



HAL
open science

Les représentations des médecins généralistes concernant le cannabis, l'alcool et le tabac. Enquête prospective auprès de 2186 médecins généralistes libéraux lorrains

Olivier Bertrand

► To cite this version:

Olivier Bertrand. Les représentations des médecins généralistes concernant le cannabis, l'alcool et le tabac. Enquête prospective auprès de 2186 médecins généralistes libéraux lorrains. Sciences du Vivant [q-bio]. 2014. hal-01731950

HAL Id: hal-01731950

<https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01731950v1>

Submitted on 14 Mar 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



AVERTISSEMENT

Ce document est le fruit d'un long travail approuvé par le jury de soutenance et mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt une poursuite pénale.

Contact : ddoc-thesesexercice-contact@univ-lorraine.fr

LIENS

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 122. 4

Code de la Propriété Intellectuelle. articles L 335.2- L 335.10

http://www.cfcopies.com/V2/leg/leg_droi.php

<http://www.culture.gouv.fr/culture/infos-pratiques/droits/protection.htm>

UNIVERSITE DE LORRAINE

2014

FACULTE DE MEDECINE DE NANCY

N°

THESE-MEMOIRE

pour obtenir le grade de

DOCTEUR EN MEDECINE

présentée et soutenue publiquement

dans le cadre du troisième cycle de médecine générale

par

Olivier BERTRAND

le 23 Septembre 2014

LES REPRESENTATIONS DES MEDECINS GENERALISTES CONCERNANT LE CANNABIS, L'ALCOOL ET LE TABAC

ENQUETE PROSPECTIVE

AUPRES DE 2186 MEDECINS GENERALISTES LIBERAUX LORRAINS

EXAMINATEURS DE LA THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRANÇOIS PAILLE

MONSIEUR LE PROFESSEUR FRANCIS GUILLEMIN

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMUND SCHWANN

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAOLO DI-PATRIZIO

PRESIDENT

JUGE

JUGE

JUGE ET DIRECTEUR

REMERCIEMENTS

A NOTRE MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur François Paille,

Professeur de thérapeutique,

Qui nous fait l'honneur de présider cette thèse,

Qui m'en a donné les grandes orientations,

Qui a su faire preuve de disponibilité et de beaucoup d'intérêt pour ce travail,

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère reconnaissance.

A NOS JUGES

Monsieur le Professeur Paolo Di-Patrizio,

Professeur associé de médecine générale,

Qui a accepté la direction de ce projet,

Qui a apporté de la rigueur à ce travail par ses conseils avisés,

Qui m'a fait confiance et m'a laissé une grande liberté d'action,

Veillez trouver ici le témoignage de ma sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Francis Guillemin,

Professeur d'épidémiologie, économie de la santé et prévention,

Qui nous fait l'honneur de siéger dans le jury de cette thèse,

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

Monsieur le Professeur Raymund Schwann,

Professeur de psychiatrie adulte,

Qui nous accorde son attention en participant à ce jury de thèse,

Veillez trouver ici l'expression de notre profond respect.

A TOUS LES COLLABORATEURS

A Monsieur le Professeur Michel Reynaud et à toute son équipe de recherche,

Dont les travaux récents ont inspiré largement notre étude,

Nous vous en sommes particulièrement reconnaissants.

Nous vous remercions vivement pour la mise à la disposition des résultats de ces études.

A Monsieur le Professeur Henri Coudane,

Ancien doyen de la faculté de médecine,

Nous vous remercions avoir autorisé à utiliser les logos de la faculté.

A M^{elle} Kossar Hosseini et au département de santé publique,

Merci pour le temps conséquent dévolu à l'analyse statistique.

Aux différents conseils de l'ordre des médecins de Lorraine et à Alorempa,

Pour la constitution du fichier de contact.

A tous les médecins qui ont accepté de participer,

Spécialement à ceux qui ont répondu à notre enquête,

C'est à vous que je dois l'essence de ce travail.

A la cellule d'appel,

Qui a prospecté pendant des jours entiers,

Un grand merci à chacun de vous pour son aide précieuse.

A Vans,

Qui m'a facilité le travail grâce à sa boîte d'envoi automatique en masse de courriel,

Merci à toi.

A JBF, Régis, Leila, Louis, Fredo et Franko,

Merci à vous pour votre aide ciblée dans vos domaines de compétence

A Nouvo, fidèle collaborateur,

Pour ton implication hors norme et tes encouragements à voir grand,

Pour ton amitié sincère,

Un très grand merci à toi avec une dédicace spéciale.

A MES AMIS

A mes amis de longue date,

Stéph, Tom, Ben, JB, Emilie, Milouchka, Fredo, Georges, Rémi, l'Artiste-Pître et les autres,

Vous m'avez toujours fait preuve d'une amitié sincère,

Vous m'avez accompagné et soutenu dans mon parcours, quel que soit mes choix,

Je vous remercie d'avoir entretenu ce joyau inestimable qu'est l'amitié depuis plus de 20 ans déjà.

A tous les picosés de la classe 98

Barzi, Jules, David, Karine, Delphine, Aline et les autres...

Qui m'ont chambré bien souvent sur la date de ma soutenance de thèse,

Merci de faire vivre la convivialité en cultivant les liens d'antan.

A mon collègue Matt Font

Tu as toujours été solidaire, particulièrement dans les moments difficiles de la 1^{ère} année de médecine.

Merci pour tes conseils et ton amitié loyale, sans lesquels j'aurais probablement échoué au concours.

A toute l'équipe du C.I.R.C. Nord-est de l'époque,

Flo, Nouvo, Touf, Titi, Nat, Cyril, Raphaël et les autres,

Merci pour ces aventures formidables et enrichissantes qui ont posé les premières bases de cette thèse.

A toute l'équipe de Chanvre et Liberté nouvellement constituée,

Kenzi, Louis, Koko, Enki, Maurice, Zorg, Nouvo et les autres,

Votre dynamisme et vos ambitions donnent du baume au cœur à tous ceux qui souhaitent une nouvelle approche en matière de lutte contre les toxicomanies.

A mon ami disparu Nicolas,

Tu étais passionné par les sciences et tu aurais été fier de me voir soutenir ce travail.

A MA FAMILLE

A mes oncles, tantes, cousins et cousines que je n'ai pas souvent l'occasion de voir,

Et qui pour certains sont venus de loin pour assister à la soutenance de cette thèse.

A ma grand-mère maternelle,

Tu as travaillé dur dans les vignobles ; tu étais courageuse et généreuse,

Tu serais surprise et ravie de me voir enfin docteur,

Merci pour ces vacances à la campagne qui ont enchanté mon enfance.

A ma chère Sophie, emportée dans la fleur de l'âge,

Tu m'as accompagné tout au long de mon internat,

Tu m'as inondé de ton amour, de ta spontanéité et de ta générosité,

Merci pour ces voyages extraordinaires et ces moments de bonheur partagés inoubliables.

A ma compagne Christelle,

Tu m'as accepté tel que je suis,

Un grand merci pour ton soutien et ta patience à toute épreuve.

A ma sœur Anne-Cécile,

Tu as su concilier avec un grand frère très différent de toi.

Merci pour ta bienveillance et ta tolérance.

A ma mère,

Tu m'as transmis les valeurs humaines qui font pour beaucoup ce que je suis aujourd'hui,

Je t'en suis infiniment reconnaissant,

Reçois ici le témoignage de tout mon amour.

A mon père,

Tu m'as apporté un soutien sans faille tout au long de ma formation universitaire,

Tu m'as insufflé le courage et l'abnégation, mais aussi le sens de la rigueur et de l'organisation, qualités indispensables à l'accomplissement de ces études et de ce métier,

Tu m'as permis de réaliser le rêve de devenir docteur en médecine et je te dédie aujourd'hui cette thèse.

SERMENT

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions.

J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences. Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me sont confiés. Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences.

Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

SOMMAIRE

ABREVIATIONS ET ACRONYMES UTILISES.....	13
PREAMBULE.....	15
INTRODUCTION.....	17
PREMIERE PARTIE: LE CANNABIS EN MEDECINE.....	19
1. Historique du cannabis médical.....	20
2. Le système endocannabinoïdes.....	23
3. Les principes actifs du cannabis.....	27
4. Bases pharmacodynamiques des phytocannabinoïdes.....	29
5. Bases pharmacocinétiques du tétrahydrocannabinol et de ses métabolites.....	31
6. Etudes précliniques et potentiel thérapeutique des phytocannabinoïdes.....	33
7. Etudes cliniques et indications médicales du cannabis.....	34
8. Tolérance clinique du cannabis.....	36
9. Le cannabis sur ordonnance.....	37
10. Le cannabis en automédication.....	39
11. Perspectives de recherche sur les cannabinoïdes.....	41
DEUXIEME PARTIE : ENQUÊTE SUR LES REPRESENTATIONS DU CANNABIS CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES.....	43
1. Objectifs.....	44
1.1 Objectif principal.....	44
1.2 Objectifs secondaires.....	44
2. Hypothèses testées.....	44
2.1 Hypothèse principale.....	44
2.2 Hypothèses secondaires.....	44
3. Matériel et méthode.....	45
3.1 Population incluse dans l'étude.....	45
3.2 Base de données de la population.....	46
3.3 Collecte des e-mails (54/57/88).....	49
3.4 Le questionnaire E.R.O.C.....	49
3.5 Diffusion des questionnaires.....	51
3.6 Saisie des résultats.....	53
4. Résultats.....	56
4.1 Caractéristiques de la population incluse.....	57
4.2 Taux de participation.....	58
4.3 Profil des non-répondants.....	60
4.4 Profil des répondants.....	62
4.5 Présentation des résultats bruts.....	68

5. Analyse.....	79
5.1 Perceptions des dommages et des bénéfiques	79
5.2 Perception du statut légal.....	99
5.3 Perception des origines du cadre légal..... ;	104
5.4 Analyse des sous populations.....	135
TROISIEME PARTIE: DISCUSSION.....	153
1. Puissance et limites de l'étude.....	154
1.1 Puissance de l'étude.....	154
1.2 Limites de l'étude.....	156
2. Intérêts de l'étude	157
2.1 Des données épidémiologiques inédites en France.....	157
2.2 Un nouvel indicateur de recherche en perspective.....	159
2.3 Mise en évidence des représentations du cannabis.....	159
3. Pistes de réflexion.....	190
3.1 Le manque d'accès à une information pertinente.....	190
3.2 La nécessité d'un changement de discours politique.....	198
3.3 Une approche progressiste basée sur les bénéfiques et la réduction des dommages.....	207
CONCLUSION.....	211
BIBLIOGRAPHIE.....	213
ANNEXES.....	231
1: synthèse sur les effets anti-tumoraux des cannabinoïdes.....	232
2 : questionnaire E.R.O.C.....	233
3 : autorisation d'utilisation des logos.....	240
4 : récépissé de déclaration à la C.N.I.L.....	241
5 : courrier de présentation de l'étude (sans l'entête).....	242
6 : script de prospection téléphonique.....	243
7 : législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions.....	245
8 : analyse comparative des fumées d'une cigarette de tabac ou de cannabis sous forme « d'herbe »	247
9 : rapport La Guardia.....	248
10 : usage de cannabis en France en 2010 et projections en 2040, en cas de légalisation en 2020.....	249
11 : évaluation des dommages selon le rapport Roques.....	250
12 : lettre ouverte de Didier Jayle à l'académie de médecine.....	251
13 : lettres de deux médecins inclus dans notre étude (très intolérants à une légalisation du cannabis).....	253
14 : infractions pénales et sanctions judiciaires relatives à la législation sur les stupéfiants.....	255
15 : rapport de la direction générale de la santé (herbe coupée avec des microparticules de silice).....	257
TABLE DES MATIERES.....	261
INDEX DES FIGURES.....	267
INDEX DES TABLEAUX.....	269

ABREVIATIONS ET ACRONYMES UTILISES

2-AG: diacylglycérol	ILS: infraction à la législation sur les stupéfiants
5-HT: 5-hydroxytryptamine	INRA : institut national de recherche agronomique
AA: acide arachidonique	INSERM: institut national de santé et de recherche médicale
AEA: arachidonoyl-éthanolamine (anandamide)	IP: internet Protocol
ARS: agence régionale pour la santé	MAGL: monoacylglycérol-lipase
AMM: autorisation de mise sur le marché	MILDT: mission interministérielle de lutte contre les drogues et les toxicomanies
AMP : adénosine mono-phosphate	MILDECA : mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives
ATU.: autorisation temporaire d'utilisation	MICI: maladie inflammatoire chronique de l'intestin
AVP : accident de la voie publique	MEP: médecine à exercice particulier
AVC: accident vasculaire cérébral	NADE : N-docosatétranoylethanolamine
BPCO:bronchopneumopathie chronique obstructive	NADA: N-arachidonoyldopamine
BDA: bouffée délirante aigue	NAPE: N-arachidonoylphosphatidylethanolamine
CB: cannabinoïdes	OCRTIS : office central pour la répression du trafic illicite des stupéfiants
CBD: cannabidiol	OEDT: observatoire européen des drogues et des toxicomanies
CBG: cannabigérol	OFDT: observatoire français des drogues et des toxicomanies
CBDV: cannabidiovarine	OICS: organe international de contrôle des stupéfiants
CBGV: cannabigenovarine	OMS: organisation mondiale santé
CEE : communauté économique européenne	ONU: organisation des nations unies
CIRC : collectif d'information et de recherches cannabiques	ONUDC : office des nations unies contre la drogue et le crime
CDOM : conseil départemental de l'ordre des médecins	PPAR: peroxyosome proliferator-activated receptors
CNIL: commission nationale informatique et libertés	PCB: phytocannabinoïdes
CNOM: conseil national de l'ordre des médecins	PLD: phospholipase-D
CPAM.: caisse primaire d'assurance maladie	RAMFM: réglementation sur l'accès de la marijuana à des fins médicales
CRAM: caisse régionale d'assurance maladie	RVLM : rostral ventro-latéral médullaire
CSAPA : centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie	SAM (étude) : stupéfiants et accidents mortels
DAG: diacylglycérol	SAMR : staphylocoque doré multi-résistant
DAGL: diacylglycérol lipase	SEP : sclérose en plaque
DEA: drug enforcement administration	SDIS : service départemental d'incendie et de secours
DES: diplôme d'étude spécialisée	SDN : société des nations
DU : diplôme universitaire	THC: tetrahydrocannabinol
EMCDDA: european monitoring centre for drugs and drug addiction	THCV: tétrahydrocannabinovarine
EHPAD: établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes	TRP: transient receptor potential
EROC: étude des représentations et des opinions sur le cannabis	TVA: taxe sur la valeur ajoutée
ETA: éthanolamine	URPS: union régionale des Professions de Santé
FAAH: fatty acid amide hydrolase	URSSAF : union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocation familiale
FFA : fédération française d'addictologie	USA : United States of America
GABA: acide γ -aminobutyrique	V.I.H. : virus de l'immunodéficience humaine
HEA: éthanolamine homo- γ -linolénoyl	
IACM: international arbeitsgemeinschaft cannabis als medizin	
IFOP: institut français d'opinion publique	

PREAMBULE

Vous trouverez ici certains commentaires laissés en fin de questionnaire ; un bref aperçu des représentations de nos confrères concernant le cannabis, une sorte de mise en bouche...Chaque citation entre guillemets émane d'un médecin différent.

«Dommages minimes sur le plan sanitaire.»

«Situation de consommation dramatique avec des consommateurs très jeunes pluri quotidien, gros problème de santé publique ? »

«En D.U. de gynécologie, j'ai appris que le cannabis était dix fois plus dangereux que le tabac pendant la grossesse.»

«Globalement, on ne peut pas dire en les côtoyant que les usagers de cannabis (relativement jeunes) ont la joie de vivre!»

« Je conçois bien que la consommation occasionnelle de cannabis, comme pour l'alcool peut avoir un côté festif.»

«Je suis contre la dépénalisation du cannabis » « Non au cannabis, oui au rouge. »

« Une consommation occasionnelle d'un joint, d'un verre de vin, d'une cigarette me paraît légitime et non répréhensible dans notre société.»

«Tout est une question d'équilibre.»

« La légalisation du cannabis est à mon avis un non-sens.»

«L'intérêt de l'interdit m'apparaît important à conserver pour nos enfants : interdit à respecter ou à expérimenter.»

«Je n'ai pas, à ma connaissance, de patients consommateurs de cannabis.»

«Interrogeons-nous systématiquement nos patients quant à leurs éventuelles addictions et ne se dégage-t-il pas un éventuel frein de notre part à l'interrogatoire sur ce sujet (sujet très difficile à aborder avec les patients car ils n'en parlent pas) ? Je vois plus de patients sous Subutex qui me parlent de leur dépendance aux opiacés.»

«Le cannabis devrait être réservé uniquement à usage thérapeutique.»

«A quand le cannabis légalisé en soins palliatifs?»

«Le cannabis devrait être autorisé dans les maisons de retraite !»

«Ne laissons pas les médecins gérer seuls la délivrance du cannabis, il s'agit plus d'un problème sociétal que médical.»

«Après 35 ans de pratique professionnelle j'ai assisté à l'intoxication d'une génération ayant débuté avec la prise de cannabis puis l'utilisation d'héroïne bien que n'exerçant pas dans un secteur défavorisé. »

«Le cannabis et sa distribution doivent être encadrés pour éviter aux consommateurs la rencontre des dealers héroïnomanes : voir les expériences Espagnoles à Bilbao +++»

«En ce qui concerne la légalisation du cannabis, je vois mal comment un encadrement de la production serait possible.»

«À voir la beauté des petits villages du vignoble, les vins n'entraînent pas que des problèmes pour la société.»

«La vente encadrée du cannabis aurait pour raison de limiter les réseaux mais pourrait donner l'autorisation légale de se mettre en danger (pas facile pour le législateur).»

«Deux problèmes majeurs à prendre en compte dans la réflexion : l'entrée en délinquance pour financer l'achat du cannabis, la révélation d'état hallucinatoire psychotique chez les adolescents.»

«Existe-t-il une politique idéale ? Impossible de savoir si la légalisation apportera une meilleure socialisation, un bien-être et évitera les dérives (médicamenteuses, drogues dures).»

«Si tu ne peux faire contre, fais avec.»

«Vis à vis de la "morale" les politiques peuvent difficilement dépénaliser une drogue.»

«Ne transformons pas notre capital santé en capital boursier !»

«L'alcool et le tabac arrangent beaucoup nos différents gouvernements qui se moquent de la santé des gens et de leur devenir, ce qui les intéresse c'est les plus-values qu'ils engrangent.»

«Quand on découvre sur la terre une tribu primitive jusqu'alors inconnue on constate qu'elle se drogue se perce et se tatoue... comme nos jeunes... »

«Jamais touché au produit, car bien trop peur d'aimer ça... La difficulté, une fois faite l'expérience de connaître une chose qui procure un état extrêmement agréable est d'oublier ledit état, donc ledit produit!»

«Je suis choquée par vos 2 dernières questions, ceci sous-entend qu'il est normal de consommer du cannabis et anormal de ne l'avoir jamais utilisé. Si un médecin en consomme, que devient l'image de ce dernier aux yeux de ses patients ?»

«Si vous arrivez à faire bouger les choses, changer les mentalités des non-usagers, les usagers vont en bénéficier pleinement, même si cela n'arrivera que plus tard.»

INTRODUCTION

Lorsque j'étais en deuxième cycle de médecine générale, j'ai œuvré parallèlement à mes études, pendant plusieurs années pour le C.I.R.C., une association référencée par l'Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies. dans plusieurs publications (1,2) dont le but est de collecter et de diffuser des informations sur le cannabis à but préventif. Cette expérience m'a permis de constituer une importante base de données sur le sujet et m'a amené à m'interroger sur la réponse apportée par les pouvoirs publics en matière de lutte contre les toxicomanies. Le temps de la thèse arrivant, je me suis penché naturellement sur les travaux déjà réalisés sur la problématique du cannabis en médecine générale : la plupart des études évaluaient les pratiques, mais aucun travail n'était fait spécifiquement sur les **représentations**. Or, des travaux validés ont montré que l'étude des représentations sociales des drogues constitue **un enjeu important de prévention** (3,4) et le médecin généraliste est en première ligne pour prendre en charge les addictions (5,6). Choisir de parler et de travailler sur la consommation de cannabis en France est à la fois un sujet banal et une entreprise risquée. L'augmentation considérable de sa consommation en fait une **préoccupation de santé publique** et un sujet de société devenu incontournable. C'est également un sujet passionnel, car bien que nous disposions de connaissances scientifiques, chacun, selon sa position, continue de les interpréter à sa convenance et se forge ses propres représentations. Ainsi, la culture, la religion, l'histoire personnelle, les positionnements idéologiques (7), les expériences de vie (8) et la pression de certains lobbies organisés, contribuent fortement à modeler les perceptions que les individus peuvent avoir des produits addictifs. Qu'en est-il chez les médecins généralistes, notamment en termes de **dommages induits** par le cannabis ?

Plusieurs études (9–13) ont été récemment menées pour comparer les risques associés à différents produits addictifs, dont la récente étude de la Fédération Française d'addictologie (9) qui a largement inspiré ce travail. Toutes mettent en évidence **une mauvaise corrélation** entre le statut légal des produits et le niveau de dommage qu'ils causent aux consommateurs et à la société. En outre, l'étude de la F.F.A. tend à démontrer que la perception globale des produits addictifs est davantage corrélée aux bénéfices perçus pour l'utilisateur et pour la société qu'à la perception des dommages. Les bénéfices individuels peuvent évoluer avec l'entourage de l'utilisateur (bénéfices identitaires) et avec la relation de l'individu au produit : renforcement positif initial en l'absence de dépendance (bénéfice hédonique) ou renforcement négatif en cas de dépendance (bénéfices autothérapeutique). Les bénéfices sociétaux, eux, sont étroitement liés au cadre légal (bénéfice économique et social) et socio-culturel (bénéfice culturel) du produit considéré. Aussi, bien que parler des bénéfices associés à la consommation de drogues dont les effets néfastes sont importants sur le long terme puisse paraître contre-intuitif, voire choquant pour des professionnels de santé, le choix de l'usage des produits ne peut se résumer à la prise en compte de leur dangerosité. L'usage de substances est en effet largement corrélé aux effets attendus positifs de celles-ci comme le suggère plusieurs études menées de façon indépendante pour le cannabis (14), le tabac (15,16), l'alcool (17) la cocaïne (18) ou les jeux d'argent (19). C'est pourquoi **l'évaluation des bénéfices**, bien que fortement subjective, semble indispensable pour appréhender les représentations du produit de façon globale.

Plus largement, le **débat actuel** sur l'éventualité d'une légalisation ou d'une dépénalisation de l'usage privé du cannabis renvoie à une réflexion scientifique et sociétale internationale plus vaste sur les législations de l'ensemble des substances addictives, légales ou non (20), mais aussi sur la place des produits addictifs dans la société comme dans la vie des usagers. En effet, plusieurs publications illustrent le manque de cohérence entre les législations des différents pays. La démarche actuelle de

rassemblement des professionnels des addictions derrière une seule et même discipline pour l'ensemble des produits favorise cette réflexion et la recherche d'une cohérence **au-delà des substances**. Celle-ci bouleverse les pratiques et bouscule les arguments politiques répressifs conservateurs sur l'usage des stupéfiants. Du point de vue économique, certains spécialistes s'interrogent sur le bienfondé de la prohibition du cannabis et sur le rationnel même de ces lois, reposant plus sur des critères politiques, voire moraux que sur des arguments scientifiques (21). Du point de vue addictologique, un changement de législation comme la dépénalisation de l'usage privé pourrait s'inscrire dans **le mouvement de réduction des risques** amorcé depuis les années 90 autour de l'usage des opiacés, et étendu plus récemment à d'autres produits comme à l'alcool (22). Ce mouvement a pour but de favoriser l'accès aux soins des patients quel que soit leur projet vis-à-vis du produit, afin notamment de limiter les comorbidités associées à l'usage de substance et la désocialisation. Les médecins généralistes étant invités à suivre les recommandations des experts, il semble donc opportun de connaître leur point de vue : s'inscrivent-ils, comme les experts français, dans une politique pragmatique de réduction des dommages ou à contrario dans une politique de tolérance zéro, conformément à l'opinion majoritaire des français en 2012 ?

Au vu de l'ensemble de ces éléments, il semble donc intéressant d'évaluer les représentations du cannabis chez les médecins généralistes, en termes de **dommages**, de **bénéfices** et de **politique de santé publique**, d'autant que les données de la littérature sont inexistantes. Nous savons que le niveau de proximité avec le produit modifie les représentations (3,23) et nous chercherons à corroborer ces éléments ainsi qu'à déterminer quels autres facteurs peuvent influencer ces perceptions et dans quel sens. De plus, ce travail mettra en évidence la prévalence de l'usage actuel et passé chez les médecins généralistes Lorrains. En France, une enquête rapporte déjà l'usage de chanvre chez les étudiants en Diplôme d'Etude Spécialisée de médecine générale (24), une autre l'usage de produits à des fins de performance chez les médecins généralistes (25).

Parallèlement, le contexte légal international est **actuellement en pleine évolution** sur le cannabis, notamment sur le plan médical. Avec la commercialisation du Sativex en France dès 2015, les principes actifs du chanvre ne devraient plus tarder à faire partie de l'arsenal thérapeutique conventionnel de nos médecins généralistes, comme le sont déjà les opiacés depuis plusieurs décennies. Or, les perceptions observées dans notre étude portent essentiellement sur le cannabis récréatif (dommages et bénéfices) et l'aspect médical du cannabis n'est traité que très superficiellement. Il semble donc utile de préciser plusieurs éléments nécessaires à la compréhension de ce **sujet vaste et complexe qu'est le cannabis médical**, d'autant que dans un avenir proche les cannabinoïdes pourraient bien soigner un grand nombre de pathologies, dont certaines pour lesquelles le mésusage de cannabis est incriminé. Aussi, bien que cela sorte du cadre des perceptions, nous avons donc décidé d'introduire notre travail en posant les bases des connaissances actuelles sur le cannabis en médecine, connaissances qui modèlent en partie nos perceptions du cannabis. Cette introduction inscrit ainsi notre étude des représentations dans la mouvance actuelle du cadre institutionnel scientifique et politique et offre d'emblée au lecteur **une vision différente du cannabis**, associée à une dimension de la santé publique autre que celle attendue a priori. Pourtant, le cannabis était jadis davantage perçu comme une plante médicinale bénéfique, que comme une drogue dommageable et chez nos voisins britanniques, le terme « drug » désigne à la fois drogue et médicament, sans que personne ne se formalise. Cette première partie dévoile également l'intrication entre ces deux visions du cannabis et met en exergue le fossé des représentations sur l'usage des drogues médicales selon le contexte, tantôt dénigrées pour les produits illégaux clandestins (le plus souvent naturels), tantôt encouragées pour les produits pharmaceutiques contrôlés (le plus souvent synthétiques).

