de donner un contenu plus

concret à ce projet et veut coordonner ses efforts avec ceux du canton de Bâle-Ville et de villes comme Zürich, Berne ou Winterthur qui ont aussi fait état d'un intérêt pour un nouveau modèle de régulation pour le cannabis.

La proposition genevoise, comme celle d'Utrecht aux Pays-Bas ou le modèle uruguayen, se distingue des expériences des CSC espagnols et belges en ce qu'elle est *top-down* plutôt que *bottom-up*. C'est-à-dire que ce ne sont pas les consommateurs de cannabis qui font la promotion du modèle, mais des décideurs qui y voient une possibilité de réguler la production et la vente de cannabis en échappant à la création d'un véritable marché comme pour l'alcool et le tabac. En Suisse comme aux Pays-Bas, ce sont les décideurs locaux qui souhaitent mettre en œuvre ce modèle alors que les autorités nationales s'y opposent ou restent encore à l'écart du débat.

Courriels :

fzobel@addictionsuisse.ch

Barbara.Broers@unige.ch

Bibliographie :

Barriuso Alonso, M. (2011). *Cannabis Social Clubs en Espagne: Une alternative de normalisation en voie de réalisation*. Amsterdam: Transnational Institute. Consulté le 19 juin 2014: <http://www.tni.org/files/download/briefing9.pdf>

Crick, E., Haase, H. J., & Bewley-Taylor, D. (2013). *Legally regulated cannabis markets in the US: Implications and possibilities*. Swansea: Global Drug Policy Observatory. Consulté le 19 juin 2014: <http://www.swansea.ac.uk/media/Leg%20Reg%20Cannabis%20digital%20new-1.pdf>

Groupe de réflexion interpartis du Canton de Genève. (2013). *Pour plus de sécurité dans la ville. Le Cannabis Social Club: un modèle efficace de réglementation de l'accès au Cannabis*. Genève. Consulté le 19 juin 2014 : http://www.grea.ch/sites/default/files/securite_21.pdf

Groupe de réflexion interpartis du Canton de Genève. (2014). *Addendum 1 au rapport « Pour plus de sécurité dans la ville. Le Cannabis Social Club: un modèle efficace de réglementation de l'accès au Cannabis » du Groupe de réflexion interpartis du Canton de Genève*. Genève. Consulté le 26 juin 2014 : http://www.grea.ch/sites/default/files/addenda_1.pdf

Kilmer, B., Kruihof, K., Pardal, M., Caulkins, J. P., & Rubin, J. (2013). *Multinational overview of cannabis production regimes*. Cambridge: Rand Europe. Consulté le 19 juin 2014 : http://www.rand.org/content/dam/rand/pubs/research_reports/RR500/RR510/RAND_RR510.pdf

Zobel, F. et Marthaler, M. (2014) *Des Rocky Mountains aux Alpes: Nouveaux développements concernant la régulation du marché du cannabis*. Lausanne: Addiction Suisse. Consulté le 19 juin 2014 : http://www.addictionsuisse.ch/fileadmin/user_upload/DocUpload/Rapport_Regulation-DuCannabis_AddictionSuisse_2014.pdf

CANNABIS : TABOU LÉGAL, TABOU MÉDICAL ?

Didier Jayle, professeur d'addictologie au CRAM, France

Didier Jayle, ancien président de la MILDT entre 2002 et 2007, et directeur de la revue Swaps, nous livre ici sa vision du débat français sur le statut légal du cannabis. Malgré des résultats plus que mitigés, l'évolution de la loi française encadrant la consommation de cannabis reste un sujet tabou. Et cette frilosité ne concerne pas que les politiques. Didier Jayle nous fait part des arguments exposés par l'Académie de médecine, qui fait montre, selon l'auteur, d'une méconnaissance de la réponse à formuler face à cette consommation. (réd)

Le cannabis est le produit illicite le plus consommé dans le monde. Dans nos sociétés européennes, il fait partie de l'environnement des jeunes. Il ne semble y avoir aucun lien entre la sévérité de la loi et le niveau de consommation dans un pays. Ainsi en France où la loi est une des plus sévères, punissant la consommation d'un an de prison et de 3'750 euros d'amende, le niveau de consommation des jeunes âgés de 15 à 25 ans est plus élevé qu'aux Pays-Bas où la consommation est partiellement légalisée, et à peu près identique à celui de la Suisse, où l'usage du cannabis est en partie dépénalisé.

Certes la loi n'est pas appliquée dans toute sa rigueur, heureusement pour l'administration pénitentiaire qui ne dispose que de 60'000 places (toutes occupées), alors que notre hexagone compte aujourd'hui 4 millions de consommateurs, 3 fois plus qu'en 1990. Néanmoins, le nombre d'interpellations ne cesse de croître, environ 120'000 par an pour le cannabis (avec éventuellement son cortège de mesures vexatoires, garde à vue et fouille au corps). Avec à la clef, 53'000 condamnations pour infraction à la législation des stupéfiants, dont 27'000 condamnations à l'emprisonnement, comprenant 9'000 condamnations pour usage simple, et 9'000 pour détention/acquisition. Ces sanctions sont appliquées très différemment d'une juridiction à l'autre.

Pourtant le trafic continue tranquillement. Enfin, pas si tranquillement pour les riverains des zones exposées, principalement dans les banlieues des grandes villes où sévit la loi du trafic, bien éloignée des lois de la République, pas si tranquillement non plus pour les jeunes impliqués dans les réseaux mafieux qui y laissent parfois leur vie, faisant les frais de la guerre des gangs. Mais le client peut se fournir, à des prix qui restent bas : environ 6 euros par gramme de résine. Les contrôles de qualité sont confiés aux dealers et aux usagers. La disponibilité est excellente, de jour comme de nuit. La répression augmente la délinquance et ne baisse pas le prix des drogues contrairement à ce qu'on cherche avec l'interdit. Quant aux consommateurs, en majorité des jeunes adultes, ils revendiquent une plus grande part de jugement sur ce qui est bon ou pas pour eux, et ne comprennent pas la répression dans ce contexte. Entre les institutions et la société, en particulier la jeunesse, un fossé se creuse.

UN SYSTÈME CONÇU IL Y A 40 ANS

Face à l'échec d'un système conçu il y a 40 ans, certains proposent de le modifier et faire qu'il soit mieux adapté à la situation. La dépénalisation a été plusieurs fois envisagée, sous des gouvernements de droite et de gauche, le dernier essai ayant eu lieu en 2003, sous le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin, Premier ministre de Jacques Chirac. Nicolas Sarkozy, alors ministre de l'intérieur y était très favorable, y voyant sans doute un moyen de couper l'herbe sous les pieds de la gauche. Le 23 juin 2003, je suis chargé de préparer la réforme de la loi dans le sens d'une contraventionnalisation. Cela correspond à une dépénalisation, une amende forfaitaire de 45 (ou 90) euros remplace le délit. Je dois soumettre le projet à l'arbitrage du Premier ministre le 15 septembre. Malheureusement, entre ces deux dates, un tsunami de chaleur s'abat sur la France faisant 15'000 morts et change les priorités du gouvernement. Peu après, un remaniement exclut le ministre de la santé qui portait la loi et remplace Nicolas Sarkozy par Dominique de Villepin place Beauvau¹, qui prend le contrepied de son prédécesseur. Le projet de réforme est abandonné.

Le tabou est tel, que même le débat est impossible.

Il en sera peu question lors de la campagne présidentielle 2012, pas un mot à droite pour remettre en question la prohibition, quelques débats à gauche, les Verts étant les seuls à prôner la distribution contrôlée. Au Parti Socialiste (PS), la plupart des candidats à la primaire s'élèvent contre tout laxisme,

notamment Manuel Valls, et François Hollande concède qu'il faudrait changer la loi sans plus de précisions. Tous se démarquent de l'ancien ministre de l'intérieur PS, Daniel Vaillant, qui venait de se prononcer pour la légalisation du cannabis².

Plus récemment, des voix s'élèvent pour demander qu'ait lieu un débat national sur la question : Cécile Duflot, ministre (verte) du logement, Vincent Peillon, ministre de l'Éducation Nationale, qui se font aussitôt rappeler à l'ordre. Le tabou est tel, que même le débat est impossible.

¹ Adresse du ministère de l'Intérieur à Paris

² <http://www.anpaa.asso.fr/lanpaa/actualites/drogues-illicites/105-daniel-vaillant-depute-ps-propose-une-legalisation-sous-contrôle-du-cannabis>

Avec une droite qui se droitise et une gauche qui a peur de paraître laxiste, la loi de 1970 a encore de beaux jours devant elle. Ce n'est pas de France que viendra le changement de paradigme !

L'ACADÉMIE ET LE CANNABIS

La dernière communication de l'Académie de Médecine³ qui s'est autosaisie du sujet, illustre sa difficulté à faire évoluer la réponse des médecins face à la consommation de cannabis. Certes l'Académie ne représente pas le monde médical, mais ses avis ont un certain écho dans les médias et peuvent avoir une influence sur les décideurs.

