

# CANNABIS, SITUATION EN 2001-2002

A. NOIRFALISE (1), CH. GOSSET (2), L. MAISSE (3)

**RÉSUMÉ :** Bien que son usage se banalise, le cannabis reste un stupéfiant dont les risques liés à sa consommation sont aujourd'hui mieux connus. Quant à son potentiel thérapeutique, il demanderait à être démontré scientifiquement.

“En définitive, l'herbe n'est ni un enfer ni un produit miracle, elle est ce que l'homme en fera” (1).

Il n'en reste pas moins que le cannabis relève, selon la loi belge et les conventions internationales, de la législation sur les stupéfiants. Sur ce point, la note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue du 19 janvier 2001 (2) n'a, jusqu'ici, apporté aucune modification si ce n'est, peut-être, celle d'attirer l'attention sur la circulaire des Procureurs généraux de 1998.

A terme, la note politique devrait se traduire, de la part de la police, par une absence de procès-verbal lorsque des adultes sont surpris “en possession d'une quantité de cannabis à usage personnel” sauf s'il y a un “usage problématique” ou une “nuisance sociale”, la consommation en présence de mineurs relevant de cette seconde situation. Une nouvelle réglementation en la matière ne s'appliquerait dès lors qu'aux personnes majeures, soit donc âgées de plus de dix-huit ans. Resterait à définir ce que l'on peut entendre par consommation problématique. La note politique présente la consommation problématique comme un “modèle de consommation qu'on n'arrive plus à contrôler” ou encore un “comportement d'usage que l'on ne maîtrise plus” tout en stipulant que cette notion sera précisée dans un projet de loi, dans un arrêté royal et dans une circulaire pour la police et les Parquets. Ces documents sont actuellement en préparation sur base des rapports déposés par divers groupes de travail dont celui sur les relations entre “justice” et “assistance” que l'un d'entre nous a présidé en compagnie de J. Casselman (3). Plutôt que de tenter de définir une notion complexe et évolutive, il serait plus utile de dégager les approches adéquates pour cerner les différentes composantes de la consommation problématique. Ce n'est pas le produit qui doit retenir l'attention mais bien l'individu. L'essen-

**CANNABIS : THE SITUATION IN 2001-2002**

**SUMMARY :** Even though its use becomes common, cannabis remains a narcotic, the risks of which are nowadays better known. Its therapeutic value still needs to be scientifically demonstrated.

**KEYWORDS :** *Cannabis - Narcotic - Drugs*

tiel est de savoir “pour qui” et “vis-à-vis de qui” une consommation est ou devient problématique.

Tant au cours de la vie que sur les douze derniers mois, le cannabis reste, dans les pays de l'Union européenne, la substance la plus couramment consommée. On signale toutefois que, en Grèce et en Suède, les chiffres de consommation de produits à inhaler - solvants chlorés ou autres - au cours de la vie sont égaux ou supérieurs à ceux du cannabis dans le groupe des 15-16 ans (4).

Pour la population belge, le Bureau central de recherches de la gendarmerie (BCR) estime, dans son rapport annuel de 1999, à quelque 258.000 le nombre de consommateurs occasionnels de cannabis. L'immense majorité des personnes verbalisées pour consommation ou possession de cannabis était de nationalité belge. L'équivalent de quelque 2,5 tonnes de marijuana aurait été saisi durant l'année 1999. Ces saisies ne reflètent que partiellement l'activité des forces de l'ordre et ne tiennent pas compte de celles relevant des dossiers “ETE”, nom code faisant référence à la route du cannabis parcourue en véhicules automobiles - voitures, camions, autocars, ... - depuis le Maroc ou l'Espagne vers la Belgique ou les Pays-Bas (5).

En 1999 toujours, le prix au détail du cannabis variait de 3 à 18 euros le gramme de résine de cannabis (haschich) et entre 3 et 12 euros le gramme de feuilles de cannabis (marijuana). Les prix sont relativement stables sauf au Portugal où une baisse est observée depuis 1997.

La consommation de cannabis est devenue une réalité sociale. Chez certains jeunes, elle est aussi banalisée que la consommation régulière d'alcool ou de tabac qui semble, par ailleurs, en progression. Une enquête menée auprès de 929 élèves du secondaire général, technique ou professionnel a révélé que 20 % de ces jeunes étaient concernés, à des degrés et des rythmes divers, par la consommation de cannabis tandis que 40 % avaient connu des expériences d'ivresse alcoolique dont la moitié de façon répétée, que 50 % étaient des consommateurs

(1) Chargé de Cours, (3) Chercheur, Université de Liège, Toxicologie et Bromatologie.