PREMIERE PARTIE :

LE CANNABIS EN MEDECINE

1. HISTORIQUE DU CANNABIS MEDICAL

1.1 L'ERE NEOLITHIQUE : UNE CULTURE ANCESTRALE A DES FINS MULTIPLES

Le cannabis, qui n'est autre que le nom latin du chanvre est une plante originaire d'Asie mineure cultivée pour ses fibres, ses graines ou ses fleurs depuis des millénaires par les civilisations anciennes, des contreforts de l'Himalaya jusqu'au bassin méditerranéen, comme en témoigne de nombreuses fouilles archéologiques (Chine, Inde, Perse, Mésopotamie, Phénicie, Assyrie, Egypte, Grèce) relatées dans plusieurs ouvrages (26–28).

Cette plante aurait été importée en Russie et en Europe par les scythes au 7^{ème} siècle av J-C, puis sur le continent américain au début du 17^{ème} siècle suite à la colonisation européenne. L'idéogramme chinois signifiant chanvre, mà, qui a peu évolué au fil des siècles, pourrait représenter deux plantes dans un séchoir. Cette première **représentation du produit récolté** atteste de sa culture ancestrale par l'homme, probablement à des fins alimentaires originellement, en tant que céréale, puis à des fins textiles (29). Le chanvre pourrait ainsi faire partie des premières cultures qui ont permis la sédentarisation de l'espèce humaine.



Figure 1 : idéogramme chinois du mot chanvre (version ancienne à gauche et version moderne à droite)

Les propriétés médicinales du chanvre, sont connues également depuis l'ère néolithique, si l'on se réfère au Pen Ts'ao de l'empereur Shen nung, le plus vieux recueil de médecine connu écrit, selon la légende, par le père de la médecine chinoise en -2737 av J-C. Ce manuel traite des indications de 365 médicaments dérivés de plante, de minéraux et d'animaux. Le cannabis y est mentionné contre les douleurs d'origine rhumatismale, la goutte, les absences mentales, les maladies de la femme, le paludisme et le bériberi (26). De nombreux autres textes anciens mentionnent son application à des fins thérapeutiques, notamment en Inde (4^{ème} livre des Veda en -1500 av J-C) où le chanvre fortement psychoactif est considéré comme une plante sacrée et guérisseuse par la médecine ayurvédique, mais aussi en Perse (Zend Avesta), en Assyrie (tablettes d'argiles de Nivive) ou en Egypte (papyrus d'Ebers en -1500 av J-C). Ses propriétés médicinales étaient également connues chez les Grecs et les Romains, comme le rapporte les écrits de Pline l'ancien, de Dioscoride (1^{er} siècle) ou de Gallien (2^{ème} siècle) (26) et le chanvre serait cultivé en Italie depuis plusieurs millénaires comme le rapporte une étude récente (30).

1.2 DU MOYEN-AGE A LA RENAISSANCE : UNE DIFFUSION LIMITEE DES CONNAISSANCES :

Durant notre ère, le large éventail des applications médicales traditionnelles du cannabis a été transmis dans tout l'espace arabo-musulman, s'étendant de la Perse jusqu'en Espagne, notamment grâce à Avicenne (10^{ème} siècle) et son ouvrage de référence en 5 volumes (Canon de la médecine) où le cannabis y était indiqué entre autres pour les maladies neurologiques, telles que l'épilepsie et la migraine, ainsi que les dysménorrhées et les accouchements difficiles. En Europe du nord, les premières indications sur l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques datent de plus de 1000 ans. Elles se rapportent surtout aux graines de chanvre (ou chènevis) et à des préparations prescrites en usage externe (fumigation ou cataplasme). Les herboristes du Moyen Âge faisaient la différence entre le chanvre engraisé (cultivé ou Sativa), utilisé par exemple contre la toux et la jaunisse, et le chanvre bâtard (naturel ou Ruderalis), appliqué empiriquement contre les nodosités et les tumeurs (26,28).

Au cours de la renaissance, ses vertus sont alors décrites dans un grand nombre des travaux du médecin suisse Paracelse (16^{ème} siècle) et John Parkinson (17^{ème} siècle), médecin du roi d'Angleterre, cite les herboristes des siècles précédents, tout en ajoutant quelques idées nouvelles : « en cas de jaunisse, en particulier au début de la maladie, quand elle est encore accompagnée de frissons, les graines de chanvre bouillies réduisent le blocage de la vésicule biliaire. Elles soulagent aussi les douleurs des coliques et diminuent le liquide désagréable émanant des intestins. » Dans un de ses ouvrages, le professeur J-A Murray (18^{ème} siècle) consacra douze pages à l'étude du cannabis : il le recommande comme analgésique et anesthésiant, ainsi que pour traiter la gonorrhée et la jaunisse. Le père de l'homéopathie, Samuel Hahnemann, écrit en 1797 que « si jusqu'à présent ce ne sont que les graines qui sont utilisées, il semble que d'autres parties de la plante soient encore plus efficaces et méritent également de gagner en considération. » Le Cannabis Sativa L. figurait alors parmi les premières plantes utilisées en homéopathie au début du 19^{ème} siècle (26).

1.3 LE 19^{EME} SIECLE : LA REDECOUVERTE DES PROPRIETES MEDICINALES DU CHANVRE

Le chanvre cultivé en Europe, qui présentait naturellement un faible taux de Tétrahydrocannabinol, était cependant davantage connu pour la résistance de sa fibre (voiles, cordages, habits, papier) et les qualités nutritives de sa graine, que pour ses vertus thérapeutiques (26,29). Le chanvre indien (cannabis Indica), terme introduit pour la première fois par le naturaliste allemand Georg Eberhard Rumpf (1627-1702) n'a été importé que tardivement en Europe, via la colonisation au 19^{ème} siècle. En France par exemple, le chanvre indien est arrivé avec les soldats et les médecins de retour de la campagne d'Egypte menée par Bonaparte. La découverte en Occident des vertus thérapeutiques des fleurs de cannabis est communément attribuée à l'écossais Sir William Brooke O'Shaughnessy, médecin, scientifique et ingénieur. En 1833, en tant qu'employé de la British East India Company, il se rendit pour la première fois en Inde, d'où il rapporta des spécimens de chanvre indien, à l'intention des Jardins botaniques royaux de Kew. Très rapidement, il s'intéressa au potentiel thérapeutique du cannabis et publia en 1839 une synthèse de ses expériences (31), qui fut accueillie avec beaucoup d'intérêt en Grande-Bretagne. D'abord, il rendit compte des différents emplois traditionnels et thérapeutiques de la plante en Inde (médecine traditionnelle ayurvédique) et réalisa ensuite des études sur les animaux et sur l'homme, afin de bien comprendre son action et de mieux évaluer ses effets secondaires. Suite à ses premiers résultats, il en vint à la conclusion, qu'en raison de la « parfaite innocuité de la résine de cannabis, une étude complète devrait être menée sur des cas cliniques où les qualités manifestes de la plante promettent un bénéfice thérapeutique important. »

Les rapports publiés par cet illustre pionnier, suscitèrent un véritable engouement scientifique pendant la seconde moitié du 19^{ème} siècle et nombreux furent les médecins qui exposèrent leurs expériences convergentes, à travers diverses publications sur les différentes espèces de cannabis en Europe et en Amérique du Nord. En France, le plus connu d'entre eux est assurément le psychiatre J-J Moreau qui créa avec Théophile Gautier le club des haschischins en 1844, afin d'étudier les effets du produit chez les artistes. Le chanvre Indica prouva rapidement son utilité pour le corps médical (28,32) dans de nombreuses indications et fut alors distribué massivement dans toutes les herboristeries d'antan. Il entra dans la pharmacopée américaine officielle en 1851 et connu son apogée aux Etats-Unis à la fin du 19^{ème} siècle. Il était prescrit généralement comme analgésique (névralgie et rhumatisme), sédatif, antispasmodique, antiémétique, antidépresseurs mais également comme traitements contre l'hystérie, le delirium tremens et les psychoses. L'entreprise pharmaceutique allemande Merck était alors le premier producteur de préparations cannabiques en Europe, dont le cannabinum tannicum, commercialisé en 1882, le cannabino en 1884 et le cannabine en 1889. En Grande-Bretagne apparurent ensuite les préparations prêtes à l'emploi de Bourroughs ou Wellcome ; aux États-Unis, celles de Squibb, Parke, Davis ou Eli Lilly (26,32). Parmi tous ces médicaments disponibles sur le marché à la fin du 19^{ème} siècle, la majorité était administrée par voie orale sous forme de teinture mère (extraits de cannabis dans un solvant d'alcool éthylique), environ un tiers constituait des préparations à usage

externe et quelques-unes devaient être inhalées, comme des cigarettes contre l'asthme, aussi étonnant que cela puisse paraître (26).



Figure 2 : produits à base de cannabis et marketing au début du 19^{ème} siècle (photographies d'archive)

1.4 LE VINGTIEME SIECLE : LA PROHIBITION DE LA RECHERCHE SUR LE CANNABIS

Au début du 20^{ème} siècle, la consommation récréative de cannabis était toujours peu connue en Europe, excepté par les élites de la société. Ainsi, A J. Kunkel, professeur de Würzburg, souligna en 1899 dans son manuel de toxicologie : « l'abus chronique de préparations à base de cannabis, ou cannabisme, semble être largement répandu en Asie et en Afrique mais n'a pas été observé en Europe ». A cette époque, le développement des injectables et des médicaments synthétiques, dont l'aspirine, les barbituriques et les dérivés opiacés, contribua à la mise à l'écart des produits naturels, d'autant que les scientifiques ne parvenaient pas à identifier la structure chimique du THC et que ce dernier n'était pas injectable.

La première moitié du 20^{ème} siècle fut marquée par la sacralisation du corps médical, favorisée par la publicité intensive de l'industrie pharmaceutique et propice à l'émergence d'un courant hygiéniste discriminant l'usage de drogues naturelles à but récréatif au profit des nouveaux médicaments de synthèse produits en Europe et en Amérique du nord. A partir de 1916, l'usage de chanvre est interdit en société en France et la vision exotique du chanvre s'estompe peu à peu partout en Europe. Outre Atlantique, c'est l'époque des ligues de tempérance (prémises de la prohibition de l'alcool) un courant moraliste aux relents racistes, fondé sur le fait que le plaisir éloignerait du travail. Ce courant stigmatise les différentes minorités ethniques, accusées de répandre immoralement dans leur pays l'usage d'opium (péril jaune), de coca ou de chanvre (péril afro-hispanique) (33). L'usage de produit, accessible seulement aux personnes pouvant consulter un médecin, ne peut alors être toléré qu'à des fins médicales, emboitant le pas à l'industrie pharmaceutique. Pour information, l'héroïne a été mise au point et commercialisée par Bayer dans le monde entier à grand coup de publicité de 1898 à 1908 pour soigner la toux des tuberculeux et la dépendance à la morphine (33). A ce contexte socio-culturel et industriel défavorable aux produits naturels s'ajoute les pressions des Etats-Unis sur la S.D.N. pour une criminalisation de toutes les activités liées aux stupéfiants, dont le chanvre, à travers les conventions de Genève de 1925, 1931 et 1936, qui limitèrent le commerce international du cannabis naturel à des seules fins médicales ou de recherche et imposèrent un contrôle très strict de cette activité. L'intérêt initial de la prohibition est sans nul doute économique, que ce soit pour les états coloniaux qui assuraient légalement dans leur colonie le commerce des produits interdits dans leur pays ou pour l'industrie pharmaceutique qui s'assurait un monopole (33). En 1948, la responsabilité d'établir quelles sont les drogues dangereuses est confié à l'O.M.S. sous la tutelle de l'O.N.U., suite au protocole de Paris.

La deuxième moitié du 20^{ème} siècle fut marquée par un quasi statu quo de la recherche sur le cannabis qui ne trouva son essor qu'à l'aube du nouveau millénaire. Le discrédit progressif porté sur la consommation récréative de produit conduisit en effet à la régression de l'utilisation médicale du chanvre et la France finit par retirer le cannabis officiellement de sa pharmacopée en 1953. Elle ratifia en 1961, aux côtés de 72 autres états, la convention unique sur les stupéfiants des Nations Unies qui place le cannabis au tableau 4 dit des substances les plus dangereuses et sans aucune utilité médicale et surtout, mettant un coup d'arrêt à la recherche médicale, asservie à l'O.I.C.S. Cette recherche a redémarré timidement suite à l'identification de la structure du THC par Gaoni et Mechoulam en 1964 (34), notamment afin de démontrer les conséquences dommageables de son usage, sous contrôle strict de la publication des résultats. Cependant, cette recherche a pris véritablement son essor qu'à la fin du siècle avec la découverte du système endocannabinoïde : en 1988, il a été démontré pour la première fois par l'équipe américaine de Howlett que certains des effets attribués aux cannabinoïdes sont dus à leur liaison à des récepteurs spécifiques couplés à une protéine G (35). La structure d'un cannabinoïde endogène a été identifiée pour la première fois en 1992 (36). Ces avancées scientifiques ont permis sans nul doute de mieux comprendre le rôle bénéfique des endocannabinoïdes et d'inverser la tendance de la recherche sur le cannabis, en cherchant plus à démontrer ses bienfaits que ses effets secondaires indésirables. Ceci a également permis de rassurer en conséquence les politiques et l'opinion publique sur le cannabis médical, entraînant une modification sensible des représentations à la fin du siècle. En 1999, une A.T.U. très stricte autorise en France la mise sur le marché du Marinol® et du Césamet®, analogue de synthèse du THC : l'un ou l'autre de ces produits a été délivré nominativement à 74 patients en 15 ans (et refusé à 20 patients).

1.5 LE CHANVRE MEDICAL DE NOS JOURS : L'AMORCE D'UN CHANGEMENT

Ce début du 21^{ème} siècle représente assurément un virage concernant le cannabis médical dont l'utilité est désormais reconnue par la communauté scientifique internationale, suite à l'accumulation des études allant dans ce sens dans diverses indications. Pour exemple, un décret (37) autorise depuis peu la commercialisation des cannabinoïdes en France : des demandes d'A. M. M. peuvent être déposées auprès de l'agence de sécurité du médicament depuis le 5 juin 2013 et Sativex l'a obtenu le 9 janvier 2014 pour la sclérose en plaques, à dominante spastique (délivrance par des spécialistes uniquement).

2. LE SYSTEME ENDOCANNABINOIDE

Il est constitué par les récepteurs cannabinoïdes (CB) et leurs ligands naturels, les endocannabinoïdes. Ce système se retrouve chez tous les vertébrés (mammifères et oiseaux) et un grand nombre d'autres animaux, évoquant une mise en place précoce de ce système au cours de la phylogenèse des espèces (38). Il faut savoir que ces récepteurs sont très représentés dans l'organisme, notamment dans le système nerveux central, mais aussi dans la plupart des tissus périphériques. Par ailleurs, les endocannabinoïdes utilisent également de nombreux autres effecteurs en plus des récepteurs cannabinoïdes, comme par exemple la famille des canaux cationiques T.R.P. (35,39) ou la classe de récepteurs nucléaires P.P.A.R. (40).

2.1 LES CANNABINOÏDES ENDOGENES :

Le premier endocannabinoïde identifié est l'anandamide ou N-arachidonoyl-éthanolamine (A.E.A.). Il a une affinité quatre fois plus importante pour CB1 que pour CB2 (41). Cette découverte fut associée rapidement à celle du 2-AG qui se lie avec plus de puissance et d'efficacité, par rapport à l'anandamide, aux deux récepteurs cannabinoïdes, avec un peu plus d'affinité pour CB1(42,43). Plus tard, cinq autres endocannabinoïdes ont été isolés : l'éther de noladine, la virodhamine, le N-arachidonoyldopamine, le H.E.A. et la NADE (39,40,43–45). Ces ligands, dérivés de l'acide arachidonique, ont tous une demi-vie très courte.

Dans son livre « Cannabis en médecine », le Dr Grotenhermen rapporte que dans la plupart des processus physiopathologiques, la production moyenne d'endocannabinoïdes et de récepteurs aux cannabinoïdes est régulée à la hausse afin de compenser un déséquilibre local : *« des recherches menées sur des animaux ont démontré que la quantité d'anandamide dans l'intestin se multipliait si les animaux étaient privés de nourriture pendant un certain temps, et que ce taux se normalisait à nouveau s'ils se réalimentaient suffisamment. Il a également été mis en évidence que la production d'endocannabinoïdes dans l'organisme se multipliait lors de crampes musculaires, manifestation pour calmer ces contractions douloureuses. Dans le cas de douleurs causées par des névrites ou des inflammations chroniques de l'intestin, le nombre de récepteurs aux cannabinoïdes avait également augmenté considérablement. Ce système joue un rôle important, par exemple, comme frein à la libération excessive de glutamate dans le cerveau, en cas d'hypoxie cérébrale (46). C'est la raison pour laquelle, au stade actuel des recherches, l'une des principales fonctions attribuée aux endocannabinoïdes est la fonction protectrice des cellules nerveuses. »* Parallèlement, il a été démontré qu'une stimulation des récepteurs CB1 pouvait avoir des effets protecteurs, par exemple dans la sclérose en plaque (47,48) ou dans les cancers du côlon (49) mais aussi néfastes comme dans la cirrhose du foie (50). Dans tous les cas, la compréhension des mécanismes de ce système complexe pourrait permettre de renforcer l'efficacité et le ciblage de certains traitements, par le biais d'agonistes ou d'antagonistes cannabinoïdes, ce qui suggère un avenir prometteur de cette nouvelle classe thérapeutique.

2.2 DISTRIBUTION DES RECEPTEURS CANNABINOÏDES

A ce jour, deux récepteurs cannabinoïdes sont identifiés : CB1, cloné en 1990(51), CB2 cloné en 1993(52). Un 3^{ème} récepteur suppuratif est en cours d'identification (GPR55)(42,53).

Le récepteur CB1 est l'un des récepteurs couplés aux protéines G les plus abondants du système nerveux central et périphérique (54) : ils ont été décelés aussi bien dans les cellules gliales que dans les neurones, au niveau du cortex cérébral, de l'hippocampe, de l'amygdale, des noyaux basaux, de la substantia nigra pars reticulata, des segments internes et externes du globus pallidus et du cervelet (couche moléculaire) ainsi qu'aux niveaux central et périphérique des voies de conduction de la douleur comprenant la substance grise périaqueducale, le noyau rostral ventrolateral médullaire, les régions des neurones primaires afférents de la corne dorsale de la moelle épinière, les interneurons médullaires et les nocicepteurs périphériques (55–57). Toutefois, les récepteurs CB1 sont aussi présents dans de nombreux autres organes et tissus, dont les cellules musculaires striées (58), les leucocytes et les cellules endothéliales (59,60) (rate, thymus et ganglions lymphatique), les adipocytes (61), les poumons (62), le cœur (63), l'appareil gastro-intestinal (intestin grêle et gros intestin (64,65), estomac(66), pancréas (66), foie (67,68)), l'appareil urinaire (reins (69) et vessie (70,71)), les organes reproducteurs (72), les os (73), les articulations (74), la peau (75), les glandes surrénales, le corps ciliaire et la cornée.

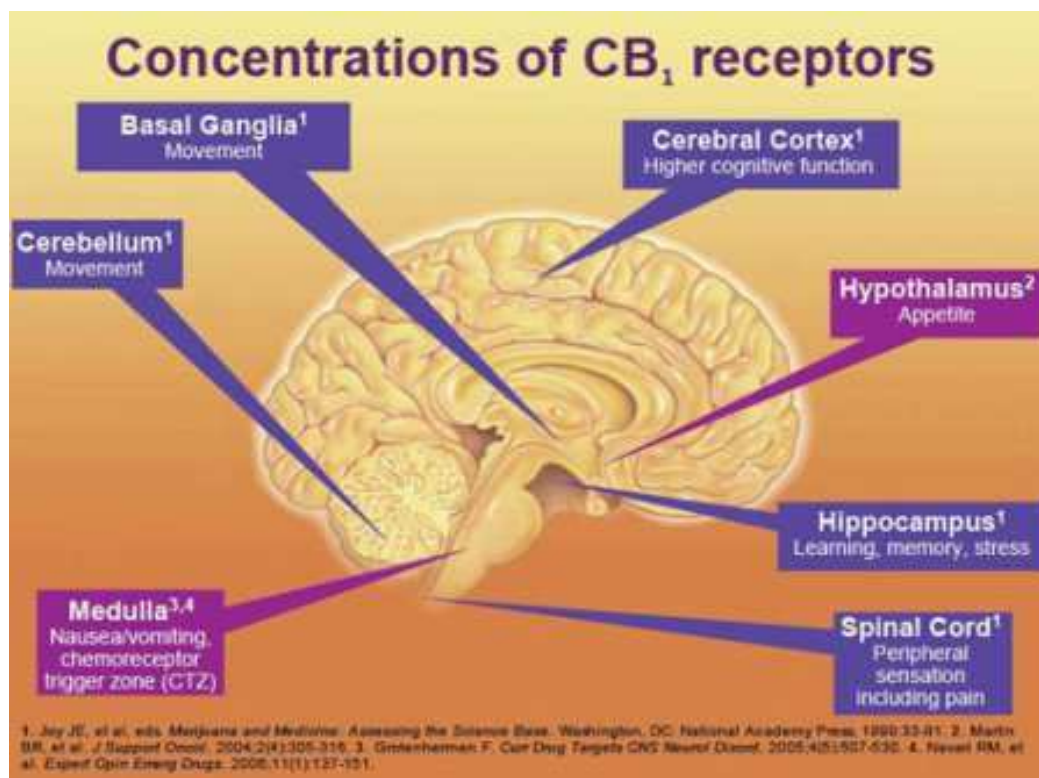


Figure 3 : distribution des récepteurs CB₁ dans le système nerveux central (source :Joy JE et al)

Les récepteurs CB₂ prédominent dans les tissus immunitaires : leucocytes, mastocytes, ganglions lymphatique, amygdales, rate, thymus. Ils sont aussi présents dans la moelle osseuse, le foie, le placenta et le système nerveux (central et périphérique) (76,77). Ces derniers ont été moins étudiés que les récepteurs CB₁, probablement car ils ne sont pas liés à l'effet psychotrope du cannabis.

2.3 MECANISME D'ACTION DES CANNABINOÏDES ENDOGENES SUR CB₁:

Les mécanismes d'action de l'anandamide et du 2-AG sont en partie connus : ils sont produits massivement à la suite d'une augmentation de calcium intracellulaire dans différents tissus, en particulier dans le système nerveux central, où ils vont moduler la libération des neurotransmetteurs classiques. Au sein du système nerveux, les endocannabinoïdes jouent le rôle de neurotransmetteurs d'inhibition rétrogrades : ils sont synthétisés à la demande à partir des phospholipides membranaires du neurone post synaptique (43,49,50,78) et assurent un rétrocontrôle négatif de l'influx afférent du neurone présynaptique, qu'ils soient inhibiteurs (acide γ -aminobutyrique, glutamate) ou excitateurs (dopamine, noradrénaline, acétylcholine)(43,56,79).

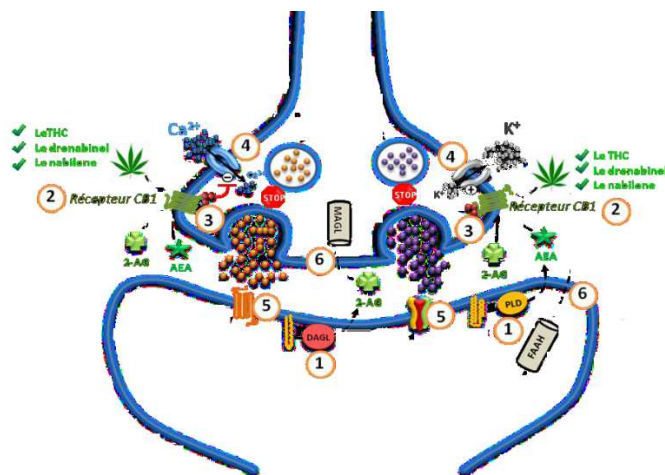


Figure 4 : le système endocannabinoïde dans le système nerveux. Figure issue des renseignements destinés aux professionnels de la santé le cannabis et les cannabinoïdes au Canada (80)

1. Les endocannabinoïdes sont fabriqués « sur demande » au niveau des terminaisons postsynaptiques : l'anandamide est produit à partir de l'hydrolyse effectuée par l'intermédiaire de la phospholipase-D du lipide membranaire NAPe; le 2-AG est issu de l'hydrolyse effectuée par l'intermédiaire de la diacylglycéril lipase du lipide membranaire diacylglycéril;
2. Ces endocannabinoïdes (AEA et 2-AG) se répandent de façon rétrograde vers les terminaisons présynaptiques et, à l'instar des cannabinoïdes exogènes tels que le THC (issus du cannabis), le dronabinol et le nabilone, ils se lient et activent les récepteurs présynaptiques CB1 couplés aux protéines G;
3. La liaison des phytocannabinoïdes et des endocannabinoïdes aux récepteurs CB1 déclenche l'activation et la libération des protéines Go et Gi des récepteurs CB et inhibe l'adénylyl-cyclase, entraînant ainsi une baisse de l'accumulation de l'AMP cyclique et l'activité de la protéine kinase A;
4. La libération des protéines Go et Gi aboutit aussi à l'ouverture des canaux K⁺ rectifiants entrants (représentés par un « + ») engendrant l'hyperpolarisation des terminaisons présynaptiques ainsi que la fermeture des canaux Ca²⁺ (représentés par un « - ») interrompant la libération des neurotransmetteurs inhibiteurs et excitateurs emmagasinés (p. ex. le glutamate, le GABA, la 5-hydroxytryptamine, l'acétylcholine, la noradrénaline, la dopamine, le D-aspartate et la cholécystokinine),
5. lesquels une fois libérés se répandent
6. et se lient aux récepteurs postsynaptiques. L'anandamide et le 2-AG rentrent dans les terminaisons nerveuses post ou présynaptiques (éventuellement grâce aux actions d'un transporteur spécialisé, symbolisé par une ligne en « pointillé ») où ils sont respectivement catabolisés par l'hydrolase d'amide d'acide gras ou la monoacylglycéril-lipase produisant soit l'acide arachidonique et l'éthanolamine, soit l'acide arachidonique et le glycérol.

2.4 CONCLUSION SUR LE SYSTEME ENDOCANNABINOÏDE :

Le système endocannabinoïdes est un **système paracrine polymodal complexe** pouvant s'exprimer dans tout l'organisme. Il participe à la régulation d'un nombre très vaste de processus physiologiques et physiopathologiques, dont le développement neural, la fonction cardiovasculaire, l'inflammation, l'immunité, l'appétit, le métabolisme et l'homéostasie énergétique, la digestion, le développement et la densité osseuse, la plasticité synaptique et l'apprentissage, la perception des informations sensorielles, notamment nociceptives, la reproduction, le comportement psychomoteur, les troubles psychiatriques, la mémoire, les cycles de veille et de sommeil, ainsi que la régulation du stress et de l'état émotionnel (43,55,81). Par ailleurs, ce système endocannabinoïde s'adapte à la plupart des situations pathologiques **de manière ciblée**, en multipliant le nombre de récepteurs CB et en augmentant la synthèse des endocannabinoïdes en fonction des besoins locaux.