Le texte commence par une énumération exhaustive des effets adverses possibles du cannabis, du cancer du testicule à la schizophrénie, en passant par les accidents vasculaires, les troubles endocriniens, présentés sans nuance, comme une notice du Vidal, comme si tous ces effets allaient inexorablement s'abattre sur tous les fumeurs de cannabis, occasionnels ou non. En outre, le cannabis serait facilitateur de la consommation d'autres drogues, tabac, alcool, opiacés ou psychostimulants. Facilitateur aussi de comportements auto ou hétéro-agressifs. L'apparition des cannabinoïdes de synthèse encore plus puissants que le THC aggraverait encore les risques induits.

Devant ce constat, l'Académie demande que la lutte contre la consommation de cannabis soit érigée au rang de cause nationale. Elle propose aussi une série de mesures concrètes aux pouvoirs publics, qu'elle est censée éclairer, et qui vont principalement dans le sens du renforcement des interdictions et de la répression. Pour avoir été en charge de la politique publique entre 2002 et 2007, en tant que président de la MILDT, et avoir essayé d'impulser une dynamique forte pour une meilleure prise en compte du problème, le contenu du communiqué de l'Académie m'est apparue pour le moins inadaptée et je l'ai fait savoir sur un blog médical⁴.

DES MESURES DISCUTABLES

En ce qui concerne les mesures, seule la première est indiscutable : lancer des campagnes d'information sur les dangers du cannabis. La première (et la seule) campagne d'information sur le cannabis a été lancée, à mon initiative, en 2004 ! Elle ne parlait pas des risques d'ailleurs encore mal documentés sur les cancers broncho-pulmonaires et les accidents vasculaires cérébraux, ni sur la schizophrénie, parce que la perspective de tels risques n'a aucun impact préventif chez des adolescents. Nous avons choisi de nous appuyer sur des témoignages de consommateurs intensifs, (joués par des acteurs, loi de 1970 oblige !) qui parlent de

« bad trip », de baisse de résultats scolaires, d'isolement des copains quand on sombre dans une consommation intensive et solitaire. Surtout, cette campagne était associée à un dispositif de prise en charge complet avec des millions de brochures pour les parents, les jeunes et aussi les consommateurs, un numéro vert dédié, des consultations « jeunes consommateurs » (CJC) dans chaque département, anonymes et gratuites. Une campagne isolée sur les risques coûte cher et ne sert à rien, c'est le dispositif global qui est important. Aujourd'hui les CJC ont été renforcées sous l'égide de la nouvelle MILDECA⁵.

Les autres mesures me paraissent inappropriées ou utopiques :

- *Inciter les services psychiatriques à lutter contre le trafic « en leur sein » sous peine de désacrédition.* Comme si c'était le rôle des services hospitaliers et comme si le trafic avait lieu dans l'hôpital ! Ce n'est pas cela qui va réduire les consommations de produits psychoactifs chez les patients schizophrènes !
- *Empêcher la circulation des drogues en prison.* L'administration pénitentiaire a d'autres priorités que le cannabis sauf quand il entraîne des trafics organisés et violents ! La consommation en elle-même n'est pas un facteur d'agressivité des détenus.
- *Interdire par la loi l'achat de matériel et de semences sur internet.* C'est priver les consommateurs d'un moyen d'approvisionnement qui les garde loin du trafic. Ce serait donc une mesure qui ravirait les trafiquants en leur donnant le monopole de la distribution. En pratique, elle est de toute façon inapplicable.
- *Interdire de vendre du papier à cigarette « grand format ».* Cela aboutirait à avoir des joints plus petits (ou plus grands avec deux feuilles collées) ! Quel progrès !

Mes réponses ont agacé au plus haut point un des cosignataires de l'Académie qui s'est lancé dans une violente attaque personnelle contre moi et contre mon prédécesseur à la MILDT, Nicole Maestracchi. Je n'ai pas souhaité y répondre mais la violence de sa charge a incité des professionnels du champ à réagir⁶.

Aux dernières nouvelles, je devrais être auditionné par l'Académie. J'espère que ce sera l'occasion de dépasser les querelles personnelles et réfléchir ensemble à une réponse pertinente de la médecine face à la consommation de cannabis, à défaut de faire avancer la loi.

Courriel :
djayle@vih.org

³ <http://www.academie-medecine.fr/publication100100297/>

⁴ <http://jeanyvesnau.com/2014/03/27/cannabis-non-lacademie-nationale-de-medecine-ne-remplit-pas-sa-mission/>

⁵ La MILDT est devenue MILDECA mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives

⁶ <http://drogues.blog.lemonde.fr/2014/04/14/cannabis-labus-de-polemique-nuit-gravement-a-la-sante/>

LE « CANNABIS MEDICAL CLUB », UN MODÈLE D'ACCÈS AU CANNABIS THÉRAPEUTIQUE ? ÉVALUATION DE L'ASSOCIATION « ALTERNATIVE VERTE » À GENÈVE

Camille Goumaz, Jennifer Cau, Barbara Broers, Faculté de Médecine, Université de Genève

Le cannabis peut être utilisé à des fins récréatives ou médicales. Toutefois, pour ceux qui prennent du « cannabis thérapeutique », l'accès à des médicaments en pharmacie est difficile et passe donc plutôt par des voies illicites. Dans cet article nous présenterons un résumé des indications médicales aux cannabinoïdes, l'accès officiel à des cannabinoïdes thérapeutiques en Suisse, et l'évaluation d'une association à Genève qui défend l'accès au cannabis pour des raisons médicales, travail initié par le fondateur de cette même association, décédé il y a 4 ans.

ASSOCIATION « ALTERNATIVE VERTE »

Cette association fut fondée en 2006 avec les buts suivants :

- L'étude, la culture et la préparation de plantes à usage médicinal
- Documenter, valider et promouvoir l'utilisation thérapeutique de ces plantes et de leurs principes actifs
- Le développement de la recherche, la diffusion d'informations et la distribution de produits « sûrs ». (25)

L'essentiel de l'activité de l'association tourne autour du cannabis médical. Les membres paient une cotisation de 150 CHF, doivent avoir un certificat médical officiel qui justifie l'usage de cannabis et remplissent un questionnaire d'entrée (anonyme). Un local, loué par la Ville de Genève, est à disposition des membres pour se rencontrer, recevoir des conseils, voire acheter des produits à base de plantes (aloe vera p.ex.) ou des vaporisateurs. L'usage de cannabis y est interdit. Dans un endroit semi-secret, les membres peuvent se procurer du cannabis, une fois par semaine, à un prix correct et avec un maximum de 20 grammes par semaine. La file active est d'environ 80 membres, dont plusieurs ne viennent qu'une à deux fois par mois. Le comité est entièrement constitué de bénévoles, qui s'organisent pour approvisionner les membres en cannabis, et qui peuvent leur donner des conseils pour l'autoproduction. Il y a quatre ans, le fondateur, une personne charismatique et expérimentée, est décédé subitement, et le comité montre une grande volonté de poursuivre son « œuvre ».

L'objectif de ce travail était d'étudier le profil des membres ainsi que l'utilité et l'impact de leur « medical cannabis club » sur leur vie et leurs consommations. Nous avons eu accès aux questionnaires d'entrée récoltés depuis 2006 (n=107), sans savoir quel était le nombre total des membres pendant cette période. Nous avons aussi développé un questionnaire de suivi (n=20), participé à l'AG et à des rencontres des membres au local et lors de la distribution du cannabis. Douze personnes ont accepté d'avoir des entretiens semi-structurés individualisés. La qualité des données est moyenne, nous présentons ici un résumé des résultats³.

Cannabinoïdes ou cannabis ?

Les cannabinoïdes sont un groupe de molécules lipophiles qui agissent sur des récepteurs spécifiques (agonistes des récepteurs cannabinoïdes). On distingue trois groupes de cannabinoïdes : 1) les endocannabinoïdes (synthétisés dans le corps humain ou animal), 2) les phytocannabinoïdes (plantes) et 3) les cannabinoïdes de synthèse (voir article page 28)(1). Les cannabinoïdes agissent surtout sur deux récepteurs cannabinoïdes, les CB1 (surtout dans le système nerveux central, responsables des effets psycho-actifs(2)), et les CB2 (surtout en périphérie, dans le système immunitaire(3,4)).

Le cannabis est une plante qui contient une soixantaine de cannabinoïdes différents, dont les plus importants sont le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) et le cannabidiol (CBD) (5). Le THC a un effet psychoactif, antiémétique, myorelaxant et stimule l'appétit (6-9). Le CBD a un effet anticonvulsif, analgésique, anxiolytique, anti-psychotique, neuroprotecteur et anti-tumoral(6,7,10,11). Le CBD enlève une partie des effets psychoactifs du THC (ressentis comme désagréables par ceux qui ne les cherchent pas)(6). On comprend donc que les études médicales avec du THC pur ne donneront pas les mêmes résultats que celles où sont utilisés des médicaments avec un mélange de THC et de CBD.