(2) Chef de Travaux, Université de Liège, Santé publique et Epidémiologie.

réguliers de tabac et que 75 % utilisaient des antidouleurs “courants”. A travers ces chiffres, on perçoit un évident malaise des adolescents auquel les carences familiales ne sont pas étrangères (6, 7).

Marihuana ou marijuana, bang, ganja, herbe, kif ou haschich, shit, charras, chocolate sont, parmi une multitude d'autres, les prénoms des nombreux cousins de la famille cannabis, chacun d'entre eux correspondant à des richesses en principes actifs pouvant être très différentes et ce, non seulement en fonction de leur appellation, mais aussi et surtout en fonction de leur origine territoriale et de leur pedigree.

Le *cannabis sativa* est une plante herbacée dioïque de la famille des cannabacées dont un autre membre est, on l'oublie souvent, le houblon. Il renferme des terpénophénols (cannabinoides) parmi lesquels le delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), responsable de l'activité “haschichique” de la drogue et particulièrement présent dans les sommités fleuries et fructifères des pieds femelles de la plante dont on extrait la résine.

Le taux de substance psychoactive (THC) est, en moyenne, compris entre 3 et 15 % dans la résine bien que les concentrations effectivement décelées puissent varier de 0 à 70 % dans certains échantillons. Quant aux teneurs en THC des feuilles, elles sont de l'ordre de 2 à 7 %. Certains plants cultivés localement aux Pays-Bas, en particulier ceux connus sous le label “nederwiet”, peuvent renfermer des taux moyens de l'ordre de 8,6 %. On remarquera, à ce propos, que depuis janvier 2001, les cultures locales sont en progression dans notre pays.

Il est certain que, pour le cannabis, nous ne possédons pas le même recul qu'avec le tabac pour nos modes de consommations. On manque d'études analysant les effets physiques et psychiques à long terme d'une consommation régulière de cette drogue durant l'adolescence en particulier. Le manque de données disponibles n'implique en aucune façon une absence d'effets, mais beaucoup plus simplement une absence de l'étude des effets.

Parmi d'autres qui seront évoquées ailleurs, on reconnaît au cannabis des propriétés hallucinogènes, mais on s'entendait généralement à admettre que son usage n'entraînait pas de dépendance physique. A l'instar d'autres effets sur lesquels l'attention était attirée depuis longtemps (8), cette absence de dépendance physique, comme celle de certaines atteintes cérébrales, est aujourd'hui remise en question.

Les effets des cannabinoïdes varient en fonction :

- de la quantité et de la qualité des produits consommés,
- de la tolérance et de la structure de personnalité du sujet,
- de son état d'esprit du moment et du contexte dans lequel s'inscrit la consommation,
- de l'association éventuelle à d'autres psychotropes.

Lors d'un usage *occasionnel*, on observe des modifications de la perception du temps et des distances, des perturbations de la mémoire à court terme, des perturbations sensorielles, une euphorie pouvant toutefois s'accompagner d'anxiété et d'agressivité, des hallucinations et certainement une perte des performances intellectuelles. Lors d'un usage *fréquent ou prolongé*, ces différents signes se précisent et s'accompagnent d'un syndrome amotivationnel, d'une désorganisation de la pensée. Les perturbations de la mémoire immédiate peuvent persister après plusieurs jours, voire plusieurs semaines d'abstinence.

La consommation régulière de cannabis par de très jeunes adolescents serait prédictive de schizophrénie, de décrochage scolaire et, bien évidemment, de démotivation. Si on ne peut éviter une consommation, il serait pour le moins important d'en retarder le plus possible l'initiation.

On considère aujourd'hui qu'une tolérance se développe lors d'un usage chronique prolongé et ce, d'autant plus que la concentration en THC du produit utilisé est élevée (9, 11, 12).

On ne peut, par ailleurs, ignorer les résultats d'études expérimentales ou d'observations qui ont mis en évidence des risques de mutagenicité, de cancérogénicité, de tératogénicité, d'influence négative sur la spermatogénèse, liés à des consommations ou expositions au cannabis (8).

Plusieurs études récentes ont attiré l'attention sur l'influence négative jouée par le cannabis dans les accidents de la circulation. En France, un jeune accidenté de la route sur cinq aurait fumé du cannabis peu de temps avant l'accident (13).

De telles situations sont également rencontrées en Belgique et ont justifié le 16 mars 1999 une modification de la loi relative à la police de la circulation routière coordonnée le 16 mars 1968. Comme l'amphétamine et ses dérivés “ectasy” (MDMA, MDEA, MBDB), la morphine et la cocaïne, le cannabis (THC) est nommément repris au même titre que l'alcool.