3. LES PRINCIPES ACTIFS DU CANNABIS

Le chanvre peut produire au moins 489 composés distincts répartis en 18 classes chimiques différentes, dont certains ont des propriétés pharmacologiques. La plupart de ces principes actifs sont contenus dans les feuilles et les sommités fleuries du chanvre mais les vertus médicales du cannabis résident aussi dans sa fibre ou sa graine, dont les bienfaits sont connus de longue date en Occident. Par exemple, la fibre de chanvre est un très bon tissu pour éviter la propagation des infections nosocomiales, dont les propriétés bactéricides sont promues récemment auprès de l'armée américaine par la compagnie EnviroTextile, basée au Colorado. Le chènevis, lui, permet d'obtenir une des huiles alimentaires les plus riches en acides gras insaturés (oméga 3 et 6) lui conférant des vertus cardio-protectrices prouvées ou une huile cosmétique ayant une action apaisante sur les lésions psoriasiques et les neurodermites (26,29).

3.1 LES PHYTOCANNABINOÏDES

Les feuilles et les sommités fleuries du chanvre contiennent plus de 70 cannabinoïdes (82) qui s'accumulent dans les trichomes (bulle de résine) et se concentrent surtout sur les bractées des fleurs femelles non pollinisées. Les composés d'origine végétale sont appelés phytocannabinoïdes (PCB) par opposition aux cannabinoïdes de synthèse. Les PCB sont un groupe de molécules hydrophobes contenant 21 carbones, dont le précurseur initial résulte d'une association entre un terpène, **le géranyl pyrophosphate** et un dérivé phénol, soit l'acide divarinique, soit l'acide olivetolique pour former respectivement la cannabinoïdovarine (CBGV) ou le cannabigérol (83,84). Les PCB ne contiennent pas d'azote, contrairement aux alcaloïdes, mais un oxygène, lui conférant des propriétés structurales spécifiques. A titre comparatif, l'industrie pharmaceutique a déjà développé près d'une centaine de cannabinoïdes de synthèse, classées en 8 familles, en fonction du type de substitution chimique apportées pour altérer la substance d'origine, que cela soit des équivalents des PCB, des cannabimimétiques ou des antagonistes (ou agonistes inverses) des récepteurs cannabinoïdes. Les PCB se retrouvent essentiellement dans le chanvre. A titre anecdotique, des scientifiques japonais ont découvert en 2005 la présence de substances analogues dans deux mousses (*Radula Perrottetii* et *Radula Marginata*), appartenant à la classe végétale des Bryophytes (mousses et hépatiques). Les PCB sont classés actuellement en 10 grandes familles.

Tableau 1: sous-groupe de phytocannabinoïdes identifiés. Le nombre de composants est approximatif, précisant la taille des groupes respectifs (source : 'Elsohly et Slade, 2005).

Sous-groupes	Composants connus (approx. ~)
Cannabigérol (CBG)	7
Cannabichromène (CBC)	5
Cannabidiol (CBD)	7
Delta-9-trans-tetrahydrocannabinol (Δ^9 -THC)	9
Delta-8-tétrahydrocannabinol (Δ^8 -THC)	2
Cannabicyclol (CBL)	3
Cannabielsoin (CBE)	5
Cannabinol (CBN)	7
Cannabinoidiol (CBND)	2
Cannabitriol (CBT)	9
Divers	14

Chacune de ces familles intègre plusieurs types de cannabinoïdes qui se distinguent entre eux notamment par la longueur de la chaîne carbonée. Beaucoup sont en fait de simples homologues ou analogues (structure ou fonction similaire) des quelques principaux cannabinoïdes connus. Les

principaux cannabinoïdes du chanvre semblent être le delta-9-tétrahydrocannabinol, le cannabinoïde et le cannabidiol (85–87), bien que l'abondance relative de ceux-ci et d'autres cannabinoïdes (CBG, CBC, tétrahydrocannabinovarine notamment) puisse varier en fonction d'un certain nombre de facteurs, tels que la variété du cannabis, les conditions du sol et les conditions climatiques, ainsi que les techniques de culture (88,89). Par exemple, la biosynthèse de la lignée de PCB issue de la cannabinoïde (THCV, CBDV) serait favorisée les rayons ultra-violet des montagnes d'altitude, d'où leur titration importante dans certaines variétés de cannabis en Asie centrale et en Afrique du Sud. Généralement on ne trouve, dans une même plante, seulement que 3 ou 4 cannabinoïdes dont la concentration dépasse 0,1 %. La plupart des autres cannabinoïdes apparaissent alors sous forme de traces (26,90).

3.1.1 Les PCB du chanvre frais

Le potentiel thérapeutique du cannabis semble limité à cause des effets psychotropes des PCB qui peuvent interférer sur les tâches quotidiennes. Pourtant, les PCB sont présents dans la plante vivante sous leur forme acide (2-COOH) qui n'est pas psychotrope (THCA, CBDA, CBGA, THCVA...). Ces formes acides amphiphiles ont des propriétés pharmacologiques avérées (91–94) et pourraient être plus efficace que les formes décarboxylées lipophiles, comme antiémétique par exemple (95,96), tout en étant dépourvues d'action psychotrope. Ces éléments suggèrent la possibilité d'administration de fortes doses de PCB acides et pourrait changer radicalement les représentations du cannabis médical : « le jus de **cannabis frais** est un produit comestible aux valeurs nutritives très intéressantes » affirme le Dr Courtney W actuellement membre de l'Académie Américaine des Cannabinoïdes en Médecine et vice-président de l'association Luxembourgeoise pour les méthodes préventives (97).

3.1.2 Les PCB du chanvre séché

Tous les PCB acides subissent une décarboxylation sous l'action de la chaleur (combustion, vaporisation, cuisson) ou de l'air (séchage, affinage, conservation), transformant les formes acides dans les formes connues (THC, CBD, CBG, THCV...) et détruisant au passage une bonne partie des principes actifs (98–100). En raccourci, le séchage des fleurs est pour le chanvre, ce que la fermentation est pour le raisin. Parmi les PCB décarboxylés, seuls le Δ^9 THC, le Δ^8 THC, et dans une moindre mesure le THCV et le CBN sont psychoactifs (101,102). Contrairement au CBD, le THC est une molécule très instable et il se dégrade rapidement en CBN sous l'effet de la lumière.

3.2 LES TERPENES ET LES FLAVONOÏDES

D'autres principes actifs ont été identifiés dans le chanvre comme les **terpènes** (limonène, myrcène, α -pinène, linalool, β -caryophyllène, oxyde de caryophyllène, nerolidol et phytol), responsables également de l'arôme (88), ou encore les **flavonoïdes**. A noter que les terpènes proviennent du géranyl pyrophosphate, comme les PCB, et qu'ils auraient peut-être une action synergique à celle des cannabinoïdes au vu des premiers résultats sur les modèles animaux (90). On estime par ailleurs que les terpènes possèdent un large spectre d'action (103) (comme antioxydant, anxiolytique, anti-inflammatoire, antibiotique, antinéoplasique, antipaludéenne), mais cette information provient de quelques études expérimentales in vitro et in vivo seulement et il n'existe actuellement aucun essai clinique pour étayer ces affirmations.

4. BASES PHARMACODYNAMIQUES DES PCB

4.1 UNE ACTION POLYMODALE

Les diverses propriétés pharmacologiques des PCB ne se résument pas uniquement à une action sur les récepteurs CB. Si le THC est responsable de l'effet psychotrope du cannabis par la stimulation des récepteurs CB1(104), son action sur les récepteurs CB2 et sur plusieurs autres cibles lui confère d'autres propriétés pharmacologiques (105). Il en va de même pour l'ensemble des PCB qui agissent effectivement par de nombreux autres mécanismes d'actions, étudiées actuellement presque uniquement sur les modèles animaux actuellement et qui mime le système endocannabinoïde.

Par exemple, certains PCB (ou leurs dérivés synthétiques) peuvent ainsi agir directement sur les récepteurs 5-HT 1A, impliqués dans le trouble anxieux (106,107) et l'ischémie tissulaire (108) ou sur des différent sites enzymatiques comme l'inhibition des lipooxygénases impliquées dans le développement de l'athérosclérose (109) ou de certains cancers (110). Le plus souvent, les propriétés pharmacologiques des PCB sont le résultat de plusieurs mécanismes d'action synergique comme dans l'inflammation ou la nociception par exemple, ce qui rend l'interprétation des résultats complexe. Les PCB peuvent ainsi avoir une action anti-inflammatoire par une activité agoniste inverse sur les récepteurs CB2 (111), par une inhibition de la FAAH (108) augmentant le taux tissulaire d'endocannabinoïde, par une inhibition de cox2 (113) ou par d'autres mécanismes. De même, l'action antalgique peut s'effectuer via les récepteurs opioïdes μ (114), les canaux potentiels à récepteur transitoire (115) (TPR Vanilloïdes, Ankyrine, Mélastine) ou encore certains canaux avec récepteurs Glycine ($\alpha 1$ et $\alpha 3$)(91,116).

Les actions pharmacologiques des PCB peuvent donc être médiées par de nombreux effecteurs (récepteurs nucléaires, cytoplasmiques, sites enzymatiques), ce qui souligne leur caractère polymodal, potentiellement synergique. Les récepteurs CB ne représentent ainsi qu'une infime partie des effecteurs possibles des PCB, bien qu'ils restent les principaux effecteurs du THC. La meilleure illustration de ces propos repose actuellement sur le CBD : il n' a que très peu d'affinité avec les récepteurs cannabinoïdes (79) et il agirait par une vingtaine d'autres mécanismes d'actions (102). En résumé, les PCB interagissent avec le système endocannabinoïde de manière plus ou moins directe : action sur les récepteurs CB ou d'autres récepteurs, modulation indirecte des récepteurs, régulation de la synthèse et de la dégradation des endocannabinoïdes.

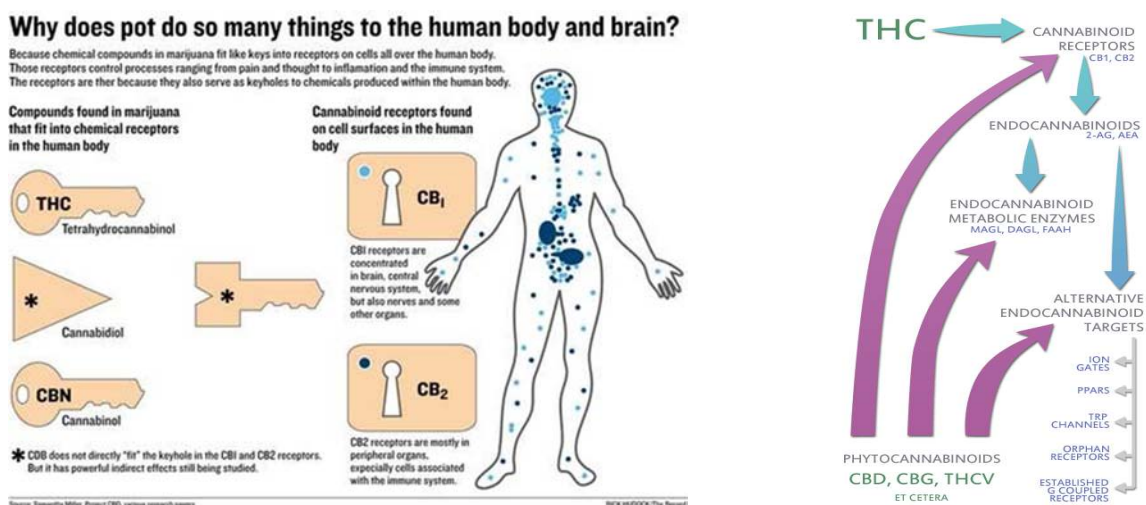


Figure 5: mécanismes d'action et récepteurs cibles des phytocannabinoïdes

4.2 LA DUALITE THC/CBD : DES EFFETS OPPOSES OU SYNERGIQUES

Les interactions entre les PCB sont complexes et encore très peu étudiées : les données disponibles sont surtout relative à l'interaction THC/ CBD. Diverses études ont signalé une potentialisation, une opposition ou une neutralisation des interactions entre le Δ^9 -THC et le CBD (80). Les divergences relevées quant à la nature des interactions entre le Δ^9 -THC et le CBD recensées dans la littérature pourraient s'expliquer par les différences liées aux ratios du THC et du CBD utilisés dans les différentes études, les différences dans la méthode d'administration (traitement préliminaire au CBD par rapport à l'administration concomitante simultanée), les différences au niveau de la durée du traitement (aiguë par rapport à chronique), les différentes espèces animales utilisées, de même que les paramètres tant biologiques que physiologiques faisant l'objet de l'examen (117).

On peut cependant distinguer schématiquement deux types d'interactions : celles d'origine pharmacocinétique semblant limitées (118) et celles d'origine pharmacodynamique (119). Il semble qu'en général, l'administration préliminaire du CBD puisse potentialiser certains effets du THC par un mécanisme pharmacocinétique. Ainsi, il a été suggéré que le CBD puisse limiter la dégradation hépatique du THC et de ses métabolites, par inhibition des enzymes Cytochrome P-450-3A (77) et 2C (118) et par compétition directe avec les enzymes de dégradation du THC, mais cette interaction pharmacocinétique limitée est controversée (120,121) En revanche, il semble que l'administration concomitante simultanée du CBD puisse généralement atténuer certains effets du THC, par un mécanisme pharmacodynamique. Le THC se comporte classiquement comme un agoniste partiel des récepteurs CB1 et CB2. Le CBD, en revanche, est un agoniste inverse de ces récepteurs aux concentrations physiologiques (nanomolaires) en dépit de sa très faible affinité pour les récepteurs CB, probablement par modulation allostérique négative de ces récepteurs (79). L'action du CBD antagonise également indirectement celle du THC par le biais d'autres effecteurs. Par exemple les symptômes psychotiques sont exacerbés par le THC, via CB1 (122) alors qu'ils sont atténués par le CBD à haute dose (micromolaire), probablement via TPRV1(91,123,124). Plus généralement, le THC entraîne un effet psychotonique alors que le CBD est responsable d'un effet sédatif. Le CBD peut ainsi réduire l'intensité des effets secondaires (ivresse, anxiété, maux de ventre) du THC (119).

Parallèlement, le CBD peut avoir une action thérapeutique synergique à celle du THC, antalgique et anti-inflammatoire notamment, par un effet d'entourage (inhibition compétitive de la FAAH majorant le taux d'endocannabinoïde) ou par les autres mécanismes évoqués précédemment. Un traitement à base de THC serait ainsi mieux toléré et plus efficace, s'il contient également du CBD, c'est une des raisons pour laquelle les chercheurs s'intéressent désormais au ratio THC/CBD (125). Ce ratio jouerait ainsi un rôle pour déterminer si l'effet global sera potentialisé ou atténué. On pourrait observer l'atténuation des effets induits par le THC par l'intermédiaire du CBD lorsque le ratio du CBD et du THC est d'au moins 8 : 1 (± 11.1), tandis que le CBD semble potentialiser certains des effets associés au THC lorsque le ratio du CBD et du THC se situe à environ 2 (± 1.4) (126,127).

4.3 DUALITE DES RECEPTEURS CB ET DE LEURS AGONISTES PARTIELS

Certains travaux mettent en évidence que la stimulation des récepteurs CB1 aboutit à l'effet opposé de celle des récepteurs CB2 dans diverses pathologies comme par exemple l'athérosclérose (128–130) ou la fibrose hépatique (131–134). Dans ces 2 cas, la stimulation des récepteurs CB1 serait délétère et celle de CB2 protectrice, ce qui suggère le potentiel thérapeutique des agonistes sélectifs des récepteurs CB2, comme le THCV par exemple (135). Ce dernier se comporte en effet in vivo comme un antagoniste des récepteurs CB1 (136,137) et comme un agoniste partiel des récepteurs CB2 (79)

Par définition, l'effet des agonistes partiels des récepteurs CB varie selon leur concentration tissulaire, à l'origine d'un comportement bi phasique, mais aussi selon les besoins locaux (densité de récepteurs libres), ce qui explique en partie la différence d'effets observés entre les études in vivo et in vitro. Le

THC peut en effet à la fois activer mais aussi bloquer les récepteurs CB1 et CB2 in vivo, notamment en cas de baisse de la densité des récepteurs ou de l'efficacité de leur couplage avec les réactions en chaîne sous-jacentes (79). Ces éléments suggèrent une action plus ciblée et plus efficace des agonistes partiels sur certains tissus pathologiques, ou l'on peut retrouver une plus forte expression des récepteurs CB que dans les tissus sains, comme dans les carcinomes hépatocellulaires (138) ou les cancers de la prostate (139), en sachant que cette régulation à la hausse des récepteurs CB dans les tissus pathologiques serait protectrice et pourrait prolonger la survie.

4.4 CONCLUSION SUR LES PHYTOCANNABINOÏDES

Les bénéfices médicaux du cannabis sont encore trop souvent associés aux THC et à une balance bénéfice/risque défavorable. Le caractère non psychotrope d'un PCB ne préjuge pas pour autant de sa valeur médicale. Ces différents éléments laissent entrevoir toute la richesse et la complexité des phytocannabinoïdes en mettant de côté l'effet psychotrope. En effet, il semblerait que **le potentiel thérapeutique du CBD**, ou de ses dérivés de synthèse, puisse s'avérer supérieur à celui du THC (93,140) et que l'on ait globalement sous-estimé les propriétés des PCB acides et des autres cannabinoïdes du chanvre, comme le suggère le diagramme suivant, issu d'une méta-analyse publiée en 2009 (102).

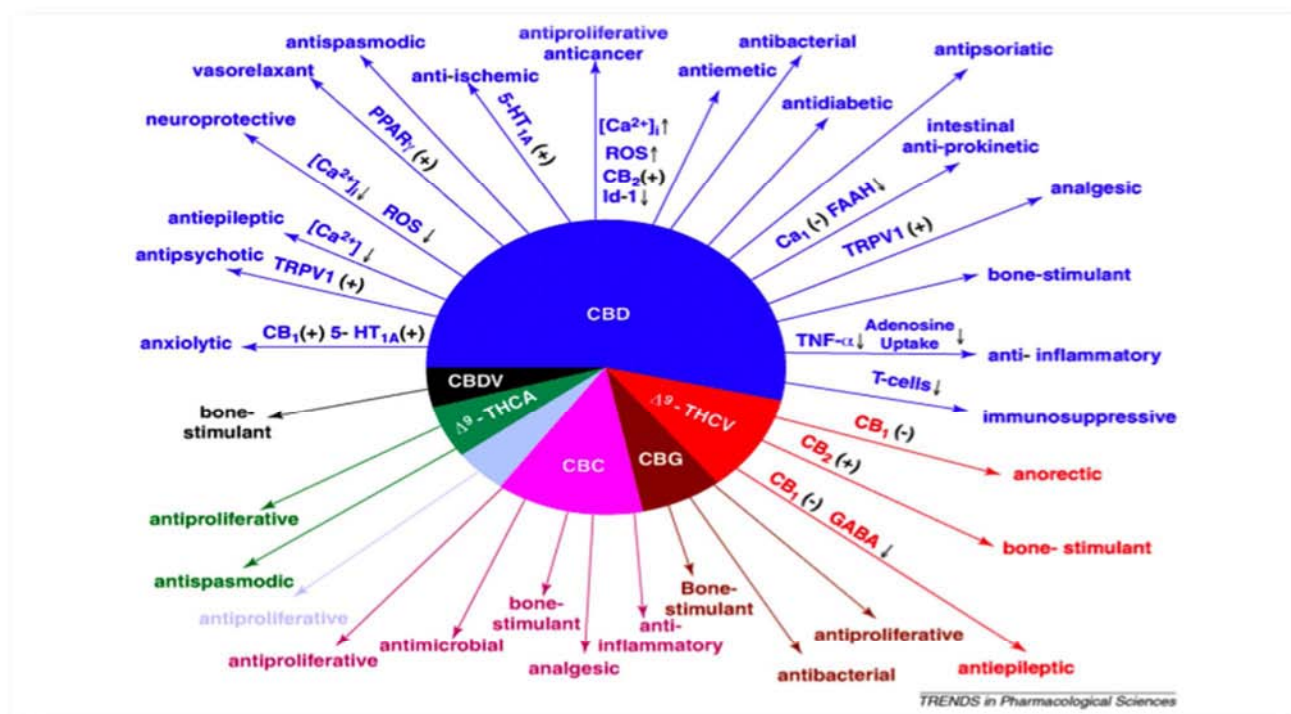


Figure 1. Pharmacological actions of non-psychoactive cannabinoids (with the indication of the proposed mechanisms of action).
 Abbreviations: Δ⁹-THC, Δ⁹-tetrahydrocannabinol; Δ⁸-THC, Δ⁸-tetrahydrocannabinol; CBN, cannabino; CBD, cannabidiol; Δ⁹-THCV, Δ⁹-tetrahydrocannabivarin; CBC, cannabichromene; CBG, cannabigerol; Δ⁹-THCA, Δ⁹-tetrahydrocannabinolic acid; CBDA, cannabidiolic acid; TRPV1, transient receptor potential vanilloid type 1; PPAR_γ, peroxisome proliferator-activated receptor γ; ROS, reactive oxygen species; 5-HT_{1A}, 5-hydroxytryptamine receptor subtype 1A; FAAH, fatty acid amide hydrolase.
 (+), direct or indirect activation; ↑, increase; ↓, decrease.

Figure 6 : action pharmacologiques des PCB non psychotropes (avec le mécanisme d'action proposé selon l'indication)

5. BASES PHARMACOCINETIQUES DU THC ET DE SES METABOLITES

Seule la pharmacocinétique du THC a été bien étudiée, notamment dans le cadre de l'usage récréatif afin d'établir la durée de l'emprise cannabique. Les 2 métabolites principaux du THC sont le 11-OH THC, métabolite psychoactif dont les niveaux plasmatiques sont parallèles à la durée de l'action observable du cannabis (141) et le 11-nor-9-carboxy-tétrahydrocannabinol (THC-COOH), marqueur

de l'observance régulière d'un traitement par THC (99) Ce dernier se présente à nouveau sous une forme acide, comme le précurseur du THC, et possède des propriétés anti-inflammatoires (26). Le 11-OH THC, métabolite intermédiaire psychoactif, est oxydé rapidement en THC-COOH, métabolite final non psychoactif qui s'accumule dans les liquides biologiques avant d'être éliminé.

5.1 ABSORPTION ET DISTRIBUTION

Lorsque le cannabis est inhalé, la biodisponibilité moyenne du THC est de l'ordre de 25 % par combustion (142), plus élevée par vaporisation (143,144). Le pic de concentration plasmatique peut varier de 5 à 500 ng/ml selon la dose inhalée et les individus (médiane de 19 ng/ml ; moyenne de 43 ng/ml Δ^9 -THC) (145,146). Ce pic est atteint en environ 10 minutes après combustion, un peu plus rapidement par vaporisation (147). Après 30 mn, on ne retrouve plus que 20 % de la concentration plasmatique maximale (148), en rapport à une dégradation rapide et à une forte fixation tissulaire, notamment dans les adipocytes et le cœur (99). La concentration plasmatique maximale en 11 OH-THC, observée à 15 mn après inhalation, et en THC-COOH, observée 2 heures après inhalation, représente respectivement 10 % et 33 % de la molécule parent (141,149).

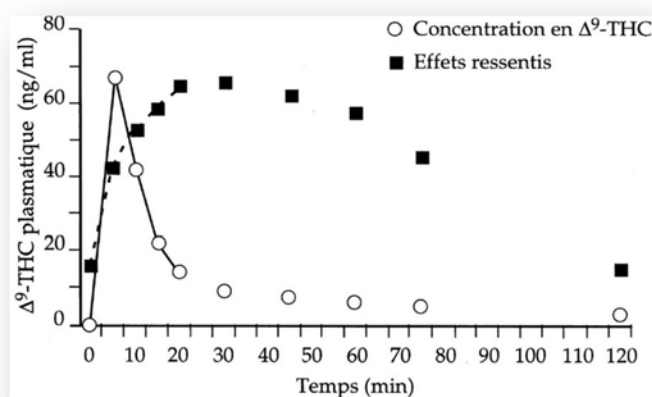


Figure 7 : concentrations en Δ^9 -THC (cercles ouverts) et effets physiques et psychiques « ressentis » par le sujet (carrés pleins) en fonction du temps, après consommation d'un « joint » contenant 9 mg de Δ^9 -THC (150)

Le retard du pic des effets ressentis par rapport au pic plasmatique pourrait correspondre au temps nécessaire au THC pour franchir la barrière méningée (151). La persistance des effets psychotropes, observée durant environ 2 heures, peut être liée à plusieurs phénomènes : la durée de fixation sur les récepteurs CB, la dégradation en 11-hydroxy-tétrahydrocannabinol (11-OH THC), principal métabolite psychoactif du THC, dont la liaison à l'albumine (152) augmente la pénétration cérébrale par rapport au THC lié à des lipoprotéines (facilitation du passage de la barrière méningée) et dans une moindre mesure la réabsorption entérale ou rénale.

Lorsque le THC est ingéré, sa biodisponibilité est de l'ordre de 10 % mettant en évidence une dégradation intense lors du premier passage hépatique (151,153). La quasi-totalité du THC est en effet hydroxylée au niveau de la muqueuse intestinale, principalement en 11 OH-THC (154), ce qui se traduit dans le compartiment sanguin par une concentration en 11-OH THC supérieure ou égale à celle du Δ^9 -THC, contrairement à ce qui est observé lorsque le cannabis est inhalé (155–157). Par rapport à l'inhalation, le pic de concentration plasmatique en THC est diminué et retardé (30 mn à 4 heures) alors que la durée d'action pharmacologique est prolongée dans le temps (99). Le pic de concentration plasmatique en THC peut varier de 1 à 8 ng/ml Δ^9 -THC (médiane et moyenne de 5 ng/ml Δ^9 -THC) (145,146). Ces valeurs sont relativement similaires concernant la diffusion oro-muqueuse, mais le pic est plus précoce (158,159).

5.2 METABOLISME

Les PCB sont essentiellement métabolisés dans les microsomes hépatiques, où ils subissent une dégradation oxydative complexe, caractérisée par plusieurs étapes: oxydation allylique, époxydation, décarboxylation et conjugaison (151). La vitesse de dégradation du THC (et du 11-nor-9-carboxy Δ 9-THC) peut varier selon le pool génétique individuel, notamment selon le polymorphisme des isozymes associées au cytochrome P450. Par exemple les sujets homozygotes pour la variante allélique CYP2C9*3 ont révélé des concentrations plasmatiques de Δ 9-THC nettement plus élevées et une diminution considérable de la clairance, par rapport à l'homozygote du CYP2C9*1 ou à l'hétérozygote du*1/*3(160).

