

Fédération Française d'Addictologie

20, rue Saint Fiacre - 75002 PARIS

www.addictologie.org / courriel : contact@addictologie.org

À PROPOS DU CANNABIS

Introduction

Depuis quelques années, en France, un processus de rapprochement et de mise en commun des approches et des moyens d'action était en marche entre les professionnels de l'alcoolologie, de la tabacologie et de l'intervention en toxicomanie. Cette convergence s'est fondée sur une conception commune mettant en priorité les personnes et leurs comportements plutôt que les substances qu'elles consomment : l'addictologie. Un grand chantier s'annonçait, avec ses difficultés mais aussi ses ferments de mobilisation collective au bénéfice de l'efficacité des services de prévention et de soins. Car outre sa pertinence scientifique, l'addictologie est une conception moderne permettant de guider la politique de santé face à des phénomènes en extension continue et aux conséquences sanitaires très lourdes. Or, depuis plus d'un an, ce processus connaît une panne générale. Sur tous les fronts, que ce soit la prévention, les dispositifs de soins ou les mesures légales, le gouvernement a repris les vieux réflexes de l'approche par produit et pris des mesures plus animées par des logiques économiques et sécuritaires que sanitaires. Le résultat, au-delà de quelques avancées partielles (comme la baisse des ventes de tabac), c'est l'incohérence et l'impuissance.

En effet, force est de le constater : la France n'a plus de politique de santé en matière d'addictions. Ainsi, le tabac fait l'objet de mesures vigoureuses en matière de taxations, alors que ce type de mesures est totalement rejeté pour l'alcool. Parallèlement aux mesures concernant l'offre de tabac (prix, vente aux moins de 16 ans), aucune action n'est entreprise pour prendre en compte les problèmes que cela pose aux usagers, en particulier les plus démunis et les plus exposés (accès gratuits aux traitements tabacologiques, développement de consultations d'aide au sevrage, etc.). Les mesures prises dans le domaine de la conduite automobile, pour

importantes qu'elles soient, ne prévoient pas la généralisation d'offres d'aide aux usagers d'alcool (ou d'autres drogues) sanctionnés. Sur les abus de médicaments, l'accent est mis sur le Subutex mais c'est le silence sur les psychotropes pourtant immensément plus prescrits. Dans le domaine des substances illicites, il n'est plus question que du cannabis alors que ce qui préoccupe les acteurs de terrain sont avant tout les poly consommations. Le projet de loi de santé publique s'apprête à consacrer une séparation totale entre les drogues « légales » et les toxicomanies. La réforme de la loi de 1970 qui aurait pu être l'occasion d'une refondation de l'ensemble de la réponse sociale face aux drogues n'est envisagée que sous l'angle d'une répression de l'usage de stupéfiants plus systématiquement appliquée.

Tous ces éléments parmi bien d'autres confirment ce que nous essayons de faire entendre aux responsables politiques : abandonner l'orientation addictologique de la politique de santé publique c'est priver cette dernière de crédibilité et d'efficacité, c'est nier l'évolution des pratiques de consommation et c'est une grave régression.

C'est dans ce contexte que le cannabis est mis au centre des discours politiques des gouvernants et qu'il fait l'objet de projets que l'on nous annonce comme l'essentiel du plan de la MILDT.

Si une augmentation des consommations de cannabis est incontestable dans toute l'Europe et justifie que la collectivité se mobilise, nous récusons toute politique qui se détermine en fonction d'un produit car elle est vouée à l'échec. Les pratiques de consommations, leurs évolutions et les problèmes sanitaires et sociaux qui y sont liés nécessitent au contraire une politique énergique vis-à-vis de l'ensemble des consommations et des conduites addictives, au plus près des populations et des individus. Rappelons en effet quelques faits :

- L'alcool est responsable d'au moins trente mille morts par an dans notre pays et de bien plus encore de handicaps, blessures, souffrances, violences et délinquances.
- Les stupéfiants autres que le cannabis ne voient pas leur consommation globalement diminuer, certains comme la cocaïne et les drogues de synthèse sont au contraire en augmentation constante depuis des années.
- Les problèmes que rencontrent les acteurs de terrain sont le plus souvent des polyconsommations associant substances licites et illicites.