RÉSULTATS

Les membres sont majoritairement de sexe masculin (>2/3), avec un âge moyen de 48 ans, et 60% d'entre eux sont aux bénéfices des prestations de l'AI. Les raisons de consommation du cannabis médical annoncées par les membres sont résumées dans le tableau 1. On constate que presque la moitié des membres (61/127) mentionnent la douleur chronique comme une des raisons, et presque un quart la dépression. Une partie des raisons peut être considérée comme étant médicalement « hors indication reconnue ». La très grande majorité fume le cannabis (selon l'enquête de suivi 2/3 avec tabac), mais bon nombre a également l'habitude de le prendre par voie orale ou inhalé avec un vaporisateur.

³ Les détails des données et la thèse se trouvent sur www.unige.ch/archives

La grande majorité fumait déjà du cannabis avant l'usage thérapeutique. Des 9 personnes à qui nous avons posé la question, 6 nous ont dit avoir diminué leur consommation, 2 sont restés stables et seulement un membre a déclaré avoir augmenté sa consommation.

94 % des patients ont mis leur médecin traitant au courant de leur usage de cannabis et, selon eux, trois quarts ont été d'accord ou en tout cas ouverts à cette automédication.

Le tableau 2 présente l'avis des membres concernant l'impact que l'association a sur leur vie. Une très grande majorité apprécie le soutien social et pratique, et considère que leur qualité de vie est meilleure. Trois quarts apprécient avoir moins de soucis avec la police, et disent réfléchir davantage à leur santé. Presque la moitié trouve que l'association les aide à moins fumer.

Les membres interviewés confirment l'importance du soutien social, ainsi que la diminution du stress pour se procurer leur médicament. A noter que plusieurs membres n'étaient pas en possession d'un certificat médical.

Les observations lors de l'AG et autres rencontres nous ont permis de voir qu'il n'est pas toujours facile pour les membres du comité, eux-mêmes tous fumeurs, de faire respecter les règles de base.

Tableau 2

	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Non	Sans avis
Soutien social	10	7	2	0	1
Aide pratique	15	3	1	0	1
Aide avec famille	6	2	3	5	4
Aide avec police	11	4	1	1	3
Meilleure qualité de vie	12	5	2	0	1
De l'aide pour moins fumer	5	4	3	4	4
Réflexion sur ma santé	9	6	1	2	2

Malgré un objectif commun et défendu par tous, il existe des tensions entre des membres sur la politique à suivre. On sent un certain épuisement dû à l'organisation de la production et l'acheminement de la marchandise chaque semaine, dans un contexte « gris » avec une tolérance certaine mais fluctuante (il y a deux ans des boutures de plantes ont été confisquées par la police).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Notre étude a permis de montrer que l'association Alternative Verte, un « cannabis medical club » qui existe depuis huit ans, n'attire pas de jeunes fumeurs de cannabis à la recherche d'un produit facile d'accès. Même si l'interprétation des données doit être faite avec précaution, on peut décrire la population comme des patients de presque 50 ans, pour la plupart avec des morbidités physiques et psychologiques, dans des situations de précarité sociale. Leur consommation de cannabis n'augmente pas quand ils entrent dans l'association. Les membres apprécient le lien social, et la diminution du stress lié à l'achat de leur médicament sur le marché noir, de qualité et quantité incertaines ; ils trouvent que leur qualité de vie augmente.

La législation actuelle met l'association dans un contexte juridique vague et incertain, car, comme pour les coffee shops aux Pays-Bas, le « backdoor problem » n'est pas réglé.

Le comité prend des risques importants en essayant d'avoir suffisamment de cannabis pour leurs membres et subit une pression constante.

Par ailleurs, vu l'absence d'un « cannabis social club » ou d'autres sources légales de cannabis à Genève, l'association risque d'attirer des personnes « à la recherche d'une justification médicale » pour l'usage du cannabis, en médicalisant l'usage récréatif de cannabis ou en mettant en avance une souffrance psychologique. Le comité, constitué de bénévoles eux-mêmes patients bénéficiant du cannabis, ne semble pas toujours à l'aise pour refuser de telles demandes.

Il nous semble que l'association pourrait bénéficier d'une professionnalisation, de préférence avec un coordinateur

Tableau 1

	Baseline	Follow-up	Total
Douleurs chroniques	53	8	61
HCV	15	3	18
HIV	15	5	20
Insomnies	12	2	14
Troubles humeur	10	2	12
Hyperactivité	8	2	10
Dépression	22	6	28
Toxicomanie	7	-	7
Anxiété, stress	6	-	6
Chimiothérapie	5	-	5
Epilepsie	4	1	5
Schizophrénie	3	-	3
Troubles alimentaires	3	5 (HIV)	8
SEP	3	1	4
Troubles comportement	2	-	2
migraines	2	-	2
Autres maladies	15	1 (vieillesse)	16

Nombre de questionnaires : baseline 107, suivi 20.
Plusieurs réponses possibles (total 221)

non consommateur ; ceci permettra peut-être d'augmenter leur crédibilité auprès des autorités. Nous proposons aussi la création d'une charte avec des règles claires, à faire signer par tous les membres. Ces règles devraient couvrir l'exigence d'un certificat médical récent, le paiement de la cotisation, les règles de bonne conduite comme ne pas fumer en public proche du local ou du lieu de distribution, l'absence de violence, de prêt d'argent entre membres, etc. En cas de non-respect de la charte, le comité devrait pouvoir refuser l'accès au cannabis.

L'association « Alternative Verte » a beaucoup de mérite et de courage pour avoir mis en lumière la difficulté d'accès à du cannabis thérapeutique en Suisse. Elle soutient des patients, légitimise leur situation et diminue les risques d'illégalité pour eux. Est-ce qu'elle nous permet d'ouvrir la voie vers d'autres expériences d'accès régulé au cannabis ?

Remerciements : nous tenons à remercier tous les membres de l'association Alternative Verte pour leur participation, et surtout le comité. Nous rendons hommage à Fabrice, qui a mis toute son énergie dans la défense de l'accès au cannabis pour des raisons médicales.

Courriels :

camillegoumaz@bluewin.ch

jennifer.cau@gmail.com

Barbara.Broers@unige.ch

Pathologies avec symptômes soulagés par le cannabis ou autre cannabinoïdes

- Nausées et vomissements après chimiothérapies(12)
- Anorexie et perte de poids liées au sida (13)
- Spasmes musculaires liés à la sclérose en plaque (SEP) ou à d'autres maladies neurologiques(14,15)
- SEP : le nabiximol (mélange THC/CBD en spray oral) est effectif pour réduire les douleurs neurogènes, la spasticité et le sommeil perturbé (8,9,15)
- Douleur chronique, notamment les douleurs neurogènes (16,17)
- Inflammation (CBD), en cas d'arthrite rhumatoïde, de maladie de Crohn, etc. (11)
- Glaucome (18)
- Epilepsie (effet CBD)

Efficacité possible du cannabis ou des cannabinoïdes :

- Traitement anticancéreux (gliome, sein, prostate) (19-22)
- Migraine
- Asthme(23,24)
- Psychose (CBD) et autres maladies psychiatriques(11)

NB : tout usage en fumée doit être déconseillé.

Accès à des médicaments à base de cannabinoïdes

Plusieurs modèles d'accès existent¹. Dans bon nombre de pays la prescription de certains médicaments est possible pour un nombre limité d'indications, avec une autorisation spéciale, et, en général, aux frais du patient. Aux Etats-Unis, les « medical cannabis stores » présents dans 21 états vendent du cannabis à toute personne ayant un certificat médical justifiant cet usage, donc sans ordonnance, dosage, ni remboursement. Aux Pays-Bas, tout médecin peut prescrire des produits Bedrocan[®] (plantes de cannabis avec dosages THC/CBD différents), disponibles en pharmacie, via l'Office du Cannabis Médical (Ministère de Santé). Au Canada, des patients qui ont un certificat médical (liste d'indications larges) ont le droit d'avoir un certain nombre de plantes de cannabis pour usage personnel, de demander à une personne de cultiver pour eux, de recevoir du cannabis « de l'état » ou des médicaments comme la teinture de dronabinol ou le Sativex[®].

En Suisse, la possession et la production personnelle de cannabis restent interdites, même avec certificat médical. Actuellement (juillet 2014) on peut prescrire:

1) Sans autorisation spéciale

- - le nabiximol (Sativex[®]) pour la sclérose en plaques, s'il n'y a pas de réponse adéquate aux traitements conventionnels (ordonnance carnet à souches)
- - la teinture de CBD

2) Avec autorisation spéciale :

- - le dronabinol (THC) solution huileuse
- - la teinture de cannabis (THC:CBD 1:1)
- - le nabiximol pour d'autres indications

Tout médecin peut faire une demande de prescription d'un de ces trois médicaments auprès de l'OFSP selon la procédure et les modèles disponibles auprès de la SSAM ou de la STCM². Les indications reconnues, toujours en cas d'échec de traitement conventionnel, sont les suivantes : nausées, vomissements et perte de poids en cas de traitements anti-cancéreux et anti-VIH, spasmes en cas de sclérose en plaques et autres maladies neurologiques, douleurs neurogènes. Toutefois, d'autres indications peuvent être acceptées s'il existe suffisamment de preuves scientifiques. A savoir que ce sont des médicaments chers et souvent non remboursés par les caisses-maladies. Si un traitement officiel n'est pas accessible, il convient de donner des conseils de réduction de méfaits (usage par voie orale, fumer avec un vaporisateur).