5.3 ELIMINATION

L'élimination du THC et de ses métabolites s'effectue essentiellement par voie biliaire (60 %) mais aussi par voie rénale et sudorale (99). Cette élimination est multiphasique et l'on peut observer plusieurs pics plasmatiques liés au phénomène de réabsorption entérale ou rénale. Globalement, les concentrations plasmatiques de THC et du 11-OH THC diminuent rapidement alors que la concentration en THC-COOH augmente en parallèle dans un premier temps (161). Deux heures après inhalation de cannabis, les concentrations plasmatiques en THC deviennent inférieures à 5 ng/ml (157) alors que les niveaux de THC-COOH culminent. Dans un deuxième temps, le THC résiduel et ses métabolites, stockés dans les tissus, sont relargués dans le sang lentement (162), un peu plus rapidement en cas de lipolyse intense (jeûne ou stress intense) (163), sans pour autant atteindre des concentrations capables d'entraîner un effet psychotrope. Cela confère néanmoins au THC une demi-vie terminale très longue, d'au minimum 4 jours (99). Chez les consommateurs réguliers intensifs, le THC peut être retrouvé dans le plasma 13 jours après l'arrêt et le métabolite acide peut être encore présent dans les urines 27 jours après arrêt de la consommation probablement en raison de leur stockage excessif dans des réserves graisseuses du corps et de leur libération de celles-ci. (164,165)

6. ETUDES PRECLINIQUES ET POTENTIEL THERAPEUTIQUE DES PCB

Si le Tétrahydrocannabinol (THC) est étudié depuis sa découverte afin de mieux cerner les dommages engendrés par l'usage récréatif de cannabis, le cannabidiol (CBD) pourtant identifié à la même époque, ainsi que les autres cannabinoïdes, intéressent seulement les chercheurs depuis une décennie sur le plan thérapeutique. Aussi, à l'exception du THC et dans une moindre mesure du CBD, les PCB sont encore **très peu étudiés sur le plan clinique** et la plupart des données proviennent donc actuellement d'études in vitro et expérimentales chez l'animal. Toutefois, ces résultats laissent entrevoir de potentielles indications thérapeutiques examinées dans plusieurs revues (39, 76, 99, 111) telles que l'inflammation, la douleur, les réactions auto-immunes, les vomissements, l'anorexie, l'ostéoporose mais aussi l'obésité, la psychose, l'anxiété, l'épilepsie, les troubles du sommeil, l'ischémie cérébrale et myocardique, le diabète de type 1, la fibrose hépatique, les maladies neurodégénératives et le cancer.

Certaines des propriétés des PCB sont communes à l'ensemble des cannabinoïdes, à des degrés divers : c'est le cas notamment de leur pouvoir antioxydant et neuroprotecteur qui suscite des attentes légitimes dans le cadre des maladies neurodégénératives (166), au vu des premiers résultats expérimentaux, comme dans la maladie d'Alzheimer par exemple (167–169) (inhibition de l'acétylcholine estérase par le THC et régression des plaques bêta-amyloïdes in vitro) ou dans la maladie de Parkinson (170). C'est également le cas de leur pouvoir antibiotique (CBD bactéricide sur des souches S.A.M.R.) ou antifongique (171–173), analgésique (39,54–57,98,102,174) ou anti-inflammatoire (84,175,176).

Contre toute attente, l'un des intérêts majeurs des cannabinoïdes pourrait résider dans leur potentiel anti-tumoral ciblé (177,178), clairement mis en évidence par une méta-analyse récente (179) qui passe 72 études au crible (annexe 1) et amène l'auteur à conclure: « *en plus de leurs actions pro-apoptotique et antiproliférative déjà connues, les cannabinoïdes présentent également des propriétés anti-angiogéniques, antimigratives, antiadhésifs, anti-métastatiques.* » L'action anti-cancéreuse des PCB serait médiée par plusieurs récepteurs (CB1, CB2, TRPV2)(180–183) mais aussi par d'autres mécanismes encore insuffisamment étudiés (184). Par ailleurs, l'expression de plusieurs oncogènes (TIMP-1, ID-1, JNK, AKT, MMP-2) semble être régulée par les PCB (179). Ces constatations suggèrent que les cannabinoïdes puissent être de puissants inhibiteurs de la croissance et de la diffusion de certains cancers. Comme ils sont généralement bien tolérés et ne développent pas les effets toxiques d'agents chimio thérapeutiques classiques (protection des cellules saines avoisinant la tumeur), des études précliniques et cliniques sont actuellement en cours pour enquêter sur le potentiel de ces substances comme agents thérapeutiques anticancéreux. Cela pourrait représenter un espoir dans de nombreux cancers : leucémies lymphoïdes(185), les gliomes et les glioblastomes(178,183,186,187) ainsi que dans divers adénome et adénocarcinomes (poumon sein, foie, vésicule, colon, pancréas, utérus, prostate, testicule, peau) (49,180–182,184,188–190).

En réalité, le champ d'application des PCB et des dérivés de synthèse est en train de s'étendre considérablement : d'autres propriétés plus spécifiques à certains PCB sont actuellement étudiées comme par exemple le potentiel antiproduitif du CBD qui agirait comme un neuroleptique atypique (191–193), le potentiel antiépileptique du CBD(194), du THCV(195) et du CBDV, (Cannabidivarine, étudiée par la société GW Pharmaceuticals), le potentiel anti-ischémique du CBD et du CBG (196,197) ou antidiabétique du CBD et du THCV(84,198).

7. ETUDES CLINIQUES ET INDICATIONS MEDICALES DU CANNABIS

Le cannabis est une matière hautement complexe ayant des centaines de constituants chimiques, alors que les cannabinoïdes sont des molécules isolées. L'établissement de comparaisons directes entre le cannabis et les cannabinoïdes devrait forcément tenir compte des différences éventuelles quant aux voies d'administration, à la posologie, ainsi qu'aux diverses propriétés pharmacocinétiques et pharmacodynamiques de ces différentes substances.

7.1 LES INDICATIONS RECONNUES DU CANNABIS, DU THC ET DU CBD

Le niveau de connaissances dans les différents domaines d'utilisations médicales des cannabinoïdes est très hétérogène mais les études commencent néanmoins à s'accumuler. En 2012, plus d'une centaine d'essais cliniques contrôlés effectués dans le cadre de recherches par des institutions gouvernementales ou scientifiques (Comité des Sciences de la Chambre des Lords Britannique, Institut de Médecine des États-Unis par exemple) sont référencés sur le site de l'Internationale Arbeitsgemeinschaft Cannabis als Medizin, association ouverte exclusivement aux médecins et chercheurs. Ces études cliniques portent principalement sur le THC et dans une moindre mesure sur le CBD ou les PCB combinés, notamment dans les études récentes. Une méta-analyse exhaustive destinée aux professionnels de santé du Canada (80) fait notamment le point sur la question en passant au crible mille études (précliniques et cliniques) sur les exocannabinoïdes (PCB et analogue de synthèse du THC).

En résumé, il existe de fortes preuves de l'efficacité thérapeutique du cannabis et du THC, basées sur de nombreuses études cliniques randomisées en double aveugle, concernant les **douleurs chroniques neuropathiques** (199–202), avec effet d'épargne possible en opiacés (203,204), notamment dans la S.E.P. (205,206), l'infection V.I.H. (207), le cancer (208), la névralgie brachiale (209) ou les traumatismes médullaires (210,211). L'efficacité du cannabis est également reconnue dans la **lutte**

contre la spasticité (SEP, traumatisme médullaire) (212–214), **les nausées et vomissements** induits par le cancer ou la chimiothérapie, notamment les vomissements anticipatoires (215–218), **le manque d'appétence** (cachexie liée au cancer ou à une infection VIH) (219–225). A noter que les effets psychotropes semblent moins gênants dans ces différentes pathologies chroniques car ils peuvent être considérés par certains patients comme bénéfiques sur le plan psychologique. Toutefois, il est nécessaire de relativiser ces résultats : à l'exception de quelques études récentes, la puissance de ces essais est souvent limitée par la taille de l'échantillon, la durée de l'étude et la reconnaissance des effets du cannabis par les usagers récréatifs (simple aveugle de facto), d'autant que les résultats sont souvent **modestes, uniquement symptomatiques et comparables aux médicaments déjà disponibles**. C'est pourquoi ces traitements sont actuellement généralement préconisés en dernier recours, en association à d'autres thérapeutiques (226).

7.2 LES INDICATIONS PROBANTES DU CANNABIS ET DES CANNABINOÏDES

D'autres propriétés du cannabis sont suggérées par des études cliniques anciennes, comme la bronchodilatation (227–229) ou la réduction de la pression oculaire (230–232). Toutefois, celle-ci ne trouvent pas d'application pratique, que cela soit dans l'asthme, à cause de la combustion bronchotoxique (233) ou dans le **glaucome à angle ouvert**, à cause d'une durée d'action trop courte (3 à 4h), ainsi qu'en raison des effets psychotropes indésirables associées dans les 2 cas. En revanche, on observe une nette efficacité clinique du cannabis dans le syndrome **de Gilles de la Tourette**, déficience cognitive associée (231, 232), ce qui s'avère prometteur dans le cadre de cette pathologie orpheline.

Concernant les autres indications des cannabinoïdes décrites dans la littérature, il y a beaucoup moins d'études cliniques disponibles et celles-ci comportent les écueils énoncés précédemment. Parmi ces indications hypothétiques qui demanderaient à être tranchées par de vastes et robustes études cliniques, certaines semblent probantes comme les **maladies chroniques inflammatoires** (maladie inflammatoire chronique de l'intestin, polyarthrite rhumatoïde, fibromyalgie, dermatite) (75,236–240), les **troubles du sommeil** associée à la douleur chronique (résultats le plus souvent secondaire), (205,210,211,220,223,237) **les troubles anxio-dépressifs associés à une pathologie chronique** (225,241–243) (THC à dose modérée), **la schizophrénie** (124,244) (CBD uniquement et à haute dose), ou encore **l'état de stress post traumatique** (245).

7.3 LES INDICATIONS CONTROVERSEES DU CANNABIS ET DES CANNABINOÏDES

Dans d'autres indications, une poignée d'essais cliniques présente des **résultats beaucoup plus mitigés**, témoignant d'une efficacité limitée ou paradoxale, potentiellement en lien aux effets secondaires et au caractère antagoniste des PCB et du système cannabinoïde : c'est le cas par exemple pour la dépendance/sevrage (alcool, opiacés), l'anorexie mentale, le syndrome du côlon irritable, les troubles neurologiques (épilepsie, migraine, syndrome des jambes sans repos, dystonies) ou encore dans certaines maladies neurodégénératives (maladie de Parkinson, chorée de Huntington, Alzheimer).

Pour d'autres pathologies enfin, la recherche n'est actuellement qu'au stade préclinique, notamment dans les néoplasies (1 étude clinique), les troubles métaboliques (fibrose hépatique, pancréatite, syndrome métabolique/obésité, diabète), les troubles cardiovasculaires (athérosclérose, accident vasculaire cérébral, hypertension artérielle, ischémie), ou encore l'ostéoporose. En effet, les recherches sur les **propriétés anti-tumorales potentiellement curatives des PCB**, ou encore sur les agonistes sélectifs de CB2, comme le THCV, débutent seulement et pourrait peut-être à l'avenir soigner le cancer ou prévenir la fibrose hépatique ou l'athérosclérose vasculaire.

7.4 CONCLUSION SUR LES INDICATIONS DU CANNABIS

De manière générale, les découvertes scientifiques sur les propriétés des cannabinoïdes ne reflètent pas le potentiel thérapeutique global du cannabis pour une maladie donnée. Ce dernier montre en effet souvent de bons résultats dans le traitement des maladies chroniques poly-symptomatiques (inflammatoires, dégénératives, néoplasiques, auto-immunes) comportant une composante psychosociale, avec une amélioration objective et surtout subjective des symptômes et de la qualité de vie (212,245,246). Par exemple, dans la sclérose en plaques, le cannabis peut réduire la spasticité, la douleur, l'asthénie, les troubles vésico-sphinctériens, la dépression et stimuler l'appétit (247).

Fort de ces observations et bien que les données cliniques soit insuffisantes pour étendre l'Autorisation de Mise sur le Marché des cannabinoïdes pharmaceutiques mis sur le marché à d'autres indications présumées, le Règlement sur l'Accès à la Marijuana à des fins Médicales tolère l'usage des fleurs de chanvre séchées au Canada dans la plupart des pathologies explorées cliniquement évoquées ci-dessus, **à titre compassionnel**, si les patients n'ont pas trouvé de bénéfices avec les traitements conventionnels ou qu'ils ne peuvent en bénéficier (248).

Aux Pays-Bas, où l'on dispose de 2 filières distinctes (chanvre médical/chanvre récréatif) les indications médicales du cannabis reconnues officiellement (249) sont plus limitées et font essentiellement référence aux monographies des cannabinoïdes mis sur le marché (essais cliniques de phase 3 et 4), les autres indications hypothétiques pouvant de toute façon être prises en charge par le réseau de distribution du chanvre récréatif (coffee shop). Ces indications officielles aux Pays-Bas résument actuellement le consensus international établi sur les indications médicales du chanvre, à savoir :

- Crampes et spasmes musculaires provoqués par la sclérose en plaques ou des atteintes de la moelle épinière
- Nausées, perte d'appétit, perte de poids et faiblesse dues au cancer et au SIDA
- Nausées et vomissements provoqués par la médication, la chimiothérapie ou la radiothérapie en cas de cancer, hépatite C, VIH/SIDA
- Douleurs chroniques, particulièrement en rapport avec le système nerveux ou provoquées par une détérioration des nerfs
- Glaucome résistant à une thérapie
- Syndrome de Gilles de la Tourette.

8. TOLERANCE CLINIQUE DU CANNABIS

En 1999 l'Institut de Médecine des États-Unis s'accordait déjà sur les effets secondaires du produit (250) : « Le cannabis n'est pas une substance entièrement bénigne. C'est un médicament puissant qui offre un large spectre d'effets. Cependant, à l'exception des effets négatifs associés aux produits de combustion, les effets secondaires indésirables du cannabis restent comparables aux effets tolérés d'autres médicaments.»

Ces effets indésirables surviennent moins en cas d'augmentation progressive de la posologie (223) et s'estompent en général au fil du temps (205). De plus, si l'on se fie à la monographie du Sativex, leur fréquence de survenue semble bien moindre et les risques liés au surdosage moins graves que ceux de certains blockbusters (tramadol ou sulfate de morphine).

Les PCB ont un **profil de sécurité favorable** comme le rapporte le National Cancer Institute des États-Unis dans un communiqué du 17 mars 2011 : « Contrairement aux récepteurs opiacés, les récepteurs aux cannabinoïdes ne se situent pas dans la zone des terminaisons cervicales qui contrôlent la respiration. Ainsi, les overdoses mortelles par détresse respiratoire aiguë ne peuvent pas se produire.

Bien que les cannabinoïdes soient considérés par certains comme une drogue, son potentiel de dépendance est considérablement plus faible que celui d'autres produits prescrits ou d'autres substances dont l'abus est néfaste. Les récepteurs aux cannabinoïdes étant présents dans tous les tissus de l'organisme, et non pas seulement dans le système nerveux central, les effets secondaires qui peuvent être rencontrés sont essentiellement la tachycardie, l'hypotension artérielle, l'hyperémie conjonctivale, la bronchodilatation, le relâchement musculaire, et la baisse de la motilité gastro-intestinale.»

Concernant l'efficacité au long cours, on sait qu'un phénomène de tolérance pharmacodynamique se développe à certains effets du THC, mais pas à d'autres (156,251), en lien à une régulation à la baisse réversible et sélective régionalement des récepteurs cannabinoïdes CB1 du cerveau, mise en évidence au PET-scan chez les fumeurs quotidiens (252). Ce phénomène de tolérance semble être important sur les effets secondaires indésirables, sans toutefois être observé au niveau des effets thérapeutiques dans les indications reconnues (253), comme le confirme deux études de suivi de traitement au long cours par Sativex dans la sclérose en plaques (206,254).

9. LE CANNABIS SUR ORDONNANCE

9.1 MODE D'ADMINISTRATION

Les modes d'administration présentant la plus grande innocuité sont bien entendu privilégiés dans le cadre médical. Il en existe actuellement trois principaux: l'ingestion per os (gélule), la diffusion oro-muqueuse (spray) et l'inhalation pulmonaire (vaporisation), nouvelle technologie à la mode, retrouvée notamment dans les cigarettes électroniques. Ces deux dernières méthodes présentent l'avantage d'un effet rapide et se prêtent volontiers à l'auto dosage (147,202,238).

Aucun laboratoire n'a développé à ce jour de crèmes ou de lotion à visée médicale, même si le cataplasme est une voie d'abord séculaire efficace. Toutefois, certaines recherches ont été menées sur l'émission transdermique de cannabinoïdes synthétiques et naturels au moyen d'un timbre dermal permettant une libération lente et régulière pendant 48 heures (255). Les perméabilités du cannabidiol (CBD) et du cannabinoïde (CBN) s'étaient révélées être dix fois plus élevées que celles du Δ 8-THC (256).

L'administration des PCB par voie injectable, rectale ou en collyre oculaire n'est pas adaptée d'emblée pour diverses raisons (liposolubilité, irritation cornéenne) et nécessite une galénique spécifique.

9.2 PRODUITS DISPONIBLES : INDICATIONS ET POSOLOGIES

9.2.1 Les cannabinoïdes de synthèse

Des médicaments de synthèse, analogues du THC sous forme de gélule, existent depuis une vingtaine d'année mais ces derniers n'ont jamais été commercialisés en France. Leur indication se limite à l'anorexie (Marinol seulement) et aux vomissements rebelles induits par le cancer, le VIH ou leur traitement (chimiothérapie, radiothérapie). Il s'agit de :

- Marinol® (dronabinol) : 2,5mg à 40 mg/jour(257)
- Césamet® (nabilone) : 0,2 à 6 mg/jour(258)

Ces produits présentent de nombreux effets secondaires à haute dose nécessitant une augmentation progressive des posologies. Ils n'ont pas obtenu les parts de marché escomptés en Europe, d'autant que leur commercialisation n'a été autorisée que dans quelques pays. Le Marinol n'est d'ailleurs plus commercialisé (sortie des chaînes de fabrication).

9.2.2 Les phytocannabinoïdes

Depuis 2005, des préparations médicales mises au point à partir de produits naturels sont commercialisées : l'un par un laboratoire pharmaceutique du royaume uni (GW Pharmaceuticals) et l'autre par un laboratoire agronomique des pays bas (Bedrocan). L'intérêt des produits naturels est de contenir de nombreux principes actifs en plus du THC, (notamment du CBD qui limite les effets secondaires(119,125)) qu'il conviendrait certes d'étudier un à un, pour en déterminer les propriétés spécifiques.

- Sativex® = nabiximols : 1 à 16 vaporisation par jour (159)

C'est un spray buccal prêt à l'emploi, fabriqué au travers d'une série contrôlée de processus, aboutissant à un produit fini reproductible. Chaque vaporisation de 100 microlitres contient 2,7 mg de THC et 2,5 mg de CBD. La formulation contient également d'autres cannabinoïdes, terpénoïdes et flavonoïdes à des doses standardisées, qui contribuent à l'unicité du médicament. Le Sativex a obtenu récemment des A.M.M. en Europe et outre-Atlantique dans le traitement auxiliaire pour le soulagement symptomatique de la spasticité chez les adultes souffrant de sclérose en plaques qui n'ont pas suffisamment répondu à d'autres formes de traitement et chez qui l'on décèle une amélioration significative lors d'un essai initial du traitement(259). Il est également mis sur le marché comme traitement auxiliaire pour le soulagement symptomatique de la douleur neuropathique chez les adultes souffrant de sclérose en plaques et pour les patients adultes atteints d'un cancer avancé qui présentent une douleur modérée ou grave pendant un puissant traitement opioïde administré à la plus forte dose tolérée contre une douleur de fond persistante(259). Ce médicament est commercialisé au Canada et actuellement 17 pays d'Europe se sont engagés à le distribuer, dont la France à partir de 2015 (125 \$ le flacon).



Figure 8 : Sativex® commercialisé en France à partir de 2015

Bedrocan propose, quant à lui, 4 variétés de fleurs standardisées à conserver au réfrigérateur: 1 à 3 grammes/jour en moyenne selon le mode d'administration (260); La biodisponibilité moyenne est de l'ordre de 25 % sous forme inhalée (selon protocole standardisé) et de 10 % sous forme orale, avec un facteur de conversion de 2.5 entre la dose absorbée per os et par inhalation (261). Les valeurs suivantes sont données pour 1 gramme de fleurs inhalé ou 2.5 grammes de granule ingérés (dose à multiplier par 2.5 pour équivalence per os).

- Sativa Bedrocan® (fleurs) : 22% THC et <1% CBD soit environ 55 mg de THC et 2,5 mg de CBD
- Sativa Bedrobinol® (fleurs) : 13,5% THC et <1% CBD soit environ 33 mg de THC et 2.5mg de CBD
- Sativa Bédiol® (granules): 6,3% THC et 8% CBD soit environ 16 mg de THC et 2.5mg de CBD
- Indica Bedica® (granules) : 14% THC et <1% CBD soit environ 35 mg de THC 4mg de CBD

Ces variétés de chanvre présentant donc différents ratios THC/CBD qu'il convient soit d'ingérer sous forme de granules (fleurs broyées et compressées), soit de vaporiser pour une action plus rapide avec un appareil prévu à cet usage, utile également dans le cadre d'un usage récréatif sans nocivité (262).

Un seul appareil est homologué actuellement pour l'usage médical (216) : le Volcano de Storz and Bickel (500 €). Ainsi, le cannabis est délivré dans les pharmacies des Pays-Bas depuis 8 ans, à un prix moyen de 7.5 € par gramme, dans le cadre des différentes indications établies par le ministère de la santé néerlandais (citées à la partie 7.4 de ce chapitre). Récemment, l'Allemagne, l'Italie et la Finlande ont également autorisé l'import de Bedrocan® dans leur officine pour les ressortissants néerlandais expatriés uniquement, dans un premier temps.



Figure 9 : fleurs de cannabis distribuées en pharmacie dans certains pays

Le Cannador (263) et le Namisol (264) sont également à l'étude. Ce sont des médicaments sous forme de gélule liquide, également à base d'extraits de plante, avec un ratio THC/CBD = 2 pour le premier et du THC naturel pur pour le second.

9.3 PRISE EN CHARGE SOCIALE DE CES TRAITEMENTS

Aucun de ces produits n'est actuellement pris en charge par les collectivités (hors mutuelles privées dans certains pays) et ils restent encore inaccessibles pour la plupart des patients dans le besoin. Le coût très onéreux de ces nouveaux traitements incite certainement les patients les plus précaires à cultiver le chanvre eux-mêmes, afin de récolter les phytocannabinoïdes qui les soignent, tout en limitant le risque de saisie de leur médicament. C'est une des raisons pour laquelle il s'est développé, parallèlement au circuit de distribution classique des produits pharmaceutiques, un réseau de distribution parallèle d'origine citoyenne, parfois homologué dans certains états (Canada par exemple).

Face à l'évolution lente des représentations et des politiques sur le cannabis, ces patients se sont regroupés en associations dans de nombreux pays afin de se munir des produits dérivés du chanvre (fleur, résine, huile) à moindre frais. Nous pouvons citer par exemple les clubs compassion au Canada, les dispensaires aux Etats-Unis (Buyers Club), l'association « Patienzi Impatienzi » en Italie ou « Principes Actifs » en France. Ces associations ont également pour but de développer des recherches sur les phytocannabinoïdes, d'un point de vue plus botanique que pharmaceutique, afin de créer par hybridation (voire par génie génétique) des variétés de chanvre adaptées aux besoins des patients. Ces organisations contribuent à dynamiser cette recherche souvent supposée peu rentable par l'industrie pharmaceutique.

10.LE CANNABIS EN AUTOMEDICATION

10.1 DES DONNEES EMPIRIQUES

La plupart des études sur les PCB ont été suggérées par les expériences positives de patients. Le plus souvent le chanvre est inhalé (fumé ou vaporisé), parfois il est ingéré par les malades. Selon le club compassion de Montréal, « les variétés *Indica* ou *afghani ca* (riches en THC et en CBD) agissent sur le plan physique (anxiolyse, sédation et analgésie) et sont plutôt recommandées en fin de journée, alors que les variétés *Sativa* (riches en THC et pauvre en CBD) ont tendance à agir sur le plan cognitif (orexigène, psychotonique, hypersensorialité) et sont déconseillées aux personnes qui souffrent de

troubles dissociatifs ou de l'humeur». Toutefois, il n'existe pas suffisamment de preuves scientifiques et cliniques à l'heure actuelle pour corroborer l'affirmation anecdotique selon laquelle une souche donnée du cannabis pourrait avoir plus de bienfaits qu'une autre en fonction d'un état pathologique particulier (260). En effet, l'essentiel des informations disponibles relatives aux effets du cannabis fumé ou vaporisé proviennent des études cliniques menées auprès de ceux qui le consomment à des fins récréatives, et beaucoup moins d'informations sont disponibles sur des études cliniques menées auprès des patients qui consomment le cannabis à des fins médicales : il existe seulement une poignée d'essais publiés, tous limités par une très courte durée et des cohortes faibles (80).

10.2 DES FORMES HAUTEMENT CONCENTREES EN PRINCIPES ACTIFS

Par ailleurs, les doses thérapeutiques des différents principes actifs sont souvent insuffisantes dans la plante brute et de nombreux procédés permettant de les concentrer ont été mis au point. L'utilisation de diverses variétés de fleurs de chanvre pour réaliser ces extractions permet de multiplier les principes actifs et aboutit à différents produits énumérés selon un niveau de concentration croissant : skuff, pollen, haschich et huile (solide ou liquide). Cette dernière forme, hautement dosée, qui avait presque disparue du marché récréatif revient récemment en force dans le marché de l'automédication, notamment outre-Atlantique, à travers 2 produits phares, en guise de Dawanesk : le B.H.O. (Butane Honey Oil) et le R.S.O. (Rick Simpson Oil). Ces produits sont associés à des cas de guérisons miraculeuses (265) qui nourrissent l'imaginaire et suscitent leur engouement, comme avec les jus de cannabis frais évoqués au chapitre 3 (ingestion de grandes quantités de PCB acides non psychotropes). Autant de nouveaux produits dont les bénéfices médicaux mériteraient d'être étudiés plus solidement, ne serait-ce que parce que certaines personnes l'utilisent pour se soigner.