En conséquence, l'adaptation et l'amélioration des services pour les usagers de cannabis doit, selon nous, s'inscrire dans la constitution d'un vaste dispositif étroitement coordonné de prévention et de soins en addictologie. Les propositions qui suivent ne sauraient s'envisager autrement que dans cette perspective.

QUELQUES DONNEES ESSENTIELLES SUR LE CANNABIS

L'extension des consommations et les dommages

La consommation de cannabis a doublé en France entre les années 1990 et 2000 : on considère désormais que plus de 50 % des jeunes de 18 ans ont expérimenté le cannabis dont environ 20 % l'ont fait de façon répétée. Cette banalisation rapproche le cannabis d'un statut de drogue culturelle chez les jeunes, comparable à celui de l'alcool chez les moins jeunes. Cette situation n'est pas très différente dans les autres grands pays européens.

Si une grande partie des usagers régule sans réels dommages leur consommation, il existe néanmoins des consommations intensives, démarrant à l'adolescence et le plus souvent en lien avec des conditions psychologiques ou sociales particulières, dont les effets sont clairement nocifs.

Même s'il persiste encore un certain nombre d'inconnues, les effets du cannabis, tant sur les plans psychologiques que somatiques, sont désormais bien référencés : une expertise collective réalisée par l'INSERM en 2001 a permis de faire un état des lieux aussi précis et actualisé que possible, complété et confirmé par des publications récentes.

L'augmentation des demandes de soins

L'augmentation des consommations de cannabis entraîne et entraînera, de façon inéluctable, une augmentation des troubles et pathologies liés à l'usage et donc une augmentation de la demande de soins.

Cette augmentation des demandes de soins est déjà particulièrement notable : ainsi la part prise par le cannabis dans les demandes de traitement augmente régulièrement dans les Centres Spécialisés de Soins aux Toxicomanes, (elle a plus que doublé depuis 5 ans) et suscite un rajeunissement des consultants.

Cette augmentation importante apparaît également dans les consultations tabacologiques, dans les Centres de Cure Ambulatoire en Alcoologie dont les usagers sont de plus en plus fréquemment demandeurs d'aide pour arrêter leur consommation de cannabis.

Les services d'urgence et les services de psychiatrie sont confrontés à un accroissement des complications psychiatriques en lien plus ou moins direct avec des consommations de cannabis et sont amenés à se préoccuper du traitement de ce type de conduite addictive.

La demande apparaît également dans les consultations de médecine générale et de médecine scolaire, universitaires et du travail. Les médecins généralistes, tout particulièrement sollicités par les parents et l'entourage des adolescents consommateurs de drogues, jouent un rôle important dans le dépistage des conduites addictives chez les adolescents.

PROPOSITIONS POUR UNE POLITIQUE SANITAIRE A LA MESURE DES BESOINS

Ce qui caractérise, à l'heure actuelle, la réponse du système sanitaire est son inadaptation à cet accroissement de demandes variées en lien avec le cannabis, souvent dans le cadre de multiconsomptions : évaluation, aide à la motivation et au(x) sevrage(s), gestion de crises familiales, traitement des complications psychiatriques spécifiques ou intriquées avec un trouble pré-existant, accompagnement psychothérapeutique dans une phase cruciale de réorganisation de l'existence.

Les demandes sont donc multiples, aussi les portes d'entrée dans le système de soins doivent être diversifiées. Les nombreux acteurs concernés devraient avoir acquis les compétences nécessaires à la prise en charge, chacun à leur niveau. Ils doivent savoir évaluer l'ensemble des consommations, les problèmes et les co-morbidités : des méthodes de repérage de l'usage nocif de cannabis et des outils d'évaluation de la gravité de cet usage existent mais sont encore très mal connus.

Les différents acteurs doivent également savoir mener des actions d'information-prévention en cas d'usage simple, et, selon les cas, proposer des protocoles de prise

en charge ou orienter vers un service compétent. Les programmes d'aide et de soins doivent concerner à la fois les aspects psychologiques, somatiques et sociaux.