¹ Voir www.cannabis-med.org pour plus de détails

² www.stcm.ch/fr/indications-pratiques.html et

www.ssam.ch/SSAM/sites/default/files/DemandeOFSPcannabismed.pdf

Bibliographie :

1. Huestis MA. Human Cannabinoid Pharmacokinetics. *Chem Biodivers*. août 2007;4(8):1770-1804.
2. Zuardi AW, Shirakawa I, Finkelfarb E, Karniol IG. Action of cannabidiol on the anxiety and other effects produced by delta 9-THC in normal subjects. *Psychopharmacology (Berl)*. 1982;76(3):245-250.
3. Röhrich J, Schimmel I, Zörntlein S, Becker J, Drobnik S, Kaufmann T, et al. Concentrations of 9-tetrahydrocannabinol and 11-nor-9-carboxytetrahydrocannabinol in blood and urine after passive exposure to cannabis smoke in a coffee shop. *J Anal Toxicol*. 2010;34(4):196-203.
4. Leung L. Cannabis and Its Derivatives: Review of Medical Use. *J Am Board Fam Med*. 7 janv 2011;24(4):452-462.
5. Pacher P. Towards the use of non-psychoactive cannabinoids for prostate cancer. *Br J Pharmacol*. janv 2013;168(1):76-78.
6. Tanasescu R, Rog D, Constantinescu CS. A drug discovery case history of 'delta-9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol'. *Expert Opin Drug Discov*. avr 2011;6(4):437-452.
7. Cox B, Chhabra A, Adler M, Simmons J, Randlett D. Cannabinoid hyperemesis syndrome: case report of a paradoxical reaction with heavy marijuana use. *Case Rep Med*. 2012;2012:757696.
8. Leussink VI, Husseini L, Warnke C, Broussalis E, Hartung H-P, Kieseier BC. Symptomatic therapy in multiple sclerosis: the role of cannabinoids in treating spasticity. *Ther Adv Neurol Disord*. sept 2012;5(5):255-266.
9. Kraft B. Is there any clinically relevant cannabinoid-induced analgesia? *Pharmacology*. 2012;89(5-6):237-246.
10. Bergamaschi MM, Queiroz RHC, Zuardi AW, Crippa JAS. Safety and side effects of cannabidiol, a Cannabis sativa constituent. *Curr Drug Saf*. 1 sept 2011;6(4):237-249.
11. Cannabidiol: from an inactive cannabinoid to a drug with wide spectrum of action. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18833429>
12. Parker LA, Rock EM, Limebeer CL. Regulation of nausea and vomiting by cannabinoids: Cannabinoids and nausea and vomiting. *Br J Pharmacol*. août 2011;163(7):1411-1422.
13. Kogan NM, Mechoulam R. Cannabinoids in health and disease. *Dialogues Clin Neurosci*. déc 2007;9(4):413-430.
14. Cannabinoid control of neuroinflammation related to multiple sclerosis [Internet]. 2007 [cité 28 févr 2013]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2190016/pdf/0707458a.pdf>
15. The use of cannabinoids in multiple sclerosis [Internet]. 2005 [cité 28 févr 2013]. Disponible sur: <http://informahealthcare.com/doi/pdfplus/10.1517/13543784.14.7.859>
16. Karst M, Wippermann S. Cannabinoids against pain. Efficacy and strategies to reduce psychoactivity: a clinical perspective. *Expert Opin Investig Drugs*. févr 2009;18(2):125-133.
17. Kraft B, Frickey NA, Kaufmann RM, Reif M, Frey R, Gustorff B, et al. Lack of Analgesia by Oral Standardized Cannabis Extract on Acute Inflammatory Pain and Hyperalgesia in Volunteers. *Anesthesiology*. juill 2008;109(1):101-110.
18. Jampel H. American glaucoma society position statement: marijuana and the treatment of glaucoma. *J Glaucoma*. 2010;19(2):75-6.
19. Solinas M, Massi P, Cantelmo A, Cattaneo M, Cammarota R, Bartolini D, et al. Cannabidiol inhibits angiogenesis by multiple mechanisms: Cannabidiol and angiogenesis. *Br J Pharmacol*. nov 2012;167(6):1218-1231.
20. Velasco G, Sánchez C, Guzmán M. Towards the use of cannabinoids as antitumour agents. *Nat Rev Cancer*. juin 2012;12(6):436-444.
21. Massi P, Solinas M, Cinquina V, Parolaro D. Cannabidiol as potential anticancer drug. *Br J Clin Pharmacol*. févr 2013;75(2):303-312.
22. Gurley SN, Abidi AH, Allison P, Guan P, Duntsch C, Robertson JH, et al. Mechanism of anti-glioma activity and in vivo efficacy of the cannabinoid ligand KM-233. *J Neurooncol*. nov 2012;110(2):163-177.
23. Liu D, Hu C, Huang C, Wey S, Jan T. Cannabidiol attenuates delayed-type hypersensitivity reactions via suppressing T-cell and macrophage reactivity. *Acta Pharmacol Sin*. 2010;31(12):1611-7.
24. Pini A, Mannaioni G, Pellegrini-Giampietro D, Passani MB, Mastroianni R, Bani D, et al. The role of cannabinoids in inflammatory modulation of allergic respiratory disorders, inflammatory pain and ischemic stroke. *Curr Drug Targets*. juin 2012;13(7):984-993.
25. http://www.alternative-verte.info/Alternative_Verte/Bienvenue.html.

CANNABIS ET PSYCHOSE : HYPOTHÈSES ET ÉVIDENCES

D^r Aurelio Restellini, D^r Gabriel Thorens, P^r Daniele Zullino, Service d'addictologie, Département de Santé Mentale et Psychiatrie, Hôpitaux Universitaires de Genève, Département de Psychiatrie, Faculté de Médecine, Université de Genève

Toujours illégal dans la majorité des pays, le cannabis est une substance qui suscite de nouveaux questionnements. En effet, l'évolution de sa consommation avec, d'une part, une législation plus libérale et, d'autre part, une augmentation importante des utilisateurs, a réanimé un débat qui, en incluant progressivement un argumentaire scientifique, semble néanmoins toujours être dominé par des positions idéologiques. Cet article se propose de se centrer sur les arguments en faveur d'un lien causal entre la consommation de cannabis et les psychoses chroniques, dont la schizophrénie fait partie.

CE QUI EST CLAIR

Si un certain nombre d'hypothèses donne encore lieu à des controverses au sein du monde scientifique, d'autres peuvent être considérées comme suffisamment corroborées par des études scientifiques pour ne plus être mises en question. Malheureusement, à cause d'une argumentation faussée, l'interprétation de ces données peut parfois mener à des conclusions erronées. Voici quelques évidences incontestées concernant la discussion du lien entre la consommation de cannabis et la psychose chronique.

Le cannabis induit des psychoses aiguës toxiques

Que le cannabis puisse induire des états de psychose aiguë et limités dans le temps, est une observation faite depuis des siècles et déjà décrite par Moreau de Tours en 1845 (1). Il s'agit en partie d'effets recherchés par le consommateur, comme p.ex. un relâchement des associations et des altérations au niveau des perceptions (2, 3). Lorsqu'il est question du lien causal entre cannabis et psychose chronique, l'une des argumentations fréquemment retrouvées prend appui sur la similarité entre les effets aigus du cannabis et les symptômes positifs et cognitifs de la schizophrénie (troubles formels de la pensée, hallucinations, idées de délire).

Le cannabis induit un syndrome amotivationnel

Une autre certitude quant à l'effet du cannabis est qu'il peut induire un *syndrome amotivationnel*. Ce syndrome est caractérisé par une perte importante de motivations pour de nombreuses activités hormis la consommation de cannabis. Dans ce cas aussi, ce syndrome ressemble à la psychopathologie de la schizophrénie. En effet, les symptômes négatifs de la schizophrénie, caractérisés par un ralentissement psychomoteur, une aboulie, un émoussement affectif et un retrait social correspondent aux symptômes observés dans le syndrome amotivationnel. Comme pour les effets aigus du cannabis, cette ressemblance phénoménologique entre ces deux syndromes (syndrome amotivationnel, syndrome négatif) a conduit à l'hypothèse du lien causal suivant : le cannabis cause un syndrome amotivationnel qui persiste et devient ainsi le syndrome négatif d'une psychose chronique (4).