10.3 DES TAUX DE PRINCIPES ACTIFS MODULABLES

Les ratios de principes actifs varient selon la variété de chanvre: il existe originellement 4 phénotypes distincts de chanvre, tous originaires d'Asie, mais seulement 2 chémotypes différents ont été identifiés (88,266). D'un côté, on retrouve un chémotype commun pour cannabis Indica (indien) ou Afghanica (afghan), plantes originaires des montagnes d'Asie centrale, riche en PCB issus des 2 lignées de biosynthèse (CBG/ THC/CBD mais aussi CBGV/ THCV/CBDV). De l'autre, on retrouve un chémotype commun pour cannabis Sativa et Ruderalis, plantes originaires respectivement des plaines d'Asie méridionale (climat tropical) et septentrionale (climat continental), dont les PCB sont issus presque exclusivement de la seule lignée du cannabigérol (CBG). Ces 4 cultivars produisent tous des cannabinoïdes et seul le cannabis Ruderalis n'est pas psychoactif (naturellement pauvre en THC et riche en CBD), ce qui résulte probablement d'une acclimatation à la photopériode quotidienne et au climat des régions septentrionales, ainsi que d'une sélection ancestrale pour ces fibres ou ces graines (266). Ces éléments peuvent expliquer de façon similaire la variation du THC observée pour cannabis Sativa, en fonction de la latitude géographique et de l'objectif principal de sa culture (médical/mystique en Afrique et en Asie ou textile/alimentaire en Europe et en Amérique).

Par hybridation dirigée, on peut en effet isoler des espèces produisant en plus grande quantité l'un ou l'autre de ces cannabinoïdes. C'est précisément ce qu'a fait l'Institut National de Recherche Agronomique par exemple dans les années 1970 pour réintroduire le cannabis Sativa en France, en garantissant un taux de THC très bas (<0.2%). Depuis 22 cultivars légaux ont été créés : tous observent un ratio THC/CBD constant et toujours inférieur à 0.15 (267). Ceci dénote au passage que notre chanvre industriel, principalement destiné à la confection de litière pour les écuries, est riche en CBD et possède donc une valeur thérapeutique ajoutée. Les fleurs séchées de cannabis Ruderalis ou de chanvre industriel (riches en CBD et pauvres en THC) ne peuvent cependant pas être utilisés directement à des fins médicales, les taux de CBD restant insuffisants mais il est possible de concentrer les PCB, sous forme d'huile, commercialisée légalement au Luxembourg depuis quelques années.

11.PERSPECTIVES DE RECHERCHES SUR LES CANNABINOIDES

Le nombre de publications sur les cannabinoïdes a plus que doublé depuis le début du siècle et on peut compter plus de 17000 références sur Pub Med au 1^{er} janvier 2014, dont plus de 700 essais cliniques (390 études randomisées contrôlées, dont 90 études multicentriques). Voici les principales idées qui guident actuellement les recherches sur le système cannabinoïdes :

- Poursuivre la voie, déjà empruntée avec succès, concernant l'utilisation des cannabinoïdes naturels ou synthétiques, en vue de l'activation des récepteurs CB1 et CB2. À ce sujet, les recherches se tournent maintenant vers la question de savoir comment améliorer la tolérance (association THC/CBD, développement d'agonistes sélectifs de CB2 ou de cannabinoïdes synthétiques ne traversant pas la barrière hématoencéphalique).
- Augmenter la concentration des endocannabinoïdes de l'organisme par des substances agissant soit au niveau de leur dégradation biochimique, soit au niveau de leur transfert cellulaire. Le principal avantage de tels procédés, comparés à ceux d'un apport exogène de cannabinoïdes, pourrait être d'obtenir des effets thérapeutiques plus ciblés dans une partie du corps où la production d'endocannabinoïdes est déjà fortement stimulée.
- Développer des cannabimimétiques naturels et synthétiques agissant essentiellement par les autres mécanismes d'action que les récepteurs CB. Certains cannabinoïdes synthétiques, offrent des propriétés pharmacologiques, sans modifier l'état de conscience comme l'acide ajulémiq (anti-inflammatoire et antalgique) (268).
- Envisager une utilisation thérapeutique des antagonistes des récepteurs cannabinoïdes, notamment de CB1 afin de développer des effets contraires à ceux du THC. Par exemple, le rimonabant (Accomplia), fut disponible dans certains pays européens pour le traitement de l'obésité, mais fut retiré du marché à cause de ses effets secondaires psychologiques potentiellement graves (269,270) (principalement anxiété et idées suicidaires, confortant un rôle de CB1 dans la régulation de l'humeur).

Bien que les PCB, de production facile, intéressent certains laboratoires, la majeure partie des recherches porte sur les cannabinoïdes de synthèse de façon plus habituelle. De nombreux analogues des cannabinoïdes ont ainsi été synthétisés en laboratoire depuis une décennie et les frontières entre la recherche pharmaceutique et celle menée par les barons de la drogue est parfois étroite. Pour illustrer ces propos, il suffit de constater que les cannabinoïdes synthétiques sont la classe la plus importante des nouveaux produits de synthèse à usage récréatif: sur les 73 nouvelles substances de synthèses reportées par l'European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction en 2012, 30 étaient des cannabinoïdes de synthèse (271). De 2008 à mai 2013, 84 cannabinoïdes de synthèse ont été reportés par le système d'alerte européen. C'est ainsi le cas avec des sachets de «spice» vendus largement sur internet (216) et dont l'usage connaît un essor inquiétant auprès des jeunes (273). En effet, nous avons peu de recul sur l'usage de ces mélanges d'herbes aromatiques pulvérisées d'agonistes synthétiques des récepteurs CB (études précliniques seulement) et ceux-ci s'avèreraient plus toxiques que le cannabis naturel (274). Ces produits fabriqués majoritairement en Chine circulent librement et légalement sur internet, tout au moins le temps de légiférer pour interdire ces nouveaux produits de synthèse (271). Ces éléments témoignent de l'intrication du domaine pharmaceutique dans la problématique des drogues et dénoncent les intérêts mercantiles des laboratoires qui ont l'opportunité de rentabiliser officieusement leurs recherches sur le marché récréatif par le jeu des brevets, voire de la sous-traitance.

DEUXIEME PARTIE :

ENQUÊTE

SUR LES REPRESENTATIONS DU CANNABIS

CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES

1. OBJECTIFS

Le travail présenté est une **étude prospective quantitative**, à travers un questionnaire anonyme ouvert à l'ensemble des médecins généralistes libéraux de Lorraine.

1.1 OBJECTIF PRINCIPAL

Evaluer les **représentations des médecins généralistes libéraux Lorrains** sur le cannabis comparativement à celles de l'alcool et du tabac, que cela soit en termes de:

- Dommages individuels et sociétaux
- Bénéfices individuels et sociétaux
- Statut légal et politique de santé publique

1.2 OBJECTIFS SECONDAIRES

- Comparer les données concernant les représentations des dommages et des bénéfices de la population étudiée aux données de référence.
- Mettre en évidence les facteurs permettant de rapprocher ces représentations de celles des experts (données de référence) : l'âge, le genre, le niveau de proximité avec le produit, le niveau de tolérance à une légalisation et la formation en addictologie.
- Tenter de comprendre le lien entre les perceptions du chanvre et de son statut légal.

2. HYPOTHESES TESTEES

2.1 HYPOTHESE PRINCIPALE

Chez les médecins généralistes lorrains, les représentations liées au cannabis ou à son statut légal sont différentes et plus hétérogènes que celles liées à l'alcool ou au tabac.

2.2 HYPOTHESES SECONDAIRES

1. Par rapport aux données de référence (9), les représentations des dommages et des bénéfices liés au cannabis chez les médecins généralistes lorrains sont plus hétérogènes et les perceptions moyennes sont significativement différentes.
2. Certains facteurs d'études permettent de rapprocher les représentations des dommages de certaines sous-populations à celle des experts (9), notamment :
 - l'âge du répondant,
 - le niveau de proximité
 - le niveau de tolérance au produit
 - le niveau de formation en addictologie
 - le genre.
3. La perception du statut légal des produits ne repose pas uniquement sur l'évaluation de la balance bénéfices-dommages

3. MATERIEL ET METHODE

Une étude pilote a été réalisée préalablement à l'enquête dans le département de la Meuse durant l'été 2011, afin de dépister d'éventuelles anomalies méthodologiques et de pouvoir s'assurer d'emblée de la pertinence des axes d'analyse choisis. La mise en place de cette étude pilote a été facilitée par le soutien du C.D.O.M. 55. La taille du panel pilote était limitée par la démographie médicale très faible du département de la Meuse, comparativement aux autres départements de Lorraine.

3.1 POPULATION INCLUSE DANS L'ETUDE

3.1.1 Critères d'inclusion

La population retenue pour l'étude est l'ensemble des médecins généralistes Lorrains exerçant en secteur libéral et inscrits à l'un des conseils départementaux de l'ordre des médecins de Lorraine au 15 octobre 2011 (15 juin 2011 pour le département pilote de la Meuse).

Les médecins généralistes installés salariés d'une maison médicale ou d'un régime particulier (mines) sont assimilés, de facto, à des médecins exerçant une activité libérale.

Les remplaçants inscrits en Lorraine et les étudiants en D.E.S. de médecine générale titulaires d'une licence de remplacement délivrée par le C.D.O.M. 54 sont également inclus.

3.1.2 Critères d'exclusion

Sont exclus de l'étude les médecins qui, au 15 octobre 2011 (15 juin pour le département pilote) :

- Ne sont pas inscrits à l'un des 4 conseils de l'ordre départemental de Lorraine
- Sont spécialistes
- Sont retraités, non exerçants ou ont une activité très faible (- de 30 jours par an)
- Sont internes en DES de médecine générale sans licence de remplacement
- Pratiquent de manière exclusive, une médecine à exercice particulier (M.E.P.)
- Sont salariés d'une ou plusieurs structures hiérarchisées et n'exercent aucune activité de médecine générale en secteur libéral par ailleurs (ou une activité très faible).

3.1.3 Périodes d'inclusion

- Département pilote (Meuse) : médecins répondants entre le 24 juin et le 24 août 2011 inclus et du 15 au 22 décembre 2011 inclus.
- Etude Lorraine : médecins répondants entre le 22 octobre et le 22 décembre 2011 inclus.

3.1.4 Liste des structures hiérarchisées ayant amené l'exclusion (non exhaustif)

Les structures de soins (hôpital, clinique, établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, maison de retraite, maison de convalescence, hospitalisation à domicile, S.O.S. médecins, S.D.I.S., centre thermal...)

- les structures de prévention (médecine préventive, santé universitaire, planning familial, services de protection maternelle infantile et de protection de l'enfance, médecine scolaire...)
- les structures administratives (Caisse Primaire d'Assurance Maladie, Caisse Régionale d'Assurance Malade, Agence de Agence Régionale de Santé, inspection académique, médecine du travail...)
- les structures privées (mutuelles, grandes entreprises...)

3.2 BASE DE DONNEES DE LA POPULATION:

3.2.1 Déclaration à la commission nationale informatique et libertés

Avant d'entreprendre la collecte des informations nécessaires à la constitution de mon échantillon, nous avons déclaré à la C.N.I.L. la constitution d'une base de données contenant les coordonnées postales et mails des médecins généralistes Lorrains; nous avons reçu le récépissé de déclaration normale le 21 juin 2011 (voir annexe 4).

3.2.2 Sources de données utilisées

Afin d'élaborer une base des coordonnées des médecins à inclure dans l'étude, nous avons utilisé 2 sources de données fiables et indépendantes nous permettant de la constituer plus de 95 % de la base: les conseils départementaux de l'ordre de médecins et les pages jaunes. Nous avons utilisé ultérieurement les données d'Alorempla (syndicat de remplaçants en médecine générale) et de la cellule d'appel pour inclure les derniers participants potentiels.

Dans un premier temps, nous avons demandé à chacun des Conseils Départementaux de l'Ordre des Médecins lorrains s'ils pouvaient nous envoyer par mail un document avec les coordonnées postales des médecins généralistes inscrits dans leur département.

3.2.2.1 *La Meuse*

Rapidement, nous avons reçu une réponse du Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins de Meuse avec le document demandé en pièce-jointe ; ce dernier contenait une liste actualisée au 15 juin 2011 de **166** médecins généralistes (dont 6 remplaçants) inscrits exerçant en libéral. Il contenait pour chaque médecin, le nom, prénom, sexe, âge, année d'obtention de la thèse, université de formation, spécialité d'exercice éventuelle et coordonnées postales. Par ailleurs, la secrétaire, après aval du président du Conseil de l'ordre, s'est proposé d'envoyer pour nous le courriel de présentation de l'étude. Considérant que le CDOM 55 disposait des E-mails de plus de 80% des médecins, l'enquête pilote pouvait débuter dès la mi-juin 2011.

3.2.2.2 *La Moselle*

Le C.D.O.M. 57 a mis à notre disposition un document qui répertoriait 3427 médecins inscrits au 25 janvier 2011 avec leurs coordonnées postales, leur spécialité et leur université de formation ; les médecins spécialistes, les médecins généralistes retraités et non exerçant ont été exclus d'emblée ramenant le nombre de médecins généralistes mosellans en exercice à **1440**, dont 67 remplaçants; 403 médecins ayant une adresse dans une structure hiérarchisée ont été retirés ramenant le nombre de médecins à **1037**.

3.2.2.3 *Les Vosges*

Le C.D.O.M. 88 a mis à notre disposition un document qui répertoriait **368** médecins généralistes libéraux inscrits au 1^{er} juillet 2011, dont 24 remplaçants, avec la spécialité éventuelle et l'année d'obtention de thèse. 8 médecins ayant une adresse dans une structure hiérarchisée ont été retirés ramenant le nombre de médecins à **360** (tri préalable du C.D.O.M. 88)

3.2.2.4 *La Meurthe et Moselle*

N'ayant pas obtenu l'accord du C.D.O.M., nous avons utilisé le site du conseil national de l'ordre des médecins qui recense les coordonnées postales et les spécialités de tous les médecins de France afin d'extraire une base de données pour la Meurthe et Moselle. Cette dernière contenait les coordonnées postales de **1272** médecins généralistes en activité dont 106 remplaçants. La date d'actualisation des données n'est pas connue mais une mise à jour est effectuée mensuellement. 432 médecins ayant une adresse dans une structure hiérarchisée ont été retirés ramenant le nombre de médecins à **840**.

3.2.3 Constitution de la base régionale

3.2.3.1 Fusion des bases départementales

Les 4 bases issues des conseils de l'ordre des médecins départementaux (55/57/88) et nationaux (54) ont été fusionnées puis harmonisées constituant une base initiale de **2403 médecins**. Les homonymies ont été repérées et une recherche de doublons s'est avérée infructueuse.

3.2.3.2 Recueil des coordonnées téléphoniques et croisement des données

La recherche sur les pages jaunes concernait les médecins généralistes mais aussi les médecins généralistes à orientation acupuncture, homéopathie et mésothérapie, et ce pour chacun des 4 départements successivement. Les numéros de téléphone ont été consignés un par un. Pour les médecins remplaçants, la recherche des numéros s'est faite dans les pages blanches (recherche par nom et par adresse).

Au passage, la base issue de l'ordre a été croisée, après avoir été triée par ordre alphabétique, avec la base des pages jaunes, médecin par médecin, département par département, afin de vérifier leur concordance. Ceci a permis d'introduire 40 médecins supplémentaires provenant des pages jaunes, portant leur nombre à **2443**. A l'inverse, 48 médecins n'étaient pas inscrits dans les pages jaunes.

3.2.3.3 Médecins inclus en sus

197 médecins supplémentaires ont été ajoutés à la base précédente : il s'agit exclusivement de médecins remplaçants non thésés ou de médecins récemment thésés (remplaçant, collaborateur ou installation récente).

- 125 médecins émanant du C.D.O.M. 54 (106 étudiants et 19 remplaçants dont 1 vosgien),
- 56 médecins venant du Syndicat Réagir (Alorempla)
- 16 médecins provenant de la cellule d'appel

Tous les médecins thésés émanant de sources extérieures à la base initiale ont été vérifiés auprès du site du C.N.O.M ou du site des thèses (PETALE) ; A noter que 3 médecins ont déménagés du 57 au 54 entre le 15 juin et le 15 octobre 2011. Au total, **2640** médecins généralistes libéraux étaient recensés au 15 octobre 2011.

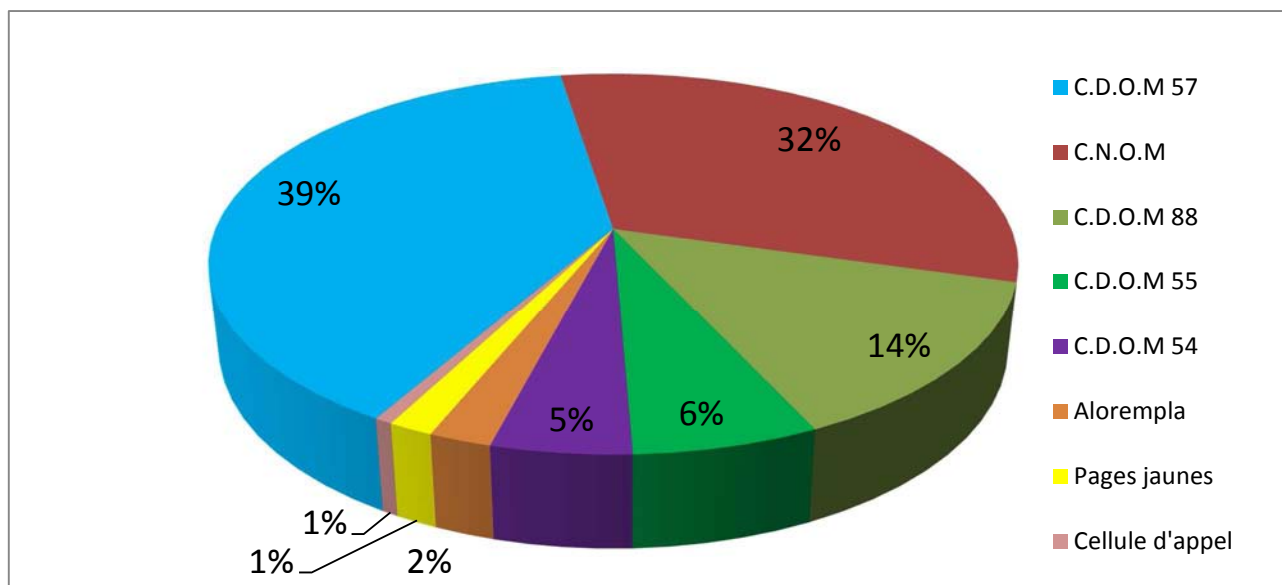


Figure 10 : répartition des médecins recensés selon la source (n=2640)

3.2.3.4 Médecins exclus

Parmi les 2640 médecins recensés, **216** ont été exclus dont 113 médecins à exercice particulier (M.E.P.), 67 médecins inactifs (retraités ou non exerçants) et 36 médecins exclus pour causes diverses (déménagement hors Lorraine, salarié, spécialisation, décès...).

Parmi les 113 Médecins à Exercice Particulier, 86 médecins inscrits comme tels dans les pages jaunes, et non comme médecin généraliste, (angiologues très majoritairement) ont été exclus directement et 27 après contact téléphonique.

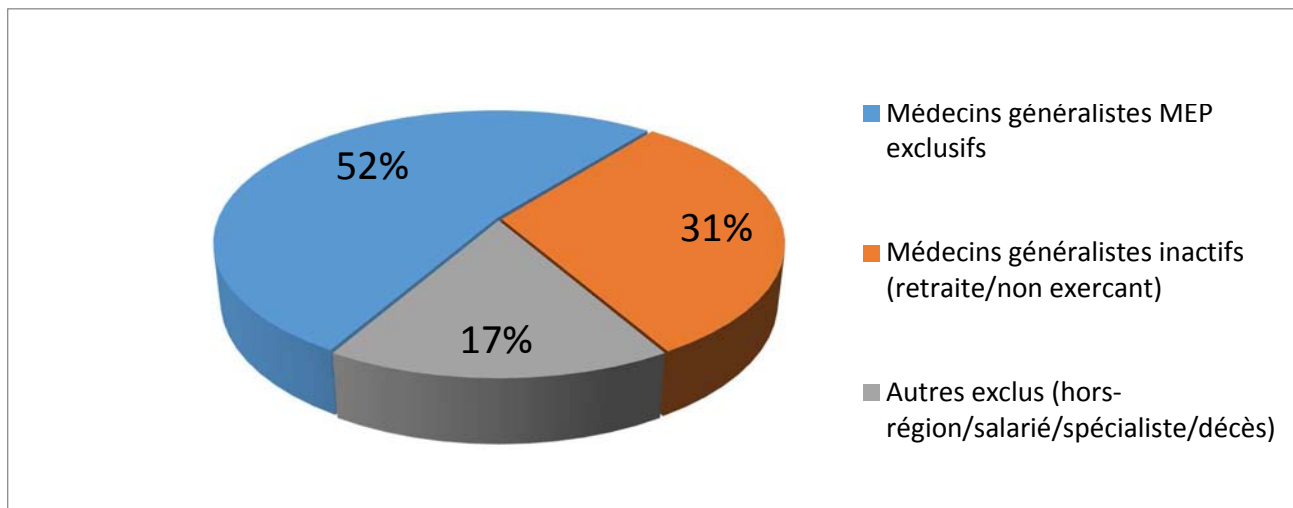


Figure 11 : répartition des médecins exclus selon le motif d'exclusion (n=216)

Parmi les 40 médecins introduits par les pages jaunes, 36 médecins ont été exclus après contact téléphonique (médecins inactifs majoritairement).

Parmi les 48 médecins qui n'avaient pas été trouvés dans les pages jaunes (médecins collaborateurs, nouvellement installés ou sur liste rouge), 6 médecins ont été exclus après contact téléphonique.

Au total, **la population finale incluse dans notre étude compte 2424 médecins libéraux actifs**, dont 148 médecins remplaçants non thésés, ce qui représente une base exhaustive de la population étudiée au 15 octobre 2011.

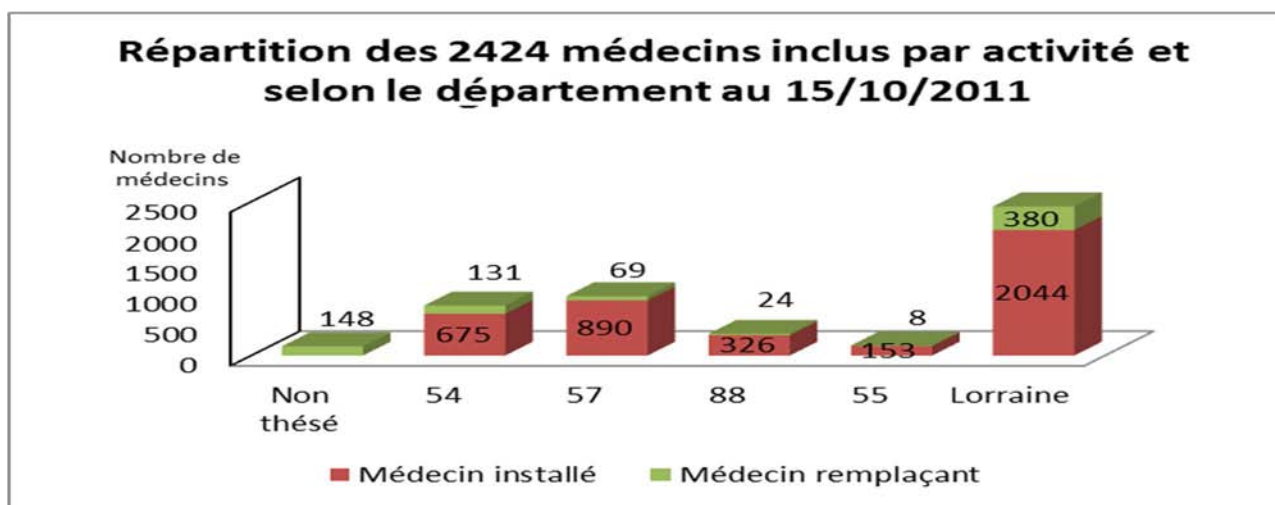


Figure 12 : répartition des médecins inclus par département selon l'activité au 15 octobre 2011 (n=2424)

3.3 COLLECTE DES E-MAILS (54/57/88)

3.3.1 Méthode choisie:

Après avoir recherché en vain un organisme susceptible de nous délivrer les coordonnées mail des médecins inclus (données protégées par la C.N.I.L), nous avons choisi de joindre l'ensemble des médecins inclus par téléphone afin de constituer la base d'Emailing. A noter que l'Union Régional des Professions de Santé aurait été en mesure de contacter par mails près de 1200 médecins pour nous mais cette nouvelle est arrivée tardivement dans le cours des travaux et n'a donc pas été retenue. La méthode choisie présente 2 avantages : la maîtrise de l'envoi des courriels et l'augmentation du taux de participation grâce à un contact personnalisé. Elle présente également un inconvénient majeur : le temps nécessaire pour contacter près de 2500 médecins. (250 heures au minimum)

3.3.2 Description de la méthode

Afin de pallier ce problème de temps, une cellule d'appel a été constituée. Elle était composée, de quatre personnes proches qui connaissaient le travail de prospection (famille et amis) et de moi-même. Afin d'uniformiser le message à communiquer et celui à consigner, nous avons créé un script d'appel avec un protocole d'appel très précis qui prévoyait la majorité des cas pouvant se présenter à la cellule d'appel et qui introduisait un codage différent en fonction de chaque cas rencontré (annexe 6).

3.3.3 Déroulement de l'opération

La prospection téléphonique a duré 3 mois et s'est déroulée de mi-août à mi-novembre 2011. 10 % des appels restaient encore à réaliser le 22 octobre 2011, jour de lancement de l'enquête. Cette prospection nous a permis de réduire la liste de diffusion de l'enquête car certains médecins n'étaient pas joignables ou ne souhaitaient pas participer. **Le nombre de participants inclus est finalement de 2186 médecins, soit 90.2% de la population incluse.**

3.4 LE QUESTIONNAIRE E.R.O.C. (ANNEXE 2)

3.4.1 Bases utilisées:

Pour créer notre questionnaire, nous nous sommes basés sur des questionnaires validés dans des études antérieures dont :

- « Evaluation de la dangerosité associés à la consommation de produits addictifs » par les experts de la F.F.A (9)
- « Dix ans d'évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues » par l'O.F.D.T. (275)
- « Représentations des produits psychotropes chez les acteurs de prévention » (3).

3.4.2 Description analytique

Le questionnaire E.R.O.C. est scindé schématiquement en 4 parties distinctes:

- La première partie établit le profil du médecin interrogé, à savoir : le genre, le département d'inscription à l'ordre des médecins, le mode d'exercice et d'installation ainsi que le niveau de formation en addictologie.
- La deuxième partie (items 1 à 12) évalue les représentations des bénéfices (3 items) et des risques (3 items) liés à la consommation de cannabis sur un plan individuel puis sur un plan sociétal (6 items). Ces représentations sont mesurées à l'aide d'échelle numérique (cases à cocher) déterminant des scores de 0 à 10. Les énoncés et l'échelle utilisée ont été repris intégralement de l'étude de Bourgain citée ci-dessus; quelques modifications ou ajouts mineurs ont été fait dans le but de résumer les énoncés. Deux produits addictifs ont été retenus en plus du chanvre à titre comparatif : l'alcool et le tabac.