Enfin, des soins spécifiques doivent s'adresser aux adolescents, qui incluent le plus souvent l'accueil et l'écoute des parents et un soutien familial, sachant que les jeunes les plus en difficulté sont en général polyconsommateurs, ce qui implique leur prise en charge par une équipe spécialisée dans l'abord global des addictions.

Développement des compétences des acteurs de première ligne

Pour permettre de répondre à l'importance et à la diversité des problèmes tout en évitant la stigmatisation, des services diversifiés doivent être proposés, depuis des actions de première ligne auprès des consommateurs débutants jusqu'aux services de soins, couvrant à la fois le conseil, l'orientation et le traitement, et englobant le tabac et l'alcool étant donné la fréquence des polyconsommations.

Un programme de formation très large est donc nécessaire à destination aussi bien des médecins généralistes, des médecins et infirmiers scolaires que des alcoologues, tabacologues et psychiatres qui sont les plus fréquemment concernés et qui doivent donner des réponses efficaces et adaptées aux usagers. Ce programme de formation doit être « addictologique » pour permettre une approche globale des problèmes : travail sur les motivations au changement, compréhension des dynamiques familiales et sociales, compréhension du fonctionnement psychologique, biologique et des pathologies psychiatriques, prise en compte des consommations associées, compréhension et analyse des difficultés scolaires et sociales rencontrées. Il est en effet parfaitement démontré que la gravité d'une consommation ne se limite pas à la quantité consommée mais est liée aux consommations associées et à l'état psychologique et social. La mise en place de pôles ressources (documentations, consultations d'experts) pour ces professionnels compléterait utilement ces formations.

Curieusement, les conclusions d'un groupe réuni sur les problèmes de polyconsommations par l'Agence Nationale de l'Accréditation et de l'Evaluation en Santé (ANAES) pour définir des Recommandations pour les Pratiques Cliniques restent dans les tiroirs depuis deux ans. Ce travail serait aujourd'hui très précieux pour guider une vaste politique de formation des acteurs. Une conférence de consensus sur la prévention et les conduites thérapeutiques face aux

polyconsommations serait à présent nécessaire au regard de l'ampleur des phénomènes considérés et des carences des pouvoirs publics pour soutenir et coordonner les acteurs de terrain.

Un développement des centres addictologiques ambulatoires et hospitaliers

Les structures addictologiques comme **les Centres de Soins, d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA)**, **les Equipes de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA)** dans les hôpitaux, les consultations d'addictologie et les micros structures en médecine de ville, sont de bons moyens pour répondre aux diverses formes d'addictions, aux complications associées, sans stigmatiser et sans se limiter à une seule dépendance. Malheureusement, le gouvernement a décidé d'interrompre le processus de création des structures spécialisées en addictologie et a réinstauré des cloisonnements qui étaient en train d'être dépassés. Pourtant, en même temps, les autorités sanitaires se tournent vers les structures « alcool » comme vers celles chargées des problèmes de « stupéfiants » pour élargir des offres de prévention et de soins vis-à-vis des usagers de cannabis. Quelle est alors la logique à maintenir des réglementations qui définissent les établissements de soins en fonction d'un seul type de produit ?

Dans ces conditions, la **mise en place ou la valorisation de petites structures d'information et d'orientation pour les jeunes usagers**, qui semble en projet dans le cadre du futur plan de la MILDT, ne pourrait constituer une mesure positive qu'à deux conditions :

- Que ces petites structures soient définies par un **cahier des charges clairement inscrit dans le champ addictologique et élaboré en concertation** avec les associations de professionnels des secteurs toxicomanie, alcoologie et tabacologie.
- Que ces structures ne soient pas conçues pour répondre seulement à des obligations de soins prononcées par les services de répression, mais qu'elles soient le plus proche des populations d'usagers pour constituer des services d'accueil et de conseils reconnus et accessibles.