L'auteur présumé d'un accident ou qui a pu contribuer à provoquer un accident même s'il en est la victime, qu'il conduise ou accompagne en vue d'un apprentissage ou plus simplement celui qui s'apprête à conduire peut être l'objet :

- d'une première observation au moyen d'une batterie de tests standardisés sous l'œil attentif d'un représentant des forces de l'ordre,
- d'une prise d'urine en vue d'un examen immunologique de "screening",
- d'une prise de sang en vue de vérifier que les limites de concentrations fixées par la Loi pour les paramètres concernés ne sont pas dépassées, ces limites correspondant pratiquement aux limites de détection des méthodes d'analyse imposées.

Dès à présent, on perçoit les limites de cette nouvelle législation reposant sur des intentions louables mais gérée, comme souvent, dans la précipitation. Il conviendrait, par ailleurs, de se souvenir qu'actuellement, il y a sur les routes probablement plus de conducteurs imprégnés de benzodiazépines que de conducteurs imprégnés de cannabinoïdes. Ceci ne signifie pas qu'il ne convenait pas d'agir contre le risque cannabis, bien au contraire, mais simplement qu'il en existait également d'autres.

Reste le problème de l'intérêt thérapeutique du cannabis. Il ne serait pas à la hauteur de ce qu'en ont espéré ses partisans. Ses effets analgésiques seraient moindres que ceux des analgésiques médicamenteux habituels. Il semblerait par contre présenter un intérêt dans le traitement des nausées et des vomissements dus à une chimiothérapie. Grâce à lui, l'appétit reviendrait chez les malades du sida. Quel que soit le jugement que l'on porte sur la drogue cannabis, il ne serait pas correct de négliger son potentiel thérapeutique éventuel pour autant que l'approche de celui-ci se fasse de façon correcte. Dès à présent, deux produits de synthèse sont disponibles, le dronabinol, THC de synthèse commercialisé sous le nom de Marinol® et le nabilone, un hexahydrocannabinol commercialisé sous le nom de Cesamet® (10). Des études et expérimentations sont en cours notamment aux Etats-Unis, aux Pays-Bas et en Grande-Bretagne.

En Belgique, depuis le 4 juillet 2001, un arrêté royal détermine les conditions pour la délivrance des médicaments contenant un ou des tétrahydrocannabinols et, ce, sans préjudice de l'application de l'arrêté royal du 31 décembre 1930 concernant le trafic des substances soporifiques et stupéfiantes. Ces médicaments ne peuvent être délivrés qu'en vue d'essais cliniques

concernant les cinq indications thérapeutiques précisées dans l'arrêté royal, à savoir les nausées et malaises lors de chimiothérapie et de radiothérapie, le glaucome, la spasticité, le syndrome lié au sida, et enfin les douleurs chroniques après échec d'autres traitements de la douleur. Lesdits essais doivent être conduits essentiellement par un médecin attaché à un hôpital universitaire et après avis conforme du comité d'éthique concerné et notification préalable à l'Inspection générale de la pharmacie.

## RÉFÉRENCES

1. Lallemand A.— *Le cannabis expliqué aux parents*. Luc Pire, Bruxelles, 1999.
2. Note politique du gouvernement fédéral relative à la problématique de la drogue, 19.01.01.
3. Casselman J, Meuwissen K, Noirfalise A, Maisse L.— Justice-Assistance : des accords clairs, 31.01.02.
4. OEDT.— Rapports annuels sur l'état du phénomène de la drogue dans l'UE, 2000 et 2001.
5. De Winter Ch.— *Drogues, rapport annuel 1999*. BCR, Bruxelles, 1999.
6. Bils L, Gosset Ch, Bertrand J.— *Enquête de diagnostic social dans trois écoles secondaires de Verviers*. CCAD-ULG, 03.2000
7. Ledoux Y.— Lorsque les parents "expliquent" le cannabis ... *J Médecin*, 2001, **1391**, 8-10
8. Noirfalise A.— Pourquoi le tabac et pas le cannabis. *Rev Med Liège*, 1986, **41**, 60-66.
9. Goodman and Gilman's.— *The pharmacological basis of therapeutics*. Pergamon Press, 8<sup>th</sup>, 1991, 1, 549-553.
10. Les échos du chanvre, 1996, 2, 7.
11. Piette D, et al.— *Vers la santé des jeunes en l'an 2000*. ULB-Promes, 1997.
12. Baselt RC.— *Drug effects on psychomotor performance*. Biomedical Publications, Foster City, California, 2001, 403-415.
13. Le Soir, 8 février 2002.

Les demandes de tirés à part sont à adresser au Pr. A. Noirfalise, Toxicologie et Bromatologie, CHU Sart Tilman, 4000 Liège.