- La troisième partie (items 13 à 21) mesure la perception des politiques publiques relatives au cannabis et du statut légal des 3 produits. Les items sont inspirés pour la plupart de l'étude E.R.O.P.P., enquête réalisée en population générale. Dans cette partie, un score allant de -5 à +5 a été utilisé pour les items 13 - 14 et une échelle de Likert à choix forcé pour les items 15 à 19. Les items 20 et 21 explorent des variables qualitatives.
- La dernière partie (items 22 à 26) établit, aussi précisément que possible, la proximité qu'a le médecin avec le cannabis et s'inspire de l'étude des représentations des produits psychotropes chez les acteurs de prévention.
- Remerciements et commentaire libre en fin de questionnaire.

3.4.3 Support utilisé:

3.4.3.1 Questionnaire en ligne

Le site internet choisi est questenligne.com. La page internet créée n'est référencée par aucun moteur de recherche. La mise en place d'un mot de passe n'a pas été jugé nécessaire car ce site est sécurisé contre les spams. D'autre part, le verrouillage de l'adresse Internet Protocol après validation du questionnaire n'a pas été retenu car cela aurait empêché certains médecins qui travaillent sur le même poste de travail de répondre. L'éventualité d'un répondant doublon semble de toute façon peu vraisemblable, au vu de la longueur du questionnaire.

Une version bêta du questionnaire de l'étude pilote a été mise en ligne début juin pour réaliser des pré-tests auprès de médecins exclus de la population étudiée et de personnes de mon entourage. Ceux-ci ont amené quelques mises au point sur les questions du profil, l'introduction et la conclusion. Aucun problème en rapport à l'interface internet n'a été rencontré.

Le logo de la faculté et celui de l'université ont été ajoutés le 10 juillet, après accord du doyen de la faculté de médecine (annexe 3)

3.4.3.2 Questionnaire papier

Afin de ne pas exclure les médecins non informatisés ou réticents à utiliser internet, ou bien encore ceux qui ne souhaiteraient pas divulguer leur E-mail, nous avons décidé d'éditer une version papier du questionnaire.

3.4.4 Mise au point du questionnaire final

L'étude pilote a permis d'ajuster légèrement notre questionnaire avant sa diffusion à grande échelle. Des modifications peu substantielles et quelques ajouts ont été apportés par rapport au questionnaire initial de l'étude pilote. La partie sur l'évaluation des dommages et des bénéfices ainsi que les items cotés par échelle de Likert n'ont pas été modifiés.

- Dans le profil, « l'année d'installation et la spécialisation éventuelle » ont été supprimées au profit de la formation en addictologie.
- Dans la partie « politiques publiques », la question de l'impact global de la prohibition actuelle du cannabis a été remplacée par l'impact global à terme d'une prohibition de l'alcool et du tabac. L'item qualitatif (motif de la prohibition du cannabis) ne compare plus le statut légal du cannabis à celui de l'alcool ou du tabac; un item qualitatif a été ajouté (motif principal d'une légalisation du cannabis).
- Enfin dans la partie « proximité avec le produit », les 2 premières questions ont été fusionnées en une seule et 2 items ont été ajoutés (Fréquence de rencontre des usagers de cannabis et consommation actuelle de cannabis)

3.5 DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES

3.5.1. Préparation de l'envoi

3.5.1.1 Création d'une adresse mail

Une boîte mail spécifiquement dédiée au projet de recherche semblait indispensable pour officialiser l'étude, évitant au passage tout parasitage. Nous avons choisis Gmail car cette boîte est particulièrement fonctionnelle pour gérer un carnet d'adresses et réaliser du publipostage électronique. L'adresse créée est la suivante : these.eroe@gmail.com.

3.5.1.2 Mise au point d'un programme d'envoi en masse

Nous avons utilisé un programme conçu pour l'occasion pour faciliter l'envoi en masse (macro Excel gérant Outlook connecté à Gmail). La boîte Gmail nous limitant cependant à mille envois par jour, nous avons donc dû étaler chaque envoi en masse sur 48 heures.

3.5.1.3 Elaboration d'un courrier de présentation

Ce courrier, validé par mes maîtres avant son envoi, présentait brièvement l'étude au verso et les informations pratiques au recto (annexe 5). Les courriers de relances reprenaient globalement le même contenu en remerciant et en écartant les médecins qui avaient déjà répondu, ainsi qu'en précisant le délai qu'il restait pour répondre à l'enquête. Il leur était également proposé d'envoyer un mail à l'adresse indiquée ci-dessus afin de ne plus figurer sur la liste de diffusion, conformément aux recommandations de la C.N.I.L. Enfin une motion spécialement dédiée aux médecins qui se sentaient peu concernés avait été ajoutée.

3.5.2 Envoi des questionnaires

3.5.2.1 Cas du département pilote

L'envoi en Meuse, via le Conseil départemental de l'ordre, a eu lieu le 24 juin 2011 sans problèmes particuliers. Les autres courriels (mails récupérés par la cellule d'appel) et les questionnaires papiers ont été envoyés de manière différée courant juillet, le temps de collecter les données

Quatre relances mails devaient être réalisées mais seules trois furent effectives : le 4 juillet, le 1^{er} août et le 15 août 2011. A noter que la première relance n'était pas conforme et que la dernière relance n'a comptabilisé qu'un répondant supplémentaire, ce qui traduisait un certain épuisement, en tenant compte toutefois de la période peu propice aux réponses (vacances d'été). Il n'y a pas eu de relance pour les 12 médecins ayant choisi la version papier.

La participation en Meuse étant bien moindre que celles des autres départements, le sondage a été réouvert du 15 au 22 décembre suite à une relance ultime.

3.5.2.2 Envoi dans les autres départements

3.5.2.2.1 Envoi électronique

Le premier envoi a été réalisé le 22 octobre 2011 et il a été suivi de 5 relances adaptées tous les 10 jours du 4 novembre au 14 décembre.

Nous avons eu un retour de mail non négligeable puisqu'il avoisinait les 13 % (soit 195 adresses). Après correction éventuelle des erreurs de frappe évidentes (environ 20 % des retours), tous les médecins pour qui nous avons une adresse mail non passante ont été recontactés par téléphone afin de corriger les coordonnées. En cas de persistance du problème, une autre adresse nous était donnée ou il était décidé d'envoyer finalement une version papier du questionnaire. Au final, tous les médecins ont pu être joints d'une manière ou d'une autre.

3.5.2.2 Envoi postal

Un premier envoi a été réalisé le 27 octobre 2011 par Destineo (envoi postal professionnel) à 261 médecins. Une relance a été envoyée à l'ensemble de ces médecins le 24 novembre 2011. Un deuxième envoi a été réalisé par Destineo le même jour à 100 autres médecins. Ceux-ci n'ont pas reçus de relance. Un dernier envoi a été réalisé par la suite à 4 autres médecins sans relance là encore. Au total 365 questionnaires ont été envoyés dont un est écarté d'emblée, le médecin étant décédé récemment. Aucun retour de courrier à l'expéditeur n'a été enregistré.

3.5.3 Synthèse des envois par département

Le questionnaire a été diffusé finalement à **2186 médecins** dont 83% par publipostage électronique (1809 courriels) et 17% par publipostage postal (377 courriers). Ce fort taux d'envoi par E-mail traduit l'informatisation croissante des cabinets médicaux Lorrains variant de 77% en Moselle à 92% pour la Meuse (gradient inverse au taux d'urbanisation).

A noter également que les médecins remplaçants sont ceux qui ont le plus privilégié le support internet, notamment les médecins non thésés qui ont utilisé exclusivement le support internet.

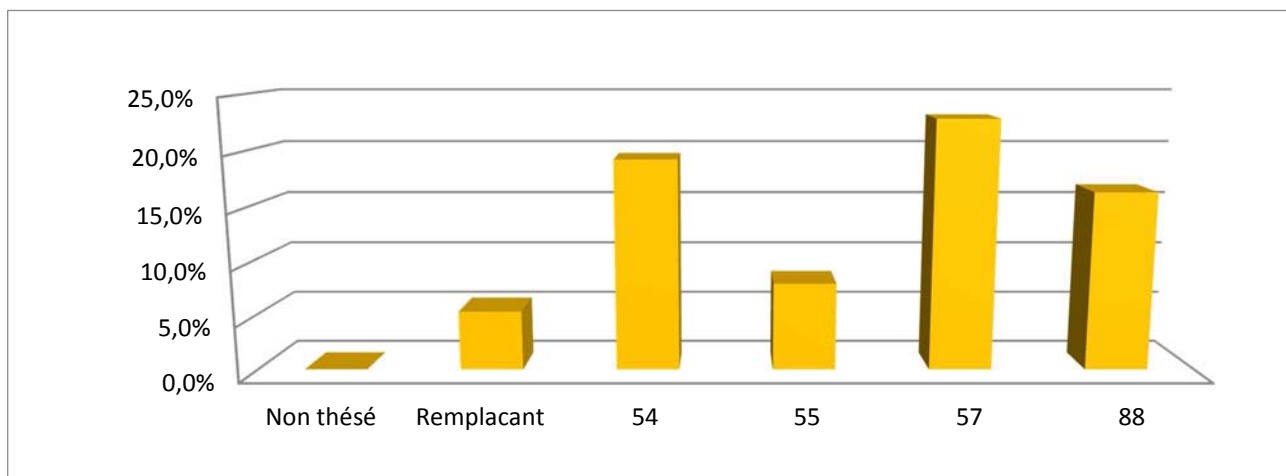


Figure 13 : proportion de questionnaire papier selon les départements (et l'obtention de la thèse pour les remplaçants)

Les femmes sont en proportion légèrement plus nombreuses à utiliser le support internet que les hommes (85,4% vs 81,7 %) parmi les médecins participants. Cette différence n'est pas retrouvée en Moselle ni chez les médecins remplaçants non thésés.

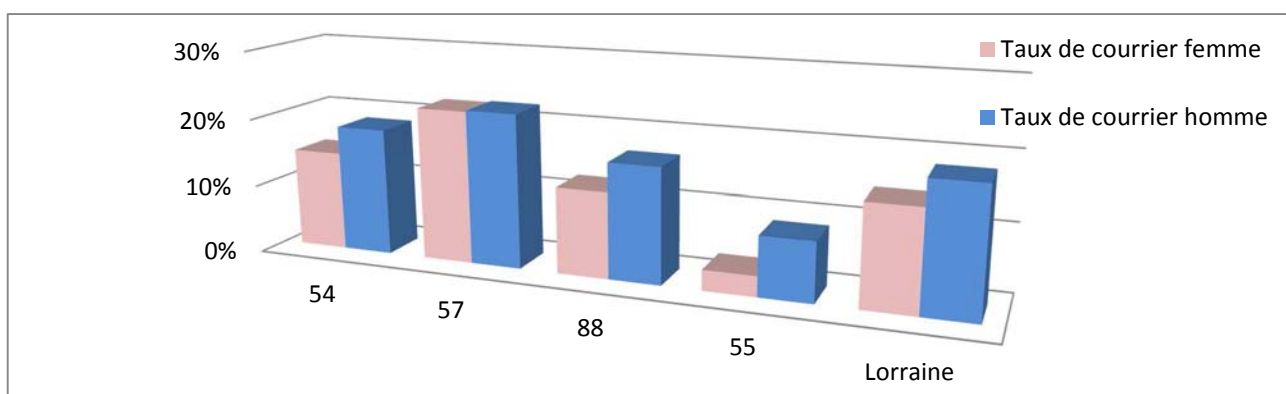


Figure 14 : proportion de questionnaire papier par départements selon le genre (n=2186 pour la Lorraine)

Parmi les 377 médecins ayant opté pour la version papier, la grande majorité (91 %) n'utilisait pas ou peu internet. A noter que les médecins hostiles à communiquer leur E-mail représentent moins de 1% de la population participante.

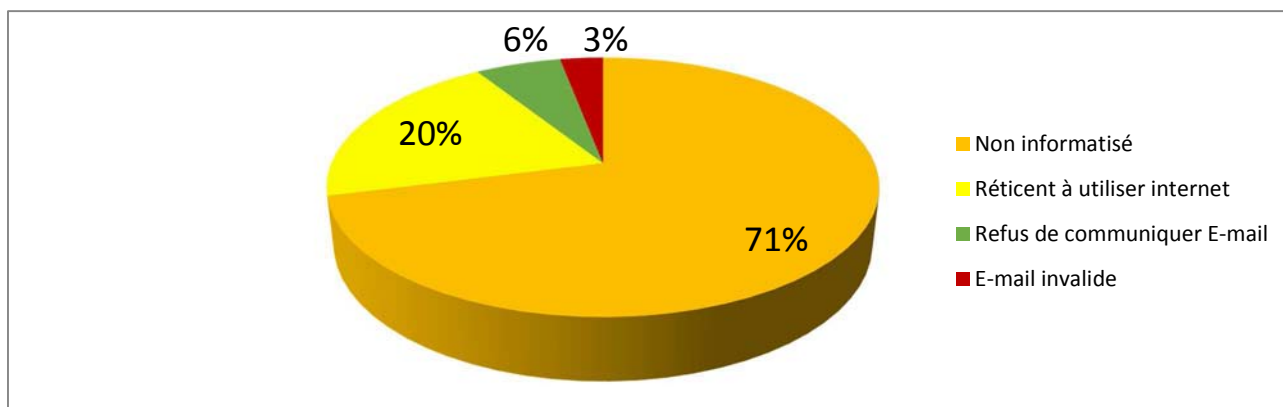


Figure 15 : répartition des motifs orientant vers un questionnaire papier (n=377)

3.6 SAISIE DES RESULTATS

3.6.1 Version internet

La saisie du questionnaire est totalement automatisée et anonyme sur Questenligne.com (récupération d'un fichier Excel avec l'ensemble des résultats). Ce système ne tolère aucune donnée manquante car cette condition est obligatoire pour envoyer le questionnaire.

3.6.2 Version papier

Concernant les questionnaires papier, nous les avons saisis sur Questenligne après réception postale. Afin d'identifier les médecins répondant en cas de données manquantes sur un questionnaire papier sans remettre en cause l'anonymat des réponses, ces derniers ont été numérotés discrètement (verso de la 5^{ème} page dans le coin agrafé) et l'on a attribué un numéro à chaque médecin. En cas d'omission manifeste de réponse à un item ou à une page, les médecins ont été contactés par téléphone afin de compléter le questionnaire puis ces derniers ont été saisis sur Questenligne.

3.6.3 Analyse des résultats

Nous avons utilisé le logiciel SAS version 9.1 pour analyser les résultats. Pour l'ensemble des tests réalisés dans cette étude, nous avons choisi d'admettre un risque d'erreur statistique faible au vu de la taille importante de notre échantillon : le risque alpha est ainsi fixé à 0.01, sans pour autant que les tests ne perdent en puissance. Toutes les variables quantitatives analysés dans notre étude sont des variables discrètes.

3.6.3.1 Analyse statistique des perceptions de dommages et de bénéfiques

Dans un premier temps, nous avons comparé les perceptions du cannabis à celle des drogues légales en termes de dommages et de bénéfiques (items 1 à 12). Pour cela, nous avons calculé les intervalles de confiance des moyennes et des écarts types au risque alpha choisi, pour chaque item afin d'identifier les différences significatives entre chaque produit deux à deux et de **positionner ainsi le cannabis par rapport aux drogues légales** pour chaque item, en terme de scores moyens et de dispersion autour de la moyenne. Cette analyse pointe ainsi les différences de perceptions moyennes et d'homogénéité des perceptions entre le cannabis et les drogues légales, afin de corroborer l'hypothèse principale.

En plus des scores évalués pour chaque item, nous avons calculé les agrégats (scores composites) mis au point par la F.F.A. car ils permettent d'appréhender les représentations de façon plus globale. Ces agrégats sont calculés en additionnant plusieurs scores, considérés à égale importance. Sont ainsi calculés 2 agrégats mineurs et 1 agrégat majeur de dommages, 2 agrégats mineur et un agrégat majeur de bénéfiques. Dans une approche plus transversale, ces agrégats nous permettent de calculer les

balances, définies arbitrairement par la soustraction des dommages aux bénéfices. Chaque agrégat mineur est calculé en additionnant 3 scores et peut donc varier de 0 à 30 points.

- Agrégat de dommages individuels = dommages aigus + dommages chroniques + dépendance
- Agrégat de dommages sociétaux = coût sanitaire et social + coût légal + conséquences sociétales
- Agrégat de bénéfices individuels = bénéfices hédoniques + auto-thérapeutique + identitaires
- Agrégat de bénéfices sociétaux = bénéfices économiques+ social + culturel

Les 2 balances mineures soustraient les dommages aux bénéfices, respectivement sur le plan individuel et sociétal et varient donc de -30 à +30 points :

- Balance individuelle = bénéfices individuels – dommages individuels
- Balance sociétale = bénéfices sociétaux – dommages sociétaux

Les 2 agrégats majeurs de dommages ou de bénéfices sont calculés en additionnant respectivement les 6 scores de dommages ou de bénéfices et peuvent donc varier de 0 à 60 points.

- Dommages globaux = dommages individuels + sociétaux
- Bénéfices globaux = bénéfices individuels + sociétaux

La balance globale soustrait les dommages globaux aux bénéfices globaux ou elle additionne les 2 balances mineures: elle varie donc de - 60 à + 60 points.

Dans un deuxième temps, l'ensemble de ces évaluations (scores, agrégats et balance) a été comparée aux scores moyens obtenus pour les mêmes items, auprès du panel d'expert de la F.F.A. dans l'étude de Bourgain et al (9). Pour faciliter la lecture, les données de l'étude de Bourgain, qui proposent un référentiel consensuel sont assimilées aux données de référence et le panel des 48 membres de la F.F.A est appelé le panel d'experts tout au long de ce travail. Pour comparer nos résultats à ceux des experts, nous avons effectué 21 T-test de Student pour chaque substance (12 scores, 6 agrégats et 3 balances), avec là encore un niveau de confiance de 99 %, admettant une dispersion autour de la moyenne de plus ou moins 2.5 écarts types. Cette analyse dégage ainsi les écarts de perceptions sur le cannabis entre nos résultats et les données de référence comparativement aux écarts de perceptions respectifs sur les drogues légales ; ceci a pour but d'appuyer la première hypothèse secondaire et de mettre en évidence **le niveau de fiabilité des représentations**, en fonction du produit considéré, comparativement aux données de référence.

3.6.3.2 *Analyse descriptive des perceptions du statut légal*

Ces items sont analysés simplement de manière descriptive.

- Item 13 et 14 (impact du statut légal pour chaque produit) :

Nous avons cherché à quantifier les perceptions de l'influence des lois relatives aux drogues sur la société et les usagers de produit dans l'hypothèse d'une prohibition de l'alcool et du tabac puis d'une légalisation du cannabis (inversion du statut légal pour chaque produit). Cet axe de recherche vise à corroborer l'hypothèse principale en dégageant une éventuelle différence de perception de l'impact du statut légal en fonction du produit considéré.

- Items 15 à 19 (perceptions des politiques publiques):

Nous avons cherché, dans le cadre de l'hypothèse principale, à identifier l'hétérogénéité des perceptions relatives aux politiques de santé publiques sur le cannabis, afin de compléter l'étude des représentations par une approche plus politique du sujet. Les différentes questions étaient les suivantes : « un monde dans lequel personne ne consomme de drogues est possible » ; « concernant

l'usage privé, les mesures pénales devraient être abandonnées au profit de mesures sanitaires de réduction des dommages » ; « l'interdiction légale du cannabis est une atteinte aux libertés individuelles » ; « vous seriez prêt à prescrire du cannabis en cas d'autorisation de mise sur le marché » ; « vous êtes favorables à une mise en vente réglementée dans des établissements réservés à un public majeur. » De plus, nous avons quantifié cette perception complexe aux volets multiples par le calcul du score de tolérance à une légalisation du cannabis, construit à partir des réponses aux items 15 à 19.

La somme des points acquis pour chacun de ces items constitue le score de tolérance à une légalisation du cannabis. Les points attribués pour chaque réponse sont présentés ici :

- Pas du tout d'accord : -2 points
- Plutôt pas d'accord : -1 point
- Plutôt d'accord : 1 point
- Tout à fait d'accord : 2 points

Attention, pour l'item 15 (monde sans drogue possible) le signe des valeurs est inversé car il explore la possibilité de maintenir la prohibition, contrairement aux quatre items suivants qui explorent l'éventualité d'un assouplissement légal.

3.6.3.3 *Analyse qualitative des perceptions de l'origine du statut légal*

L'item 20 (raisons interdiction) et l'item 21 (raisons légalisation) sont analysés finement par une étude qualitative thématique puis typologique. La première approche individualise, référence et classe objectivement les notions de manière séparée pour chacun des 2 items. La seconde approche lie les 2 items et plonge au cœur de chaque notion pour individualiser différents types d'argumentaires qui appréhendent davantage la dimension subjective des représentations. Bien que ce procédé puisse sembler réducteur, parce qu'il fige des processus et des perceptions dynamiques ou parce qu'il inscrit les données dans des catégories discriminantes qui masquent leur caractère perméable, elle favorise la compréhension des grandes tendances qui se cachent derrière la multiplicité des situations individuelles. L'approche typologique permet finalement de mieux expliquer les représentations et les logiques qui les sous-tendent.

3.6.3.4 *Analyse statistique croisée*

Une analyse croisée a été effectuée afin de corroborer la 2^{ème} hypothèse secondaire car il semble primordial d'identifier les facteurs à considérer dans la genèse de ces représentations.

Parmi les critères de profil, il semble opportun d'étudier cette perception des dommages et des bénéfices selon le prisme de **l'âge et de la formation en addictologie**, mais aussi selon **la proximité avec le cannabis**, à l'instar des études classiques de perception des produits. Par ailleurs, les items de perception du statut légal et des politiques de santé publique liés au cannabis peuvent être étudiés simplement comme des perceptions mais aussi comme un facteur pouvant influencer hypothétiquement la perception des dommages et des bénéfices liés au cannabis. Ce facteur inédit a été appréhendé dans notre étude par **le score de tolérance à une légalisation du cannabis**.

Deux facteurs d'études sont des items de profil (âge et formation en addictologie) et les 2 autres facteurs impliquent la construction de scores afin de considérer les différentes nuances possibles dans une approche plus globale et espérer ainsi augmenter la pertinence de ces facteurs d'étude (score de proximité et score de tolérance).

Le score de proximité est construit à partir des items de profil 22 à 26 et s'établit sur une échelle de 0 à 10 points. Les 2 premières questions évaluent la **proximité indirecte** (3 points sur 10) : contact avec des usagers (1/10) et fréquence de ces rencontres avec les usagers (2/10) ; les 3 suivantes évaluent la **proximité directe** (7 points sur 10) : usage (3/10) et fréquence d'usage passé (4/10). La fréquence de l'usage actuel n'entre pas dans la construction du score, sauf en cas d'usage récent exclusif. Chaque

item est pondéré en fonction de son importance supposée dans la détermination du niveau de proximité avec le cannabis, la proximité indirecte ne représentant alors que 30% de la proximité globale.

La somme des points acquis pour chacun de ces items constitue le score de proximité. Les points attribués pour chaque réponse sont présentés ici :

- Contact avec les usagers : personnel (0.5/10) ou professionnel (0.5/10) ou les deux (1/10)
- Fréquence de rencontre : annuelle (0.5/10), mensuelle (1/10), hebdo (1.5/10), quotidienne (2/10)
- Usage : passé (2/10) ou actuel (3/10)
- Fréquence d'usage passé : expérimentale (0/10), rare (1/10), occasionnelle (3/10) régulière (4/10)

Là encore, chaque réponse est pondérée en fonction de son importance supposée dans la détermination du niveau de proximité. Dans l'item « fréquence d'usage », aucun point n'est attribué à l'usage expérimental car cela ferait doublon avec l'item précédent (usage) ; l'usage chronique n'étant pas recherché dans notre questionnaire (fréquence maximale d'usage), nous avons logiquement attribué le maximum de points à l'usage régulier.

4. RESULTATS

4.1 CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INCLUSE

4.1.1 Selon le genre

La population incluse compte **744 femmes soit 30,7 % de la population totale**. En ne considérant que les médecins installés, la population féminine chute à 524 femmes soit 25,6 % de la population. Ces chiffres sont comparables à ceux du C.D.O.M au 15 juin 2011 (26 % de femmes chez les médecins généralistes libéraux installés), ce qui suggère que la population incluse dans notre étude est représentative de la population nationale des médecins généralistes. Quel que soit le département considéré, les médecins remplaçants sont plus volontiers des femmes, à l'inverse des médecins installés.

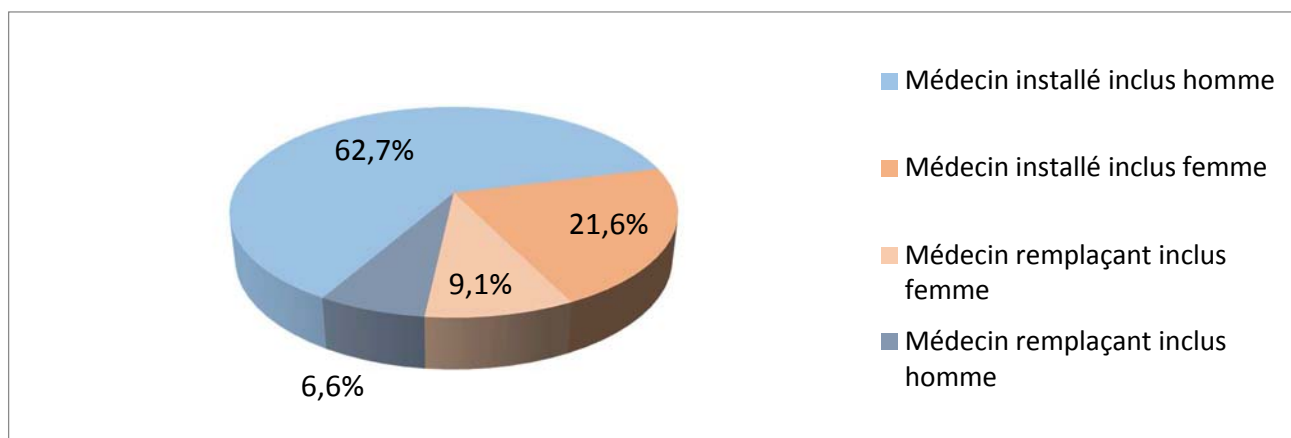


Figure 16 : répartition de la population incluse motifs selon le genre et l'activité (n=2424)

- Le taux de médecin femme varie de 19.3% en Meuse à 32.6 % en Meurthe et Moselle.
- Le taux de médecin femme installé varie de 16.3 % en Meuse à 28,1 % en Meurthe et Moselle.
- Le taux de médecin femme remplaçante varie de 45.8% dans les Vosges à 75 % en Meuse avec une moyenne de 57.9 % pour l'ensemble de la Lorraine.

4.1.2 Selon l'âge

L'âge est une variable que nous n'avons pu recueillir dans notre base. Les données de l'atlas régional du C.N.O.M. arrêtées au 1^{er} juin 2011 ont alors servi de référence. L'échantillon considéré par le C.N.O.M. est légèrement différent de notre population : d'une part, il ne comprend pas les médecins remplaçants et d'autre part il comptabilise les médecins à exercice mixte (libéral et salarié) et les médecins à exercice particulier en plus.