Les corrélations entre le cannabis et la psychose chronique

Finalement, une des évidences les mieux validées est celle de la *corrélacion* entre la consommation de cannabis et l'apparition de psychoses. On peut considérer comme formellement établi que la consommation de cannabis, surtout durant l'adolescence, représente un *facteur de risque*. Il s'agit même d'un des facteurs de risque les mieux étudiés et confirmés par la recherche (5, 6). Le début de la consommation de cannabis précède par ailleurs le plus souvent le diagnostic de schizophrénie (5, 6), et la corrélation est d'autant plus forte que la consommation est importante (6). Par ailleurs, une consommation actuelle a régulièrement été corrélée positivement avec des symptômes positifs et cognitifs de la schizophrénie (hallucinations, idées délirantes, troubles formels de la pensée) (7, 8).

CE QUI COMMENCE À ÊTRE CLAIR

L'implication du système des endocannabinoïdes dans les fonctions cognitives

La fonction physiologique du système des endocannabinoïdes commence à être progressivement élucidée. Les résultats d'études animales ont suggéré une implication de ce système dans le développement et/ou dans l'expression de troubles psychotiques (9).

Les « *neurological soft signs* » (*signes doux*) comme la rigidité, une démarche déséquilibrée ou des tremblements ont systématiquement été associés à la schizophrénie, et représentent un des facteurs de risque les mieux validés dans le développement de cette dernière. Plusieurs études, utilisant des méthodologies variées, ont conclu que des patients souffrant de psychose (notamment de psychose débutante) et qui consommaient du cannabis présentaient moins de signes doux (10). Différentes hypothèses sont formulées pour expliquer cette observation : (1) Les psychoses développées par des patients consommateurs suivraient une autre voie physiopathologique incluant moins d'altérations neurodéveloppementales, (2) des signes neurologiques plus importants seraient associés à d'autres caractéristiques cliniques qui limiteraient l'accès du patient



Photo: SXC.hu

au cannabis, (3) le cannabis aurait un effet protecteur sur l'apparition des psychoses ; cet effet, dans le cas d'une psychose manifeste, aurait été insuffisant (11).

Le lien entre les autres substances addictives et la psychose

L'addiction au cannabis est considérée comme un phénomène bien établi, en atteste l'inclusion du diagnostic dans les manuels diagnostics majeurs (DSM, CIM). Les recherches neurobiologiques récentes ont pu amplement dégager des mécanismes responsables de cette addiction (12). Il devient de plus en plus évident par ailleurs que la consommation de nombreuses autres substances, à potentiel addictif, peut être corrélée avec un risque de psychose chronique. Ainsi, des résultats similaires à ceux concernant le cannabis ont été publiés pour l'alcool (13, 14), le tabac (13, 15-18) et les amphétamines (14, 19).

La consommation de nicotine est par ailleurs corrélée de la même manière que le cannabis à l'apparition de symptômes positifs (20). De plus, la prévalence de symptômes positifs chez des patients avec un diagnostic de schizophrénie et la consommation de cannabis a pu en partie être expliquée par des addictions comorbides (7). A l'inverse, la consommation de cannabis (et d'autres substances addictives), chez les patients schizophrènes, est généralement corrélée avec des niveaux de symptômes négatifs moins importants que chez les patients non-consommateurs (8).

Si les études se sont principalement focalisées sur la causalité entre cannabis et psychose, il apparaît progressivement que toutes les substances addictives seraient potentiellement associées au même risque. Se pose donc la question du pourquoi de cette obstination sur les effets du cannabis au détriment d'autres substances. Evoquons deux hypothèses possibles : (1) La similitude entre les symptômes de l'intoxication au cannabis et de la psychose entraîne une erreur de logique basée sur un raisonnement instinctif (celui de l'analogie), donc involontaire (« ils ne le font pas

exprès »). (2) A l'inverse, le raisonnement fallacieux est délibérément adopté pour des raisons idéologiques (« ils le font exprès »).

CE QUI EST À CLARIFIER

Une des hypothèses du lien de causalité entre cannabis et psychose chronique prend la forme suivante : (1) Le cannabis cause des épisodes psychotiques *aigus* (prémisse incontestée), donc (2) le cannabis cause des psychoses *chroniques* (conclusion). Le problème de cette argumentation est le manque d'une deuxième prémisse du type « la présence d'une psychose aiguë entraîne l'apparition d'une psychose chronique ». Or, cette deuxième prémisse n'est soutenue par aucune évidence. On a donc affaire à un argument fallacieux du type « conclusion hâtive ».

Pour illustrer cette erreur, on peut prendre l'exemple du somnifère : un somnifère *cause* l'endormissement « aigu ». De ce fait ne découle pas que le somnifère cause une maladie du sommeil « chronique ». La prise répétée de somnifères cause au contraire (par un effet de tolérance) des insomnies. Si nous revenons aux effets du cannabis, on pourrait même formuler l'hypothèse que la consommation de cannabis régulière, par induction d'une tolérance aux effets psychotogènes, devienne un facteur protecteur. Dans ce cas, le cannabis pourrait être consommé chez des sujets à risque, pour prévenir l'apparition d'une psychose chronique. Les sujets qui développent une psychose chronique malgré une consommation de cannabis, seraient ceux chez lesquels l'effet protecteur du cannabis n'aurait pas été suffisant face au processus naturel de la maladie. Parmi les arguments qui soutiendraient cette hypothèse, rappelons l'effet antipsychotique du cannabidiol (21) et l'effet bénéfique du cannabis sur les symptômes négatifs.

Un des problèmes principaux dans la discussion autour du lien entre la consommation de cannabis et la psychose chronique est la confusion entre la notion de corrélation et celle de causalité. Deux événements peuvent être reliés (corrélés) sans nécessairement avoir des rapports de cause à effet. C'est ainsi que l'arrivée des cigognes au printemps peut être corrélée avec l'augmentation des naissances humaines, mais ce n'est pas pour autant que les deux événements sont liés de façon causale. Les cigognes n'apportent pas les bébés, mais le printemps (troisième facteur) est corrélé (cette fois-ci de façon causale) avec l'arrivée des cigognes et le pic saisonnier de naissances ! Cette confusion entre corrélation et causalité est malheureusement favorisée par le caractère polysémique du terme « risque ». Celui-ci peut dénoter au moins deux choses :

1. Un facteur de risque, dans le sens que le phénomène observé (dans notre cas la consommation de cannabis) « met à risque » le deuxième phénomène (ici la schizophrénie). Dans ce sens, le facteur risque cannabis serait à comprendre comme causalement contributif pour le développement d'une schizophrénie.

2. Un indicateur de risque : il indique qu'il y a un risque, mais ne dit pas, en soi, quelle en serait la cause. Ainsi, une aiguille d'un tachymètre de voiture qui indique 300 km/h indique bien qu'il y a un certain type de risque, mais ce n'est pas la position de l'aiguille (l'indicateur) qui met le conducteur à risque, mais la pression de son pied sur l'accélérateur (un facteur causal). Enlever le tachymètre de la voiture ne va ainsi pas réduire le risque, mais juste la capacité de prédiction du risque.

Or le terme « risque » utilisé en relation aux données issues des études épidémiologiques ne peut que prendre la signification d'indicateur de probabilité. L'indicateur *consommation de cannabis* permet de prédire avec une certaine précision le risque de développer une psychose, mais il n'en devient pas automatiquement la cause.

L'efficacité des mesures préventives

Au cas où le lien entre la consommation de cannabis et la psychose chronique, voire entre l'addiction et la psychose, devrait effectivement exister, la question de l'efficacité de mesures préventives et thérapeutiques pourrait alors se poser. Cependant, il existe un certain nombre d'études thérapeutiques dont le résultat est simplement décevant (22, 23). Si le traitement des symptômes par antipsychotiques peut être efficace, les études sur des thérapies (pharmacologiques et/ou psychothérapeutiques), qui visent l'abstinence au cannabis afin d'améliorer la symptomatologie psychotique, ont jusqu'à présent donné des résultats négatifs. Si les résultats pour l'amélioration des troubles psychotiques par l'arrêt du cannabis sont peu prometteurs, qu'en est-il de la prévention (empêcher la consommation de cannabis pour prévenir théoriquement l'apparition d'une psychose chronique) ? Il a été calculé qu'il faudrait empêcher jusqu'à 10'000 personnes de consommer du cannabis pour prévenir un cas de schizophrénie (24), toujours en partant de l'hypothèse (contestable) que le cannabis serait une cause de schizophrénie.

CONCLUSIONS

De ce qui précède on peut conclure :

1. Il y a un lien de corrélation entre la consommation de cannabis et la psychose chronique.
2. Ce lien n'est pas spécifique au cannabis, mais il se retrouve avec la consommation d'autres substances addictives.
3. Une corrélation n'est pas synonyme de causalité.
4. Aucune évidence actuelle ne permet d'affirmer de manière formelle un lien de causalité entre la consommation de cannabis et le développement d'une psychose chronique.
5. La corrélation entre addiction et psychose concerne

toutes les substances psychoactives et son étude ne doit pas se restreindre au cannabis.

6. La constance avec laquelle le cannabis est incriminé, comparé à l'alcool et la nicotine, pose la question des motivations idéologiques des chercheurs.
7. Les conséquences négatives non contestables de la consommation de cannabis en terme de santé publique (addictions, cancers, impact sur la scolarité etc.) devraient être au premier plan, et ne pas être occultées par le seul aspect de la nature du lien entre cannabis et psychose chronique.