PROPOSITIONS POUR DES MODIFICATIONS LEGISLATIVES

La focalisation sur le cannabis pour bâtir une nouvelle loi sur les drogues ne pourra qu'aboutir aux mêmes erreurs qui avaient présidé à la loi de 70. De même, un simple toilettage de cette loi (contraventionnalisation de l'usage) ne répondrait pas aux différents problèmes soulevés. Nous avons suffisamment d'expérience pour affirmer que les réponses sociales principalement orientées vers la répression de l'usage sont inefficaces. Pratiquement tous nos voisins européens ont commencé à tirer les conséquences de cette expérience pour redéfinir leur législation. La France se caractérise jusqu'ici par son retard et son incapacité à repenser en profondeur sa législation. Celle-ci était fondée en 1970 sur la conviction que la sévérité de la répression de l'usage dissuaderait les individus de consommer des substances stupéfiantes et convaincrerait les usagers de se soumettre à l'injonction de se soigner. Indubitablement, l'histoire de l'extension des consommations de drogues et de ses terribles dommages - en particulier les épidémies de sida et d'hépatites – a montré que cette politique était non seulement inopérante, mais qu'elle n'était pas sans effets pervers. Parallèlement, pour les drogues culturellement acceptées, ces trois dernières décennies ont été marquées par des hésitations pour sanctionner véritablement les comportements dangereux pour autrui, et la question de l'usage et des risques pris par l'usager s'est vue renvoyée à l'exercice de la liberté individuelle, sans se préoccuper des personnes en difficulté pour contrôler ces risques.

Sur le plan du droit et de la législation, comme dans le domaine de la santé publique, il apparaît indispensable de **changer de logique** et de rechercher des réponses adaptées, basées sur **les mêmes principes quelle que soit la conduite addictive considérée** (alcool, tabac, stupéfiants, médicaments psychotropes). Dans ce sens, nous demandons que soit mise en chantier **une loi cadre « Addictions » concernant l'ensemble des consommations nocives de substances psychoactives** qui permettrait de privilégier la dimension sanitaire et de rendre plus cohérente et efficace la politique publique.

La crédibilité et l'acceptabilité des mesures légales auprès de la population, et notamment des jeunes, impose une information et une action sincère s'appuyant sur des données scientifiques, ne différenciant pas les produits seulement en fonction de

leur statut légal au regard des conventions internationales, mais tenant compte de leur potentiel de dangerosité réel.

Cette **crédibilité** et cette **acceptabilité des mesures légales** repose également sur des principes communs qui sont notamment :

- **Diminuer l'exposition** aux consommations et aux risques qui leur sont liés.
- **Protéger plus spécialement les mineurs** par des interdictions mais surtout des actions éducatives.
- **Respecter les libertés individuelles tout en sanctionnant les comportements mettant les autres en danger** (conduite automobile, postes de travail, usage public...).
- **Responsabiliser les individus** en développant la prévention, l'accès aux moyens de diminuer les risques et de se soigner si nécessaire.

Sur tous ces principes, il est possible d'établir des mesures légales concrètes, comprises et acceptées par tous, y compris les usagers, de façon à la fois globale et adaptée à la dangerosité propre de chaque substance.

Signataires :

Mr. Ivan Berlin, Chercheur

Dr. Jean-Michel Delile, Psychiatre

Pr. Jean-Dominique Favre, Psychiatre, Vice-Président

Dr. Claudine Gillet, Psychiatre

Dr. Etienne Kammerer, Médecin Généraliste

Dr. Bertrand Lebeau, Médecin

Dr. Philippe Michaud, Psychiatre

Pr. Robert Molimard, Tabacologue

Dr. Alain Morel, Psychiatre, Président

Dr. Claude Orsel, Psychiatre

Pr. François Paille, Psychiatre

Pr. Michel Reynaud, Psychiatre, Secrétaire Général

Dr. Alain Rigaud, Psychiatre

Mr. Olivier Romain, Directeur de CSST, Trésorier Adjoint

Mme Marie Villez, Directrice de CSST, Trésorière

Et les associations :

Association Française pour la Réduction des risques (AFR)

Association Nationale des Intervenants en Toxicomanie (ANIT)

Association Nationale de Prévention en Alcoologie et Addictologie (ANPAA)

Fédération des Acteurs de l'Alcoologie et de l'Addictologie (F3A)

G & T Médecine Générale et Conduites Addictives

Société Française d'Alcoologie (SFA)

Société de Tabacologie (ST)