La moyenne d'âge est de 52 ans avec une différence selon le genre, 48 ans pour les femmes et 55 ans pour les hommes. Par ailleurs, on note une augmentation nette du sex-ratio au-delà de l'âge de 50 ans, les hommes étant nettement plus nombreux, témoin de la féminisation de la profession depuis les années 1980.

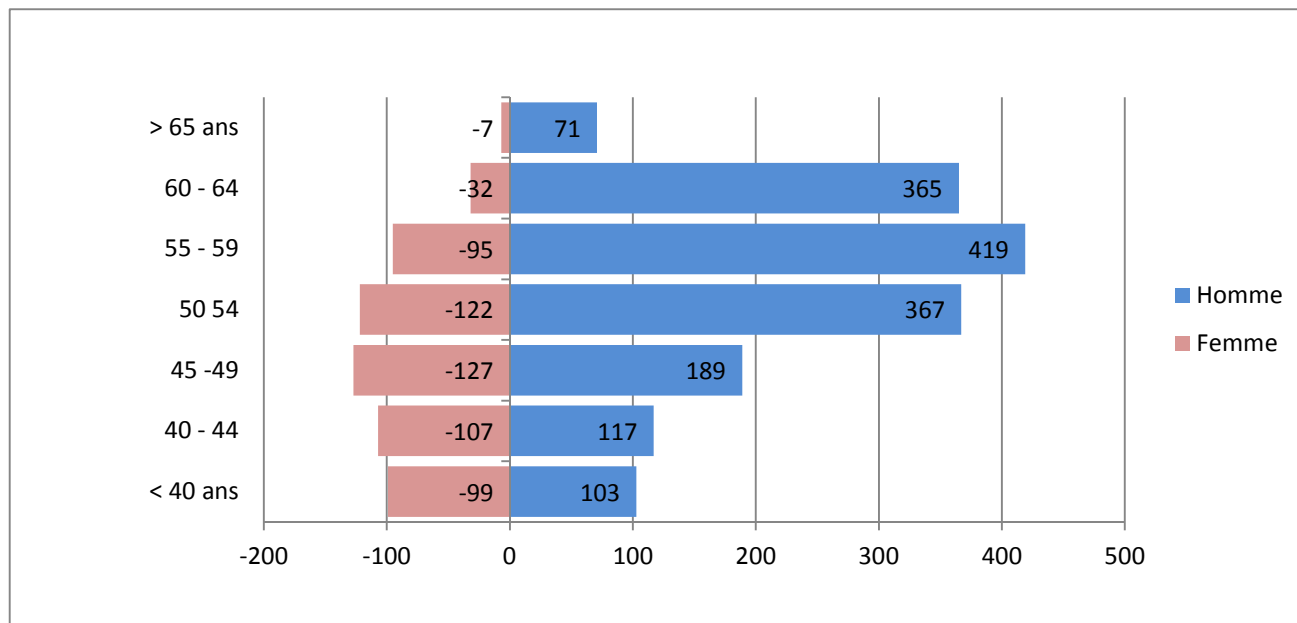


Figure 17 : pyramide des âges des médecins généralistes actifs libéraux et mixtes au 1^{er} juin 2011 (n=2220)

4.1.3 Selon le mode d'installation

Le nombre de médecins installés en association avec d'autres confrères en Lorraine est de 933 soit 45.6 % de la population totale, variant de 43 % dans les départements à dominante urbaine (54 et 57) à plus de 51 % dans les départements à dominante rurale (55 et 88). Les femmes sont majoritairement installées en association avec des confrères, et ce dans chaque département (de 50.5 % en Meurthe et Moselle à 67.1 % dans les Vosges).

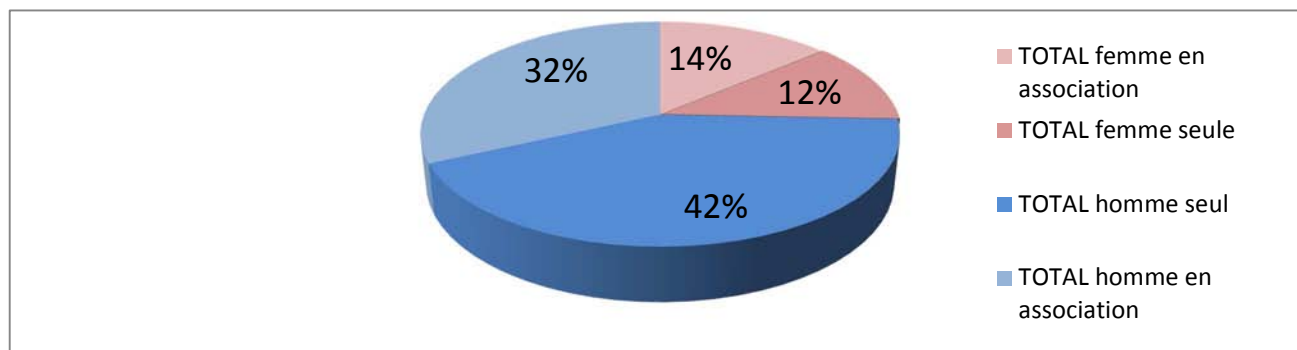


Figure 18 : répartition des médecins installés selon le genre et le mode d'installation (n=2044)

4.1.4 Selon le mode d'exercice

Il n'existe pas de définition stricte et consensuelle du terme rural ou urbain et cette notion recouvre une certaine subjectivité. Nous proposons ici, en fonction du critère retenu pour définir le terme urbain, 2 modèles extrêmes (A et B) et un modèle intermédiaire (C) que nous retiendrons pour l'analyse:

- ville de plus de 5 000 habitants (A)
- ville de plus de 10 000 habitants (B)
- ville où sont installés au moins 9 médecins généralistes ou ville de plus de 10 000 hab. (C)

L'exercice en milieu urbain est majoritaire dans les départements de Meurthe et Moselle et de Moselle. L'exercice en milieu rural est largement majoritaire dans le département de la Meuse.

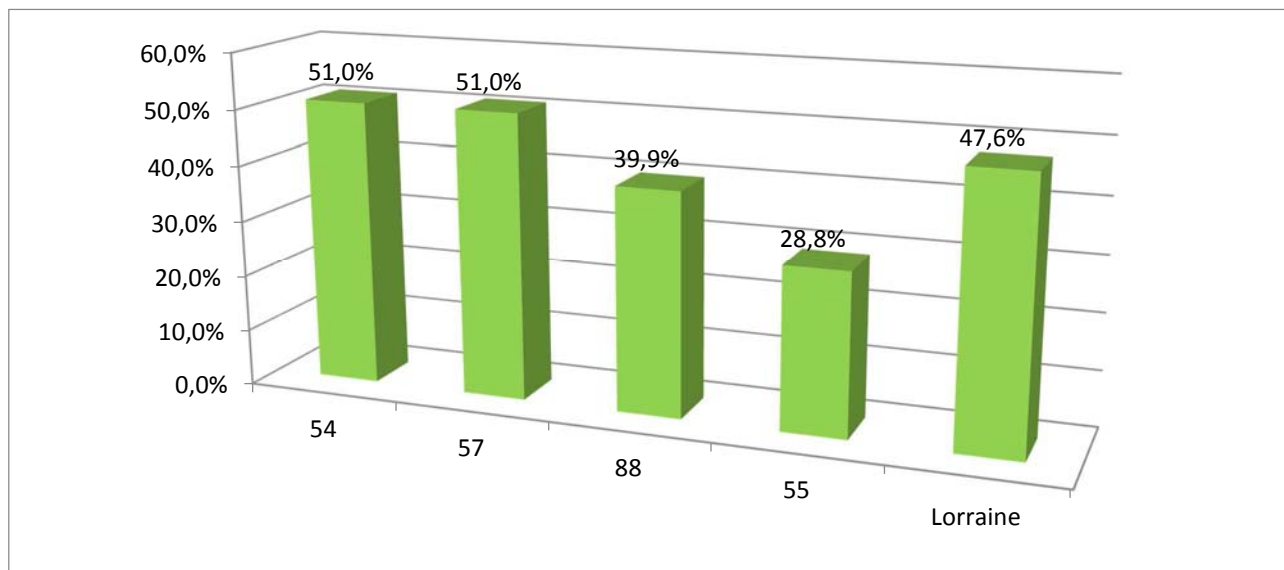


Figure 19 : taux de médecins installés en zone urbaine, soit les communes de plus de 10 000 habitants ou celle où exercent au moins 9 médecins généralistes libéraux (n=2044)

4.2 TAUX DE PARTICIPATION

4.2.1 Au niveau régional

Au total, nous avons accusé réception de 986 questionnaires, dont 153 versions papier. Parmi ces derniers, 4 questionnaires étaient incomplets, 2 étaient vierges, 1 était arrivé hors délai et une enveloppe mal fermée était vide. Ces 8 questionnaires papier n'ont pas été retenus pour l'analyse, portant **le nombre final de questionnaires exploités à 978** (dont 145 versions papier). Le taux de questionnaire complété intégralement est supérieur à 99 % (100% par internet et 95% par papier). Le taux de réponse final est de 45 % parmi les médecins invités à participer (n=2186), soit 40 % de la population incluse (n=2424).

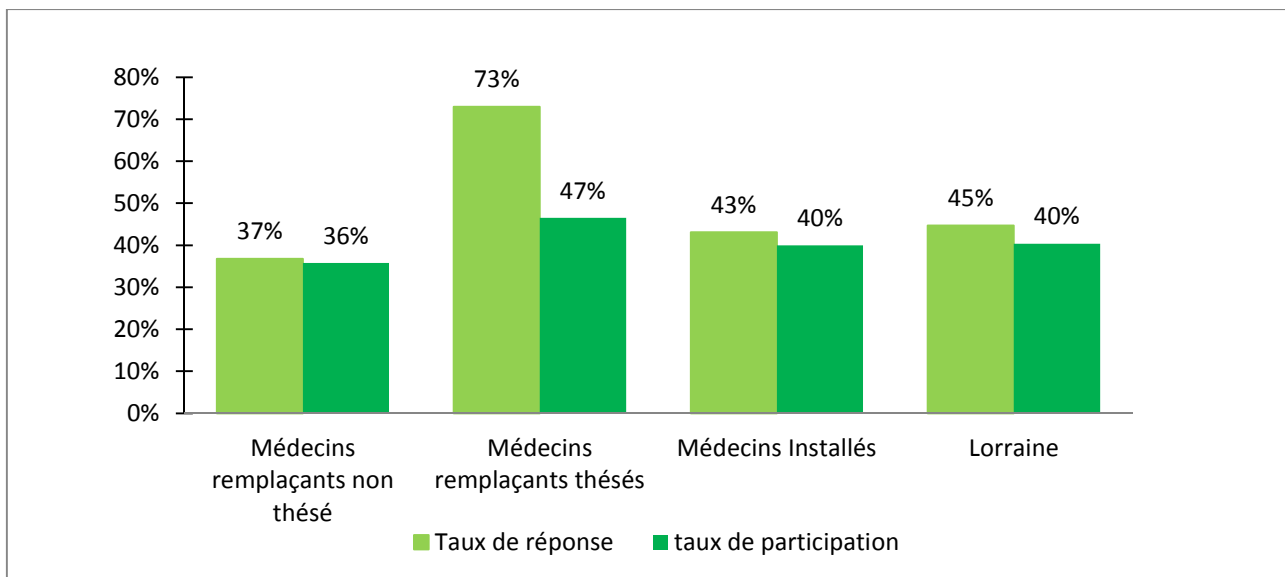


Figure 20 : taux de réponses et taux de participation selon l'activité du répondant

Les taux de participations extrêmes cohabitent au sein du groupe des remplaçants, les médecins non thésés ayant la participation la plus faible et les médecins remplaçants thésés la plus forte. Ce groupe a davantage répondu à notre enquête que les médecins installés (55% vs 45%) mais cette surreprésentation s'atténue nettement s'il l'on considère la population incluse (42% vs 40%).

Les femmes ont davantage répondu que les hommes (48 % vs 43 %), aussi bien chez les médecins installés (45% vs 43%) que chez les médecins remplaçants (59% vs 50%).

Enfin, les médecins participants répondent plus volontiers par mail que par papier (46% vs 38%). Cette tendance se retrouve chez les hommes comme chez les femmes, chez les médecins installés comme chez les médecins remplaçants.

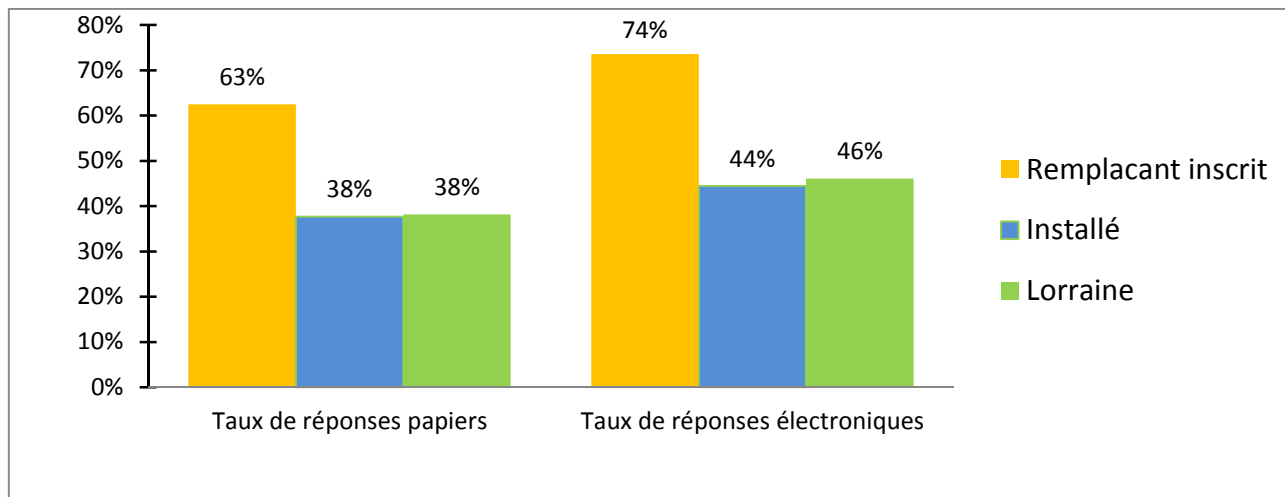


Figure 21 : taux de réponses sur papier et taux de réponses électroniques selon l'activité du répondant (médecins non thésés exclus)

4.2.2 Au niveau départemental

Le taux de réponse est le plus important en Meurthe et Moselle et dans les Vosges où près d'un médecin inscrit sur deux a répondu. Il est de 43 % en Moselle et le département de la Meuse est nettement sous représenté (taux de réponse = 29 %), malgré une relance ultime qui n'a entraîné que 3 réponses supplémentaires.

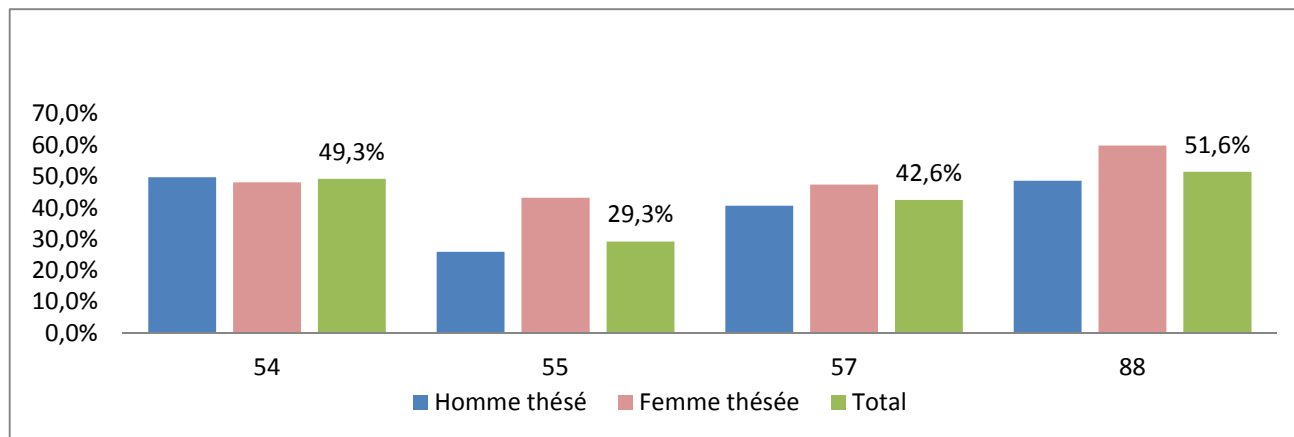


Figure 22 : taux de réponses par département selon le genre (médecins non thésés exclus)

Les femmes répondent nettement plus que les hommes dans chaque département, sauf en Meurthe et Moselle. Concernant les étudiants titulaires d'une licence de remplacement, on observe une franche différence du taux de réponse entre les hommes et les femmes (respectivement 27% vs 43%), tendance retrouvée également chez les médecins de Meuse (26% vs 44%).

Le taux de réponse électronique est supérieur au taux de réponse papier pour chaque département, sauf pour la Meuse.

Remarque : parmi les 833 médecins ayant répondu au questionnaire en ligne, 75 médecins (soit 9 %) se sont identifiés en laissant leur E-mail à la fin du questionnaire.

4.3 PROFIL DES NON-REPOUNDANTS

4.3.1 Médecins non-participants d'emblée

Sur les 2424 médecins inclus, le taux de participation initial est de 90.2 % ; en effet, 9.8 % des médecins inclus, soit 238, n'ont pas participé d'emblée à l'étude (9,4 % des hommes et 10.8 % des femmes). En détail, 3.7 % de la population incluse n'a pu être jointe (dont plus de 97 % de médecins remplaçants) et 6.1 % n'a pas souhaité participer : 4 % refusaient de participer à toute enquête et 2.1 % ne souhaitait pas participer à cause du thème de l'enquête.

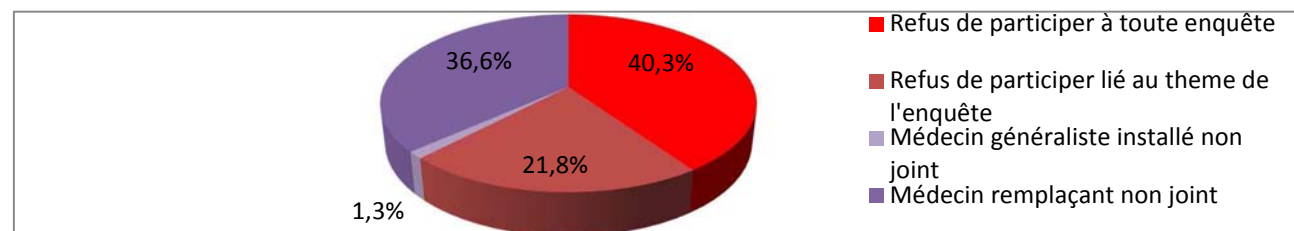


Figure 23 : répartition des motifs évoqués par les non-participants (n=238)

Les motifs des refus simples sont les suivants parmi 44 commentaires, 28 évoquent un manque de temps, 10 n'ont pas envie de répondre à un questionnaire, 3 parlent de raisons philosophiques, 3 sont aigris.

Le motif principal de refus lié au thème est le fait de ne pas se sentir concerné mais on retrouve parfois une certaine hostilité au cannabis, comme l'illustre certains commentaires : « *il n'y aucun bénéfice au cannabis* », « *je ne soigne pas les drogués* », « *je refuse d'aborder le sujet* », « *j'ai été victime de vols avec effraction au cabinet.* »

Les femmes ont été plus volontiers injoignables (6.3 % des femmes vs 2.6 % des hommes) mais ont moins souvent refusé de participer que les hommes (4.5 % des femmes vs 6.8 % des hommes).

Le profil le plus fréquent parmi les médecins ayant refusé de participer est comparativement à la population incluse : homme (77.7 % vs 69.3 %) installé (99.3 % vs 84,3 %) seul (67,8 % vs 54,4 %) exerçant en milieu urbain (58,8 % vs 52,4 %). Ce profil est le plus fréquent aussi bien pour les refus simples que pour les refus liés au thème.

Le profil le plus fréquent parmi les médecins injoignables est, comparativement à la population incluse : non installée (94,4 % vs 15.7 %) et femme (51.6 % vs 30.7 %). Ces éléments sont liés à la difficulté de trouver les coordonnées des médecins généralistes remplaçants et pis encore pour une femme, eu égard à la perte du patronyme avec le mariage.

4.3.2 Médecins non-répondants

Plus d'un médecin sur deux n'a pas répondu au questionnaire pour diverses raisons que l'on peut, probablement hiérarchiser comme le suggère l'analyse des médecins non participants.

- par manque de temps (refus simple)
- par manque d'intérêt au sujet traité (refus lié au thème)
- par refus d'aborder le sujet (refus lié au thème)
- par principe (refus simple)

Le profil des médecins non répondants est complémentaire de celui des médecins répondants concernant le genre, le département d'inscription, le mode d'installation et le mode d'exercice.

4.4 PROFIL DES REpondANTS

Les résultats relatifs au profil sont globalement proches de ceux observés sur le plan national en 2012 mais la comparaison directe n'est pas possible car les données disponibles ne distinguaient pas spécifiquement les médecins répondant à nos critères d'inclusion. Les principales caractéristiques de notre panel de répondants sont comparées à celles de la population incluse et du groupe de non répondants dans le tableau suivant :

Tableau 2 : principales caractéristiques du panel de répondants comparativement à la population incluse et au groupe de médecins non répondant

Médecins généralistes Lorrains libéraux en activité au 15 octobre 2011 (hors MEP)	Panel répondants (n= 978)	Population incluse (n=2424)	Médecins non répondants (n=1446)
Femmes	32,90%	30,70%	29,20%
Age moyen	48,1	52 (1)	-
Age Homme	51,3	55(1)	
Age femme	41,7	48 (1)	
Mode d'installation	(n=978)	(n=2424)	(n=1397)
Seul	41,40%	45,80%	48,80%
En groupe	42,10%	38,50%	36,10%
Non installé = remplaçants	16,40%	15,70%	15,20%
dont médecin remplaçant thésé	11,00%	9,60%	8,70%
dont médecin non thésé	5,40%	6,10%	6,60%
Département	(n=925)	(n=2276)	(n=1351)
54	35,70%	33,20%	31,50%
55	4,70%	6,60%	7,90%
57	37,30%	39,50%	41,00%
88	16,90%	14,40%	12,70%
Mode d'exercice	(n= 817)	(n=2044)	(n=1227)
Rural	18,10%	rural = 52,4%	55,00%
Semi-rural	37,10%		
Urbain	39,60%	Urbain(2) = 47,6%	53,90%
Péri-urbain	5,10%		
Formation en addictologie	(n=1054)	-	
Aucune	36,00%		
Autodidacte	27,00%		
Ponctuelle	35,00%		
Diplômante	2,00%		

(1) Données C.N.O.M. 2011 portant sur 2220 médecins en Lorraine (médecins remplaçants exclus et médecins à exercice particulier inclus)

(2) Urbain = ville >10 000 habitants ou ville avec au moins 9 médecins généralistes libéraux en activité

4.4.1 Genre

On retrouve une légère surreprésentation des femmes (33 % contre 31 %) sur l'ensemble de la Lorraine, ce qui était attendu au vu des chiffres de participation. Sur le plan national, le taux de féminisation des médecins généralistes est nettement supérieur en 2011 (41%) mais les données du C.N.O.M. comprennent les médecins salariés et les médecins à exercice mixte et excluent les médecins remplaçants, 2 sous-groupes pour lesquels les femmes sont majoritaires.

4.4.2 Age

L'âge varie de 26 à 73 ans et la moyenne d'âge est de 48.1 ans pour l'ensemble du panel (41.7 ans pour les femmes et 51.3 ans pour les hommes). La part des plus de 55 ans représente 33,1% des répondants.

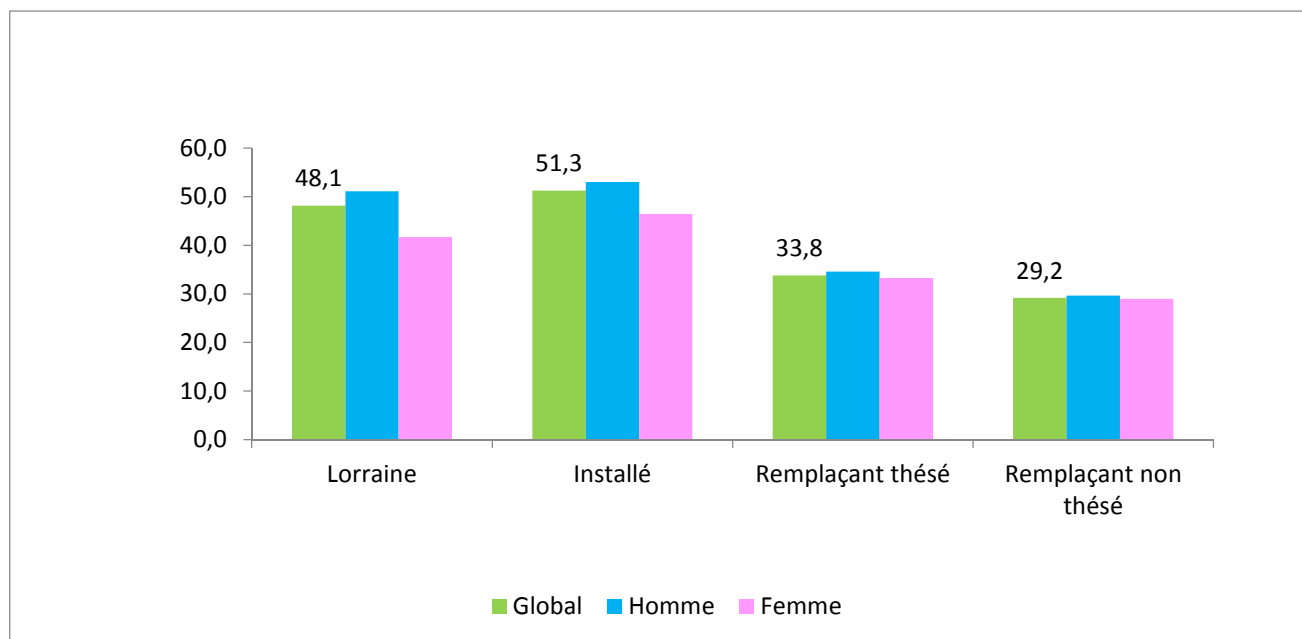


Figure 24 : âge moyen des répondants selon le genre et l'activité du répondant

En ne considérant que les médecins installés, la moyenne d'âge augmente à 51.3 ans (46.4 ans pour les femmes et 53 ans pour les hommes), ce qui est légèrement inférieur aux données régionales du C.N.O.M. de 2011 (52 ans en moyenne, 48 ans pour les femmes et 55 ans pour les hommes).