Courriel :

Daniele.Zullino@hcuge.ch

Bibliographie :

1. Moreau JJ. Du hachisch et de l'aliénation mentale : études psychologiques. Paris: Fortin, Masson; 1845:viii.
2. Martin-Santos R, Crippa JA, Batalla A et al. Acute effects of a single, oral dose of delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) and cannabidiol (CBD) administration in healthy volunteers. *Curr Pharm Des.* 18:4966-4979.
3. Gonzalez R. Acute and non-acute effects of cannabis on brain functioning and neuropsychological performance. *Neuropsychol Rev.* 2007;17:347-361.
4. Rovai L, Marenmani AG, Pacini M et al. Negative dimension in psychiatry. Amotivational syndrome as a paradigm of negative symptoms in substance abuse. *Riv Psichiatr.* 2013;48:1-9.
5. Matheson SL, Shepherd AM, Laurens KR, Carr VJ. A systematic meta-review grading the evidence for non-genetic risk factors and putative antecedents of schizophrenia. *Schizophr Res.* 2011;133:133-142.
6. Zullino DF, Manghi R, Rathelot T, Khan R, Khazaal Y. Cannabis causes schizophrenia? So does nicotine. *Addiction Research & Theory.* 2010;18:601-605.
7. Dubertret C, Bidard I, Adä's J, Gorwood P. Lifetime positive symptoms in patients with schizophrenia and cannabis abuse are partially explained by co-morbid addiction. *Schizophrenia Research.* 2006;86:284.
8. Bersani G, Orlandi V, Kotzalidis GD, Pancheri P. Cannabis and schizophrenia: impact on onset, course, psychopathology and outcomes. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience.* 2002;252:86-92.
9. Zamberletti E, Rubino T, Parolaro D. The endocannabinoid system and schizophrenia: integration of evidence. *Curr Pharm Des.* 2012;18:4980-4990.
10. Ruiz-Veguilla M, Callado LF, Ferrin M. Neurological soft signs in patients with psychosis and cannabis abuse: a systematic review and meta-analysis of paradox. *Curr Pharm Des.* 2012;18:5156-5164.
11. Goldman L. The effect of implementation of non-smoking policies in the workplace: an update on the law. *Addiction.* 1993;88:1321 - 1325.
12. Maldonado R, Berrendero F, Ozaita A, Robledo P. Neurochemical basis of cannabis addiction. *Neuroscience.* 2011;181:1-17.

13. Wiles NJ, Zammit S, Bebbington P, Singleton N, Meltzer H, Lewis G. Self-reported psychotic symptoms in the general population: results from the longitudinal study of the British National Psychiatric Morbidity Survey. *Br J Psychiatry*. 2006;188:519-526.

14. Gulliver SB, Rohsenow DJ, Colby SM et al. Interrelationship of smoking and alcohol dependence, use and urges to use. *Journal of Studies on Alcohol*. 1995;56:202 - 206.

15. Weiser M, Reichenberg A, Grotto I et al. Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia: a historical-prospective cohort study. *Am J Psychiatry*. 2004;161:1219-1223.

16. Degehardt L, Hall W. The relationship between tobacco use, substance-use disorders and mental health: results from the National Survey of Mental Health and Well-being. *Nicotine Tob Res*. 2001;3:225-234.

17. Cooper J, Mancuso SG, Borland R, Slade T, Galletly C, Castle D. Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: the second Australian Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46:851-863.

18. Sörensen HJ, Mortensen EL, Reinisch JM, Mednick SA. A prospective study of smoking in young women and risk of later psychiatric hospitalization. *Nordic Journal of Psychiatry*. 2011;65:3-8.

19. Niemi-Pynttari JA, Sund R, Putkonen H, Vormaa H, Wahlbeck K, Pirkola SP. Substance-induced psychoses converting into schizophrenia: a register-based study of 18,478 Finnish inpatient cases. *J Clin Psychiatry*. 2013;74:e94-e99.

20. Cooper J, Mancuso SG, Borland R, Slade T, Galletly C, Castle D. Tobacco smoking among people living with a psychotic illness: the second Australian Survey of Psychosis. *Aust N Z J Psychiatry*. 2012;46:851-863.

21. Morgan CJ, Curran HV. Effects of cannabidiol on schizophrenia-like symptoms in people who use cannabis. *Br J Psychiatry*. 2008;192:306-307.

22. Hjorthoj CR, Baker A, Fohlmann A, Nordentoft M. Intervention efficacy in trials targeting cannabis use disorders in patients with comorbid psychosis systematic review and meta-analysis. *Curr Pharm Des*. 2014;20:2205-2211.

23. Hjorthoj C, Fohlmann A, Nordentoft M. Treatment of cannabis use disorders in people with schizophrenia spectrum disorders - a systematic review. *Addict Behav*. 2009;34:520-525.

24. Hickman M, Vickerman P, Macleod J et al. If cannabis caused schizophrenia--how many cannabis users may need to be prevented in order to prevent one case of schizophrenia? England and Wales calculations. *Addiction*. 2009;104:1856-1861.

AUTOMNE 2014



ATELIERS D'ANALYSE DE PRATIQUE

Le travail d'analyse de pratique relève de la prise de conscience de nos actions. La difficulté des situations que vivent les usagers, les manques de moyens pour y faire face, les contraintes institutionnelles, l'écart entre l'idéal professionnel et la réalité des pratiques amènent parfois les professionnels à ressentir une forme de fatigue, de découragement. Le travail effectué par les participants, après avoir présenté une situation, consiste à trouver des pistes explicatives et compréhensives en la questionnant et en la confrontant aux regards croisés du groupe.

Le groupe d'analyse de pratique constitue donc un lieu pour élaborer ces difficultés, redonner du sens à ce qui est vécu, interroger l'action pour la rendre efficace et trouver de nouvelles façons de faire satisfaisantes.

OBJECTIFS

- Présenter une situation professionnelle devant le groupe
- Analyser cette situation d'un point de vue institutionnel, social et interprofessionnel

PUBLIC CIBLE : Tout professionnel du champ des addictions (max. 12 personnes)

INTERVENANT : Pierre Mancino, ARGOS, Genève

DATES : Les samedis 20 septembre ; 11 octobre ; 8 et 22 novembre ; 6 et 13 décembre 2014

HORAIRE : 08h45 - 11h45

PRIX : CHF 660.- (Membre GREAA CHF 540.-)

Info et inscriptions | www.grea.ch | 024 426 34 34

CANNABINOÏDES DE SYNTHÈSE : RADIOGRAPHIE D'UNE ALTERNATIVE AU CANNABIS

Frank Zobel, adjoint à la direction, Addiction Suisse, Lausanne¹

Le cannabis constitue le marché le plus important, en terme de volume, parmi les drogues illégales en Suisse et en Europe. Il n'est donc pas surprenant que, comme pour certains stimulants, des « alternatives légales » (*legal highs*) ou des substituts difficilement détectables aient été développés et proposés à ceux qui le consomment. Le texte qui suit a pour objectif de faire un bref état des lieux concernant ces substances mais aussi de réfléchir à certains des enjeux liés à leur apparition.

BRÈVE INTRODUCTION (OBLIGATOIRE) AUX CANNABINOÏDES²

On appelle cannabinoïdes les substances capables de se lier aux récepteurs de même nom qui se trouvent principalement dans notre système nerveux (CB1) et dans notre système immunitaire (CB2). S'ils se lient aux premiers, ils sont susceptibles d'induire des effets psychoactifs plus ou moins puissants. Il existe trois familles de cannabinoïdes : les phytocannabinoïdes que l'on retrouve dans la nature, dont le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) qui est l'un des plus de soixante cannabinoïdes que contient le cannabis (*cannabis sativa*) ; les endocannabinoïdes que nous produisons nous-mêmes ; et les cannabinoïdes de synthèse qui sont des produits de laboratoire. (NCPIC ; 2012)

Des découvertes relativement récentes

La structure du THC a été décrite vers le milieu des années 1960 mais il a fallu encore attendre pour comprendre que c'est un précurseur acide (THC-A) contenu dans le cannabis qui, lorsqu'il est chauffé par combustion (joint) ou cuisson (*space cake*), lui donne naissance. L'autre découverte importante, à la fin des années 80, est celle de notre système endocannabinoïde. Celui-ci contribue notamment à la régulation de l'appétit, des nausées, de l'humeur et de la douleur (Gurney et al ; 2014). Le système comprend les récepteurs CB1 et CB2 mentionnés ci-dessus mais aussi les molécules qui s'y lient (l'anandamide et le 2-AG), leurs systèmes de biosynthèse, de transport et de dégradation.

Cette découverte a encouragé le développement de cannabinoïdes de synthèse, dans un but de recherche fondamentale ou médicale (par exemple comme analgésique ou pour le contrôle de l'appétit). Certains composés ont été testés sur des humains mais souvent avec un succès limité en raison d'effets psychoactifs indésirables. Un des composés synthétiques les plus connus, le Nabilone (Cesamet®), a été autorisé aux Etats-Unis et dans quelques autres pays pour le traitement des nausées et vomissements associés à une

chimiothérapie liée au cancer. En Suisse, le Dronabinol (THC de synthèse) peut être prescrit pour un nombre limité d'indications médicales liées, notamment à la sclérose en plaques³.

Des substances nombreuses...

Les cannabinoïdes de synthèse peuvent avoir différentes structures chimiques qui ne sont pas forcément apparentées à celle du THC. Leur nombre n'est pas connu mais il y en a potentiellement des milliers. La principale équipe de recherche en a d'ailleurs développé, à elle seule, plus de 400 (Power ; 2013). Si vous souhaitez mieux comprendre leur structure, vous pouvez utiliser l'outil interactif développé par l'OEDT⁴.



Photo : SX.C.fr

¹ L'auteur tient à remercier le Dr Christian Giroud du Centre Universitaire Romand de Médecine Légale (CURML) et le Dr Christian Schneider de Fedpol pour la relecture du texte et pour leurs ajouts et commentaires.

² Voir l'article « Le cannabis medical club », un modèle d'accès au cannabis thérapeutique, Camille Goumaz, Jennifer Cau, Barbara Broers, p.20

³ Le Sativex® (mélange de THC et de cannabidiol naturels purifiés) et la teinture de cannabis peuvent aussi être prescrits en Suisse (voir p. 22).

⁴ <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/synthetic-cannabinoids>

....avec de drôles de noms

HU-331, JWH-081, UR-144. Ces noms ne sont pas tirés d'un film de science-fiction mais sont ceux de quelques-uns des cannabinoïdes de synthèse identifiés en France en 2012 (OFDT ; 2013). HU signifie que le cannabinoïde a été créé à l'Université hébraïque de Jérusalem alors que JWH indique que c'est l'équipe de John W. Huffman qui en revendique la paternité. Mais, rassurez-vous, les choses ne sont pas si simples. D'autres composés se nomment APICA (une abréviation du nom chimique) (EMCDDA ; 2014/1) ou R-(+)-Méthandamide (l'anandamide est un endocannabinoïde et une partie de son nom (Ánanda) signifie « béatitude » en sanscrit). Il faut aussi savoir que 2NE1, JWH-018 adamantyl carboxamide, SDB-001 et APICA renvoient tous à la même molécule. Bref, le non-spécialiste y perdra son latin mais il devra quand même rester attentif au fait que certains usagers font référence aux effets du CP47,497 ou que les autorités sanitaires ont lancé une alerte aux risques liés au XLR-11 (CDC ; 2013 et Eurotox ; 2013). Pas simple... .

BIENVENUE AU XXIÈME SIÈCLE

En 2008, des cannabinoïdes de synthèse⁵ ont été identifiés pour la première fois dans des mélanges d'herbes vendus d'abord sous le nom de *Spice* ou de *K2*, puis sous de nombreuses autres dénominations (Auwärter et al ; 2013). Ces produits sont offerts sur internet ou dans des magasins spécialisés comme mélange à fumer, encens ou autre. Les herbes qu'ils contiennent⁶ sont généralement sprayées avec une solution contenant un ou plusieurs cannabinoïdes de synthèse et mélangées, par exemple, dans un robot mélangeur ou un malaxeur pour le béton. En raison des méthodes utilisées, la dose de substance active peut fortement varier d'un emballage à l'autre. Les mélanges sont ensuite séchés et conditionnés dans des emballages colorés qui ne mentionnent pas la présence des cannabinoïdes et portent parfois une indication « pas destiné à la consommation humaine » visant à protéger le vendeur d'éventuelles poursuites judiciaires ou à échapper à la législation sur les denrées alimentaires. Il est aussi possible d'acquérir directement des cannabinoïdes de synthèse, qui se présentent alors généralement sous la forme d'une poudre cristalline très pure, et qui sont vendus comme matériel de recherche (*research chemicals*) (Auwärter et al ; 2013).

Le nombre de cannabinoïdes de synthèse rapportés au système d'alerte européen sur les nouvelles drogues a atteint 102 à fin 2013, incluant 29 composés identifiés durant la dernière année (EMCDDA ; 2014/1). L'Observatoire Européen des drogues et des toxicomanies a aussi recensé en 2013 environ 650 commerces en ligne proposant diverses substances psychoactives aux internautes européens, y

5 Le terme exact en anglais est *synthetic cannabinoid receptor agonists*, soit agonistes (synthétiques) des récepteurs cannabinoïdes.

6 Par exemple la Damiana, la mélisse, la menthe ou le thym (EMCDDA, 2014/1), et qui, souvent, n'ont pas d'effets psychoactifs ou sont en trop faibles quantités pour en avoir (Auwärter et al ; 2013).

inclus des produits contenant des cannabinoïdes de synthèse (EMCDDA ; 2014/2)⁷. Si de tels commerces ne sont pas recensés en Suisse - ce qui ne signifie pas forcément qu'il n'y en a pas - les internautes peuvent aussi se fournir auprès d'*online shops* allemands, néerlandais ou anglais. Cela a été confirmé par une enquête auprès de 120 internautes suisses usagers de « *legal highs* ». Environ la moitié d'entre eux avait déjà consommé des mélanges d'herbe pouvant contenir des cannabinoïdes de synthèse et vendus sous plus de vingt appellations différentes (*Spice*, *Bonzai*, *Smoke*, etc.). Les sources d'approvisionnement les plus souvent mentionnées étaient les sites internet étrangers (33%), les commerces spécialisés « *Headshops* » (31%) et les sites internet suisses (29%) (Morgenstern et al, 2012).

Mieux que le cannabis ?

A l'origine, l'attrait principal des produits contenant des cannabinoïdes de synthèse était d'échapper à la loi sur les stupéfiants. Des emballages attractifs, contenant parfois des mises en garde, peuvent aussi donner une impression subjective de contrôle de la qualité et de la nocivité. Le dépistage de la consommation de cannabinoïdes de synthèse est aussi plus difficile que pour le cannabis⁸, ce qui pourrait inciter des consommateurs à les préférer lorsqu'il est question de conduite d'un véhicule motorisé⁹ ou pour raisons professionnelles. Cette caractéristique a pu jouer un rôle important dans certains pays, comme les Etats-Unis, où le *testing* est utilisé par divers employeurs. La curiosité, notamment de comparer l'effet de ces produits avec ceux du cannabis, a aussi été rapportée comme motif de consommation. Quant au prix, il semble être proche de celui du cannabis (Auwärter et al ; 2013). Finalement, même si cela ne semble être que rarement le cas, certains consommateurs apprécient l'effet spécifique de certains cannabinoïdes de synthèse¹⁰.

Effets et conséquences

Les usagers rapportent des effets plus rapides mais aussi plus courts qu'avec le cannabis. La recherche a aussi montré que certains cannabinoïdes de synthèse ont une capacité (affinité) plus forte à se lier aux récepteurs CB1 que le THC, ce qui peut expliquer des effets psychoactifs plus puissants (Gurney et al, 2014). Les symptômes ressentis (effets euphorisant, relaxant et sédatif, mais aussi anxiété et confusion), physiologiques (hausse du rythme cardiaque, yeux rouges) ou comportementaux (déficits cognitifs et altération des performances psychomotrices) peuvent alors non seulement inclure ceux associés à l'usage du cannabis

7 D'autres plantes contenant des phytocannabinoïdes comme la « *Radula marginata* » ont aussi été proposées comme substitut du cannabis, apparemment sans grand succès.

8 La détection des cannabinoïdes de synthèse est problématique : les tests existants sont peu nombreux, souvent coûteux et disponibles pour un nombre limité de molécules. L'identification de nouveaux cannabinoïdes de synthèse est aussi particulièrement ardue.

9 Les conducteurs dont le permis a été saisi en raison d'une consommation régulière de cannabis, et qui doivent prouver qu'ils sont abstinents pour le récupérer, pourraient consommer des cannabinoïdes de synthèse.

10 C'est ce qu'indiquent certains témoignages sur les forums de consommateurs.

mais aussi être atypiques comme l'agitation, l'hypertension, les convulsions, les nausées et les vomissements. Cela a été observé chez des patients en milieu hospitalier mais aussi rapporté par les usagers sur internet. Le type de cannabinoïde(s) de synthèse consommé, le dosage ainsi que la co-intoxication avec d'autres drogues, y compris l'alcool, sont bien sûr importants.

Différentes conséquences, jusqu'ici principalement aiguës, ont été rapportées en lien avec la consommation de cannabinoïdes de synthèse. Elles comprennent des dommages aux reins, des problèmes pulmonaires, des troubles cardiaques ou gastro-intestinaux, des convulsions et des psychoses (Gurney et al, 2014 / Hermanns-Clausen et al ; 2013). Si la causalité directe n'a souvent pas (encore ?) pu être établie, il semble bel et bien que l'usage de cannabinoïdes de synthèse puisse contribuer, parfois de manière significative, à de tels problèmes. Des effets de manque ont aussi été rapportés chez des usagers réguliers indiquant ainsi qu'une dépendance est possible (Auwärter et al ; 2013). Quant aux risques liés à la conduite de véhicule, ils sont similaires à ceux du cannabis.

Des substances légales ?

Initialement, les mélanges d'herbe du type de ceux contenant des cannabinoïdes de synthèse ont été définis en Suisse comme produits de remplacement du tabac et soumis à la législation sur les produits du tabac. Celle-ci requerrait, pour la mise sur le marché, une notification à l'OFSP incluant la preuve que le produit ne contenait pas de psychotropes. Depuis 2011, la loi sur les stupéfiants est dotée d'un tableau (e) ciblant spécifiquement les produits qui ont un effet similaire à celui des stupéfiants connus. Son actualisation repose sur le travail de l'Institut forensique du canton et de la ville de Zürich qui analyse et répertorie les nouvelles substances psychoactives saisies par les douanes, principalement au travers du courrier postal. L'interdiction des substances peut ensuite être décidée de manière autonome par le Département fédéral de l'intérieur, ce qui permet de réagir rapidement à la détection de composés comme les cannabinoïdes de synthèse¹¹. Il est donc difficile en Suisse de proposer des « alternatives légales » au cannabis. Le jeu du chat et de la souris que se livrent les autorités et les producteurs a toutefois bel et bien lieu puisque de nouvelles molécules apparaissent régulièrement dans les saisies.

Que sait-on de leur consommation ?

Du fait de la multiplicité des noms (Spice, Yucatan Fire, Jamaican Gold, etc.) et des appellations génériques (cannabis synthétique, mélanges d'herbe à fumer, *Legal Highs*, etc.) il est difficile de mesurer la prévalence de la consommation de ces produits. Les données existantes suggèrent toutefois que cette prévalence se situe bien en dessous de celle du cannabis, renvoyant à un phénomène de curiosité plutôt qu'à une substitution du cannabis. Des études ont toutefois montré que la prévalence pouvait aussi

atteindre des niveaux élevés. Ainsi, chez les étudiants américains âgés entre 17 et 18 ans, 11.3% ont rapporté avoir consommé du « cannabis synthétique » durant la dernière année (Gurney et al ; 2014).

Les prévalences mesurées en Europe sont en général beaucoup plus basses. En Suisse, il n'existe que peu de données sur la consommation de ces produits. Parmi près de 6000 recrues interrogées, 0.5% ont rapporté avoir consommé du « Spice » (appellation la plus connue) durant la dernière année contre plus de 30% pour le cannabis (Biaggio et al, 2013). Sachant qu'il s'agit d'hommes âgés en moyenne de 20 ans, soit l'un des groupes chez qui la consommation de drogues est la plus élevée, cela suggère un marché limité.

Que faut-il en retenir ?

Tout d'abord que, en l'état actuel des connaissances, la consommation de produits contenant des cannabinoïdes de synthèse reste limitée en Suisse. Cela peut s'expliquer par une offre restreinte, la grande disponibilité du cannabis, les effets parfois très désagréables des produits ou d'autres motifs encore. Il reste toutefois que les cannabinoïdes de synthèse peuvent produire des effets plus puissants et diversifiés que le THC du cannabis, que le marché européen et international semble en plein essor et que la multitude de composés et produits saisis indique la volonté des fabricants de proposer des substances qui échappent aux interdictions et dont l'apparence et les effets plaisent aux usagers de cannabis. Pour illustrer cette tendance, on peut citer l'apparition de produits synthétiques ressemblant à de la résine de cannabis mais aussi la présence de cannabinoïdes de synthèse dans de l'herbe de cannabis ou dans des liquides pour e-cigarettes (EMCDDA, 2014/1). Dans un tel contexte, il faut au moins rester attentif aux évolutions du marché et de la consommation.

Ce qu'il faut retenir aussi c'est que le développement de ces produits est emblématique d'un changement de paradigme dans le domaine des substances psychoactives. Ce changement s'exprime notamment par un élargissement de la palette des produits ; par une nouvelle globalisation où les traditionnels pays cultivateurs d'opium, de coca ou de cannabis sont remplacés par des entreprises, jusqu'ici principalement asiatiques, offrant des composés chimiques sur mesure et à faible coût ; par un passage de la vente de rue vers la vente sur internet ; par une présentation des produits moderne et attrayante ; par une confusion croissante entre des organisations criminelles qui alimentent le marché noir et des commerçants qui tentent de développer des marchés tolérés en marge de celui-ci. Ni l'ampleur exacte ni l'avenir de ce changement de paradigme ne sont encore connus, mais il invite à se demander si les outils (législations, prévention, réduction des risques, lutte contre le trafic, etc.) dont nous disposons aujourd'hui restent adéquats.

Courriel :
fzobel@addictionsuisse.ch

¹¹ Cela ne concerne toutefois que les substances saisies en Suisse. Si une substance est liée à des problèmes sanitaires ailleurs en Europe elle ne fera pas forcément l'objet d'une interdiction.

Bibliographie :

Auwärter, V.; Dargan, P.; Wood, D. (2013) «Synthetic Cannabinoid Receptor Agonists» dans Dargan, P. and Wood, D. *Novel Psychoactive Substances: Classification, Pharmacology and Toxicology*. London: Elsevier, pp. 317-343

Baggio, S., Studer, J., Mohler-Kuo, M., Daeppen, JB, Gmel, G. (2013) Profiles of drug users in Switzerland and effects of early-onset intensive use of alcohol, tobacco and cannabis on other illicit drug use, *Swiss Medical Weekly*. No 143

CDC (Centre for Disease Control and Prevention). (2013) *Acute Kidney Injury Associated with Synthetic Cannabinoid Use — Multiple States, 2012*. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, Vol 62 No 6

EMCDDA (2009). *Understanding the Spice Phenomenon*, Lisbon, EMCDDA

EMCDDA (2014/1). *Synthetic Cannabinoids In Europe; Perspective on Drugs* (updated in 2014), Lisbon, EMCDDA

EMCDDA (2014/2). *European Drug Report 2014*, Lisbon, EMCDDA

Eurotox (2013). Deux intoxications (dont un décès) en Allemagne en lien avec la consommation de «Jamaican Gold Extreme» (cannabinoïde de synthèse). *Message d'Alerte Précoce* du 19 décembre 2013

Gurney, SMR.; Scott, KS.; Kacinko, SL.; Presley, BC. And Logan BK. (2014) *Pharmacology, Toxicology and Adverse Effects of Synthetic Cannabinoid Drugs*. *Forensic Science Review*, Vol 26 No1, pp.54-76

Hermanns-Clausen, M.; Kneisel, S.; Hutter, M.; Szabo, B and Auwärter, V. (2013) *Acute intoxication by synthetic cannabinoids – Four case reports*. *Drug Testing and Analysis*, DOI 10.1002/dta.1483

Morgenstern, C. und Wersé, B. (2012) *Online Befragung zu Legal Highs: Schweiz 2012*. Goethe Universität, Frankfurt

NCPI (National Cannabis Information and Prevention Centre). (2012) *Synthetic cannabinoids: The Australian experience*. *Bulletin series 13*

OFDT (Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies). (2013) *Nouveaux produits de synthèse et Internet*. *Tendances* No 84

Power, M. (2013) *Drugs 2.0: The Web Revolution That's Changing How The World Gets High*. London, Portobello Books

UNODC (2011). *Synthetic cannabinoids in herbal products*, Vienna, UNODC

IMPRESSUM

Adresse des éditeurs

Addiction Suisse
Ruchonnet 14, CP 870, 1001 Lausanne

Groupement romand d'études des addictions GREA
Rue Saint-Pierre 3, CP 6319, 1002 Lausanne

Rédaction :

Corine Kibora, Addiction Suisse
Jean-Félix Savary, GREA

Comité de rédaction :

Pierre-Yves Aubert
directeur adjoint Service Santé de la Jeunesse (DIP) Genève
Barbara Broers
médecin, Service de médecine de premier recours, HUG, Genève
Etienne Maffli
psychologue, Lausanne
Renaud Stachel
responsable du Secteur suivi et accompagnement socio-thérapeutique, Fondation vaudoise contre l'alcoolisme, Lausanne
Ann Tharin
adjointe scientifique, EESP, Lausanne
Frank Zobel
adjoint de direction, Addiction Suisse

Administration et abonnements :

Claude Saunier
Addiction Suisse
CP 870
1001 Lausanne
tél. 021 321 29 85
fax 021 321 20 40
csaunier@addictionsuisse.ch

Parution

3 fois par an

Abonnement

Suisse : Fr. 45.- par an
Etranger : Fr. 57.- par an

Les articles signés n'engagent que leur auteur.

La reproduction des textes est autorisée sous réserve de la mention de leur provenance et de l'envoi d'un justificatif à la rédaction

Ligne graphique

SDJ.DESIGN
Sabine de Jonckheere

ISSN 1422-3368