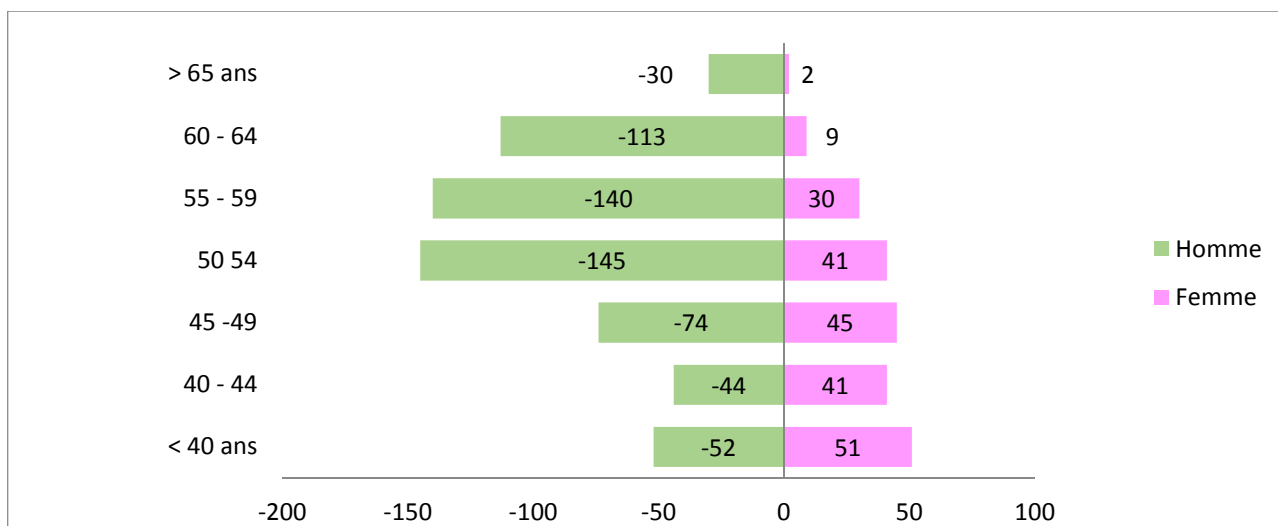


Figure 25 : pyramide des âges des répondants installés (n=817)

Sur le plan national, la moyenne d'âge de l'ensemble des médecins, médecins spécialistes et médecins salariés inclus, était parallèlement de 51.4 ans (49 ans pour les femmes et 53 ans pour les hommes) et la part des plus de 55 ans représentait 30% des médecins généralistes installés ou à exercice mixte.

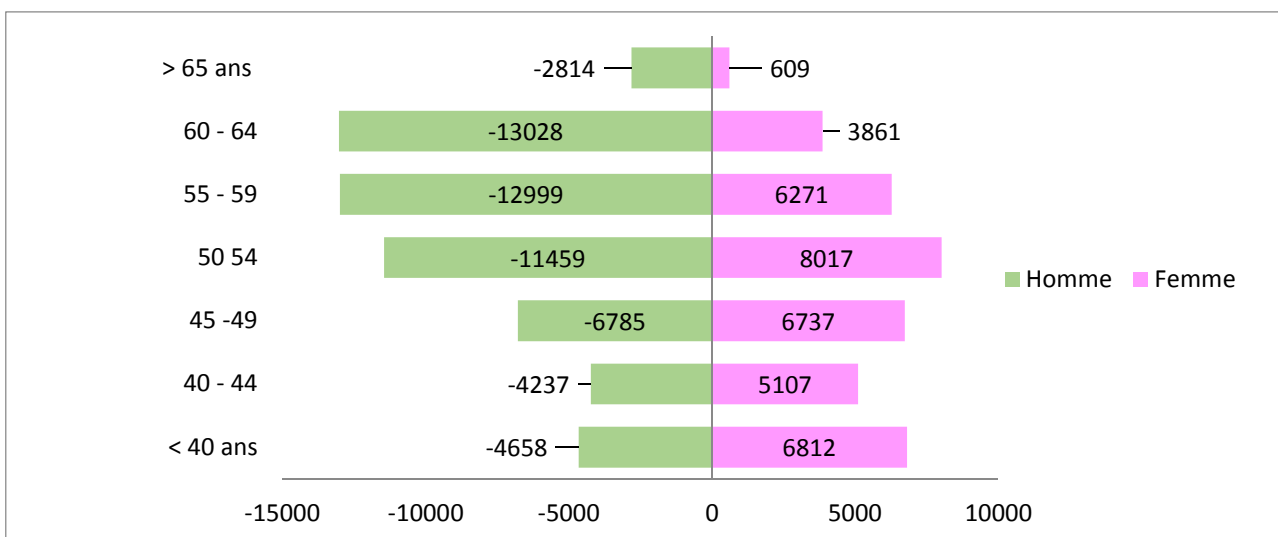


Figure 26 : pyramide des âges des médecins généralistes en France (médecins remplaçants exclus, médecins salariés et mixtes inclus). Ces données sont issues de l'atlas national 2011 de démographie médicale du C.N.O.M (n=93394)

4.4.3 Département :

Par rapport à la population incluse, les médecins inscrits au conseil de l'ordre des Vosges et de Meurthe et Moselle sont discrètement sur-représentés, qu'ils soient installés ou remplaçants. Les autres départements et le groupe des médecins non thésés sont sous-représentés en miroir.

4.4.4 Mode d'installation :

Près d'un médecin répondant sur deux est installé en association avec un ou plusieurs confrères, ce qui est légèrement supérieur au taux d'installation en association dans la population incluse.

Les médecins remplaçants thésés représentent 11 % du panel de répondants, ce qui ne diffère pas de la situation sur le plan national selon les données du C.N.O.M. (6075 médecins remplaçants sur 55136 médecins généralistes libéraux).

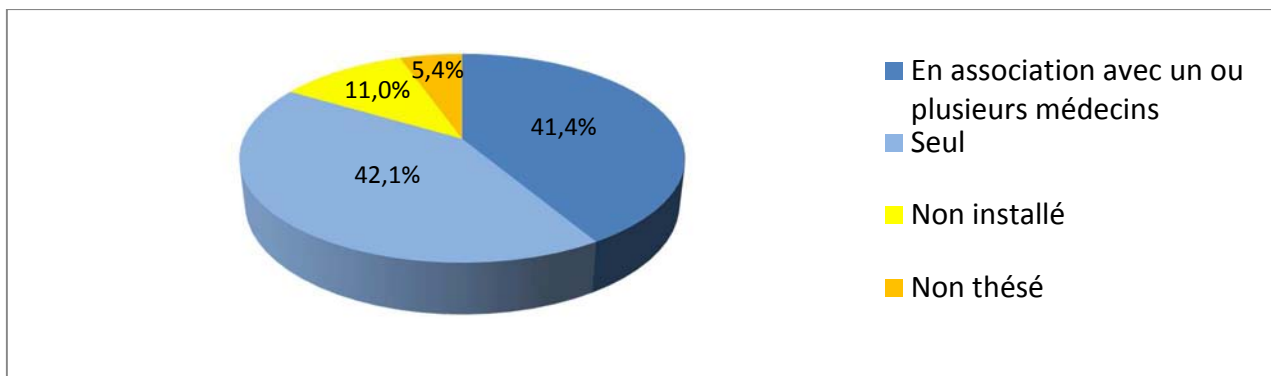


Figure 27 : répartition du panel répondant selon le département d'inscription au C.N.O.M. (n=978)

4.4.5 Mode d'exercice :

Un tiers du panel interrogé déclare exercer en ville, un peu moins d'un tiers en zone semi-rurale, 15 % exercent en zone rurale et 4 % en quartier défavorisé périurbain. Parmi les médecins installés, 55,2% d'entre eux exercent en milieu rural et 44,7% en milieu urbain contre 52,4% et 47,6% dans la population incluse.

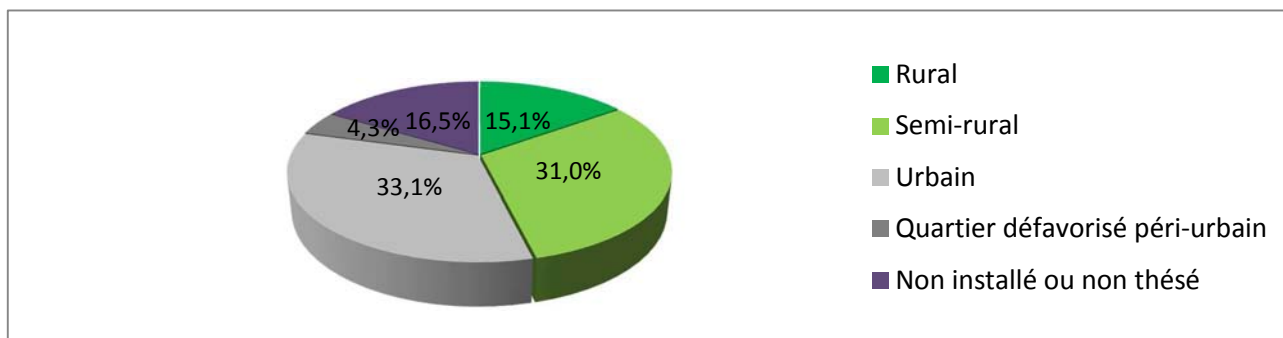


Figure 28 : répartition du panel répondant selon le mode d'exercice. (n=978)

4.4.6 Formation en addictologie :

Cet item est la seule question à choix multiple de l'enquête, les niveaux de formation se cumulant volontiers. Approximativement, deux tiers du panel interrogé déclare n'avoir reçu aucune formation et un tiers déclarent avoir reçu une formation ponctuelle. Seulement 2 % du panel est titulaire d'un diplôme en addictologie (discipline récente).

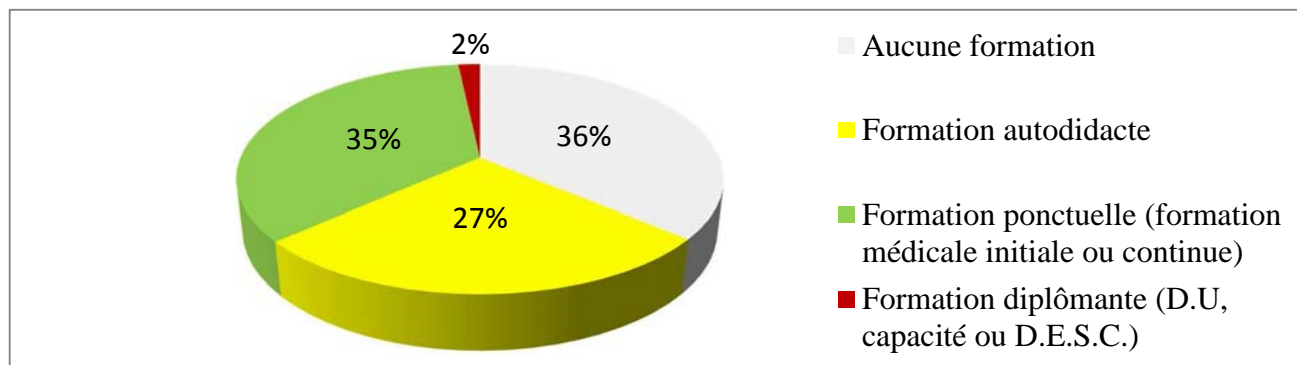


Figure 29 : répartition du panel répondant selon la formation en addictologie (n=1054)

4.4.7 Proximité avec le cannabis :

Celle-ci est évaluée selon deux approches complémentaires éprouvées : la proximité indirecte, par l'intermédiaire des usagers, et la proximité directe avec le produit.

4.4.7.1 Cas particulier du département pilote (panel de 43 médecins)

- Proximité indirecte :

Connaissez-vous des usagers de cannabis ?

Dans quel cadre les avez-vous rencontrés ?

Près de 4 médecins sur 5 connaissaient personnellement des usagers, à nuancer par le fait que plus du tiers d'entre eux ne les connaissait que dans une seule sphère (professionnelle essentiellement). Plus d'un médecin sur 10 ne déclarait aucun contact professionnel avec des usagers de cannabis : 7 % n'avait aucun consommateur déclaré dans leur patientèle et 4.7 % des médecins ne connaissait aucun consommateur.

- Proximité directe :

Avez-vous déjà consommé du cannabis ?(au moins une fois au cours de votre vie)

Pouvez-vous situer votre type d'usage (passé ou actuel) en terme de fréquence ?

Plus d'un médecin sur quatre déclare avoir déjà consommé du cannabis mais ces résultats sont à relativiser car plus de 80% de ces médecins ont uniquement eu un usage expérimental du produit. Deux médecins du panel pilote déclarent un usage occasionnel, dont un actuellement.

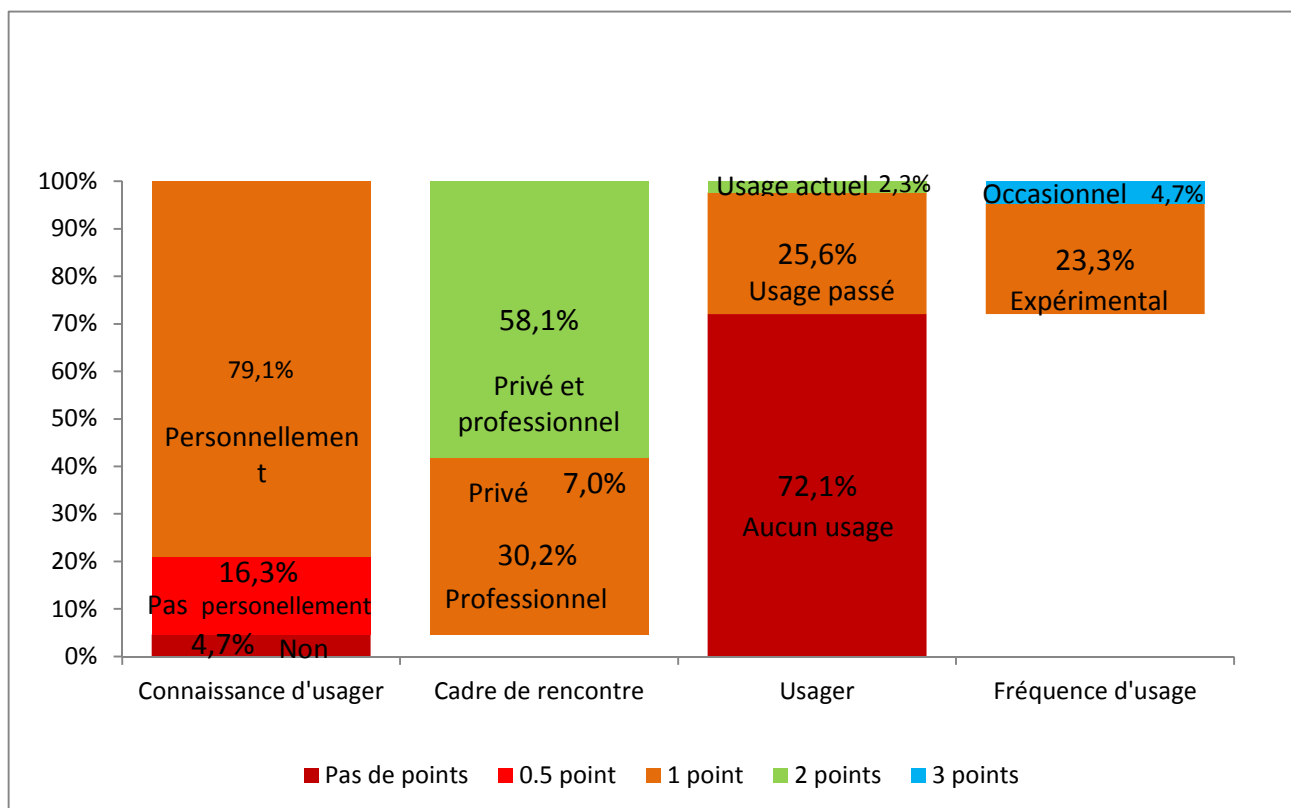


Figure 30 : proximité des médecins de Meuse avec le cannabis, étude pilote (n=43)

4.4.7.2 Enquête finale : panel de 935 médecins

- Proximité indirecte :

Avez-vous connu ou connaissez-vous personnellement des usagers de cannabis ?

Pouvez-vous estimer la fréquence actuelle de vos rencontres avec ces usagers ?

Plus d'un médecin sur 2 connaît des usagers dans le cadre privé et professionnel. 15.8 % ne déclaraient aucun contact professionnel avec des usagers de cannabis dont 6.4 % des médecins qui ne connaissaient aucun consommateur. Ces usagers sont rencontrés à des fréquences très variables, d'annuelle pour 18.2 % du panel à quotidienne pour 12,4 %.

- Proximité directe :

Avez-vous déjà consommé du cannabis ?(au moins une fois au cours de votre vie)

Pouvez-vous estimer la fréquence de votre d'usage passé ?

Pouvez-vous situer la fréquence de votre usage actuel ?

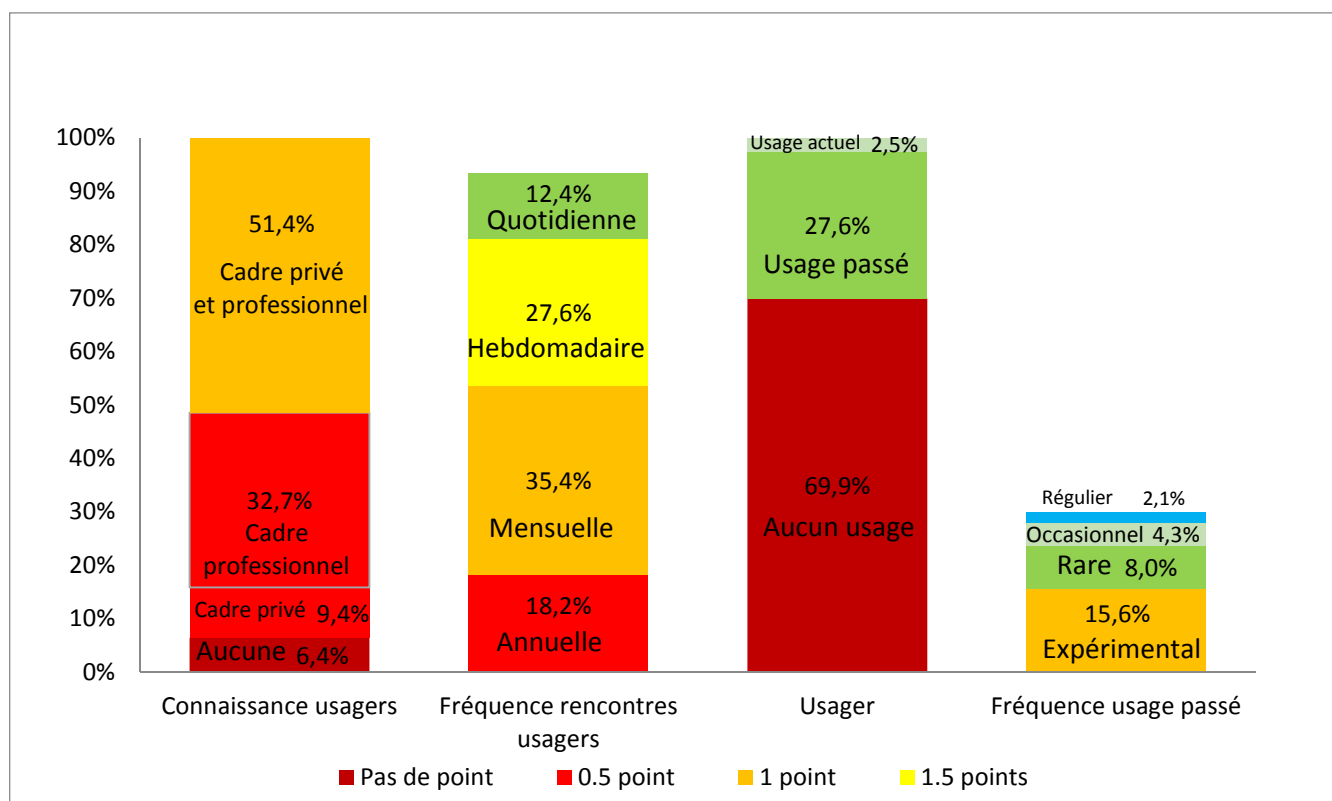


Figure 31 : proximité des médecins avec le cannabis, département pilote exclu (n=935)

Plus de 30 % du panel interrogé a déjà consommé du cannabis dont 2.5 % déclarent être encore usagers actuellement. Parmi les usagers passés, 52 % étaient simplement expérimentateurs et 26.7 % consommaient rarement. Sur l'ensemble du panel, 6.4 % des médecins ont eu au cours de leur vie un contact rapproché avec le produit (usage occasionnel ou régulier). Ces résultats confirment donc les premiers résultats obtenus avec l'étude pilote et précisent la fréquence de l'usage passé et actuel.

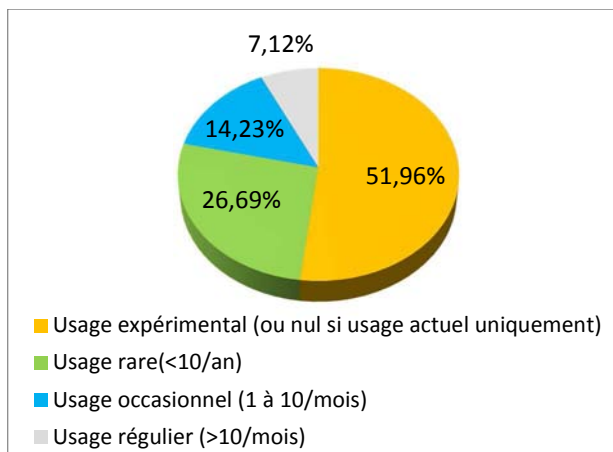


Figure 32 : fréquence de l'usage passé (n=281)

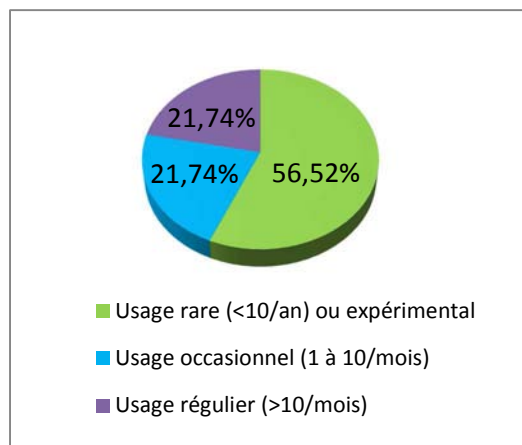


Figure 33 : fréquence de l'usage actuel (n=23)

4.5 PRESENTATION DES RESULTATS BRUTS

4.5.1 Perceptions individuelles

4.5.1.1 Dommages individuels

Les perceptions individuelles sont évaluées par trois items de dommages présentés ainsi :

- 1) *Dommages sanitaires aigus: évaluez les effets négatifs immédiats du produit (coma éthylique, accident de la voie publique, trouble du comportement ou trouble psychotique aigu...*
- 2) *Dommages sanitaires chroniques: évaluez les effets négatifs à long terme (cancer, trouble cardio-vasculaire, cirrhose, pathologie respiratoire, trouble psychotique chronique, état démentiel...*
- 3) *Dépendance globale: évaluez le pouvoir addictogène du produit (capacité à générer une dépendance) et l'importance de la dépendance physique et psychique, notamment la perte de contrôle et les besoins compulsifs qu'elle entraîne.*

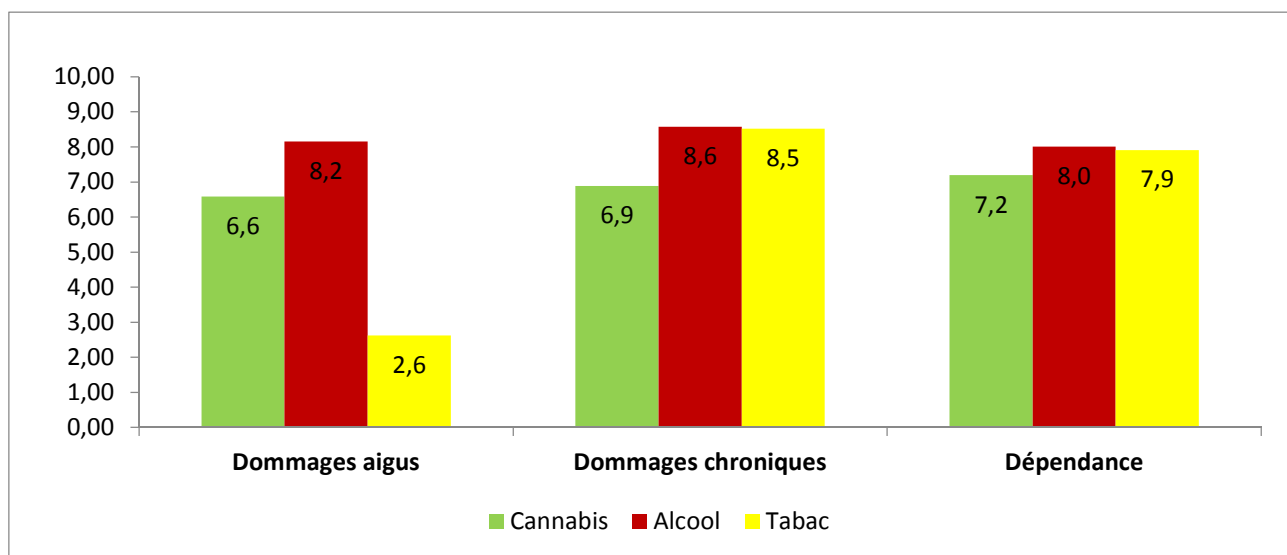


Figure 34 : scores de dommages individuels perçus pour le chanvre (en vert), l'alcool (en rouge) et le tabac (en jaune)

Les dommages liés à l'alcool sont perçus comme très importants et ce pour les 3 items (8<score<8,6). L'alcool est donc estimé être **le produit qui entrainerait le plus de dommages**, quel que soit l'item évalué.

En termes de dommage aigu, le tabac est perçu comme **le moins dangereux** (score=2.6) mais les dommages chroniques et la dépendance sont considérés **comme très importants**, du même ordre de grandeur que pour l'alcool.

Concernant les dommages liés au cannabis, ils sont perçus **un cran en dessous de ceux de l'alcool** (6.6 <score<7.2).

4.5.1.2 Bénéfices individuels

Les perceptions individuelles sont évaluées par trois items de bénéfices présentés ainsi :

- 1) *Bénéfices hédoniques: évaluer l'importance des sensations intenses inhabituelles et l'intensité du plaisir obtenu par la consommation du produit.*
- 2) *Bénéfices auto-thérapeutiques: évaluez les bénéfices de la consommation du produit, en termes de gestion du stress et de soulagement des tensions internes, mais aussi ses éventuels effets positifs pour la santé (vin rouge et artères, nicotine et neurone, cannabis et douleur...)*
- 3) *Bénéfices identitaires: évaluez le potentiel de socialisation du produit, permettant d'entrer dans des cadres et des codes sociaux qui renforcent l'identité au sein d'un groupe.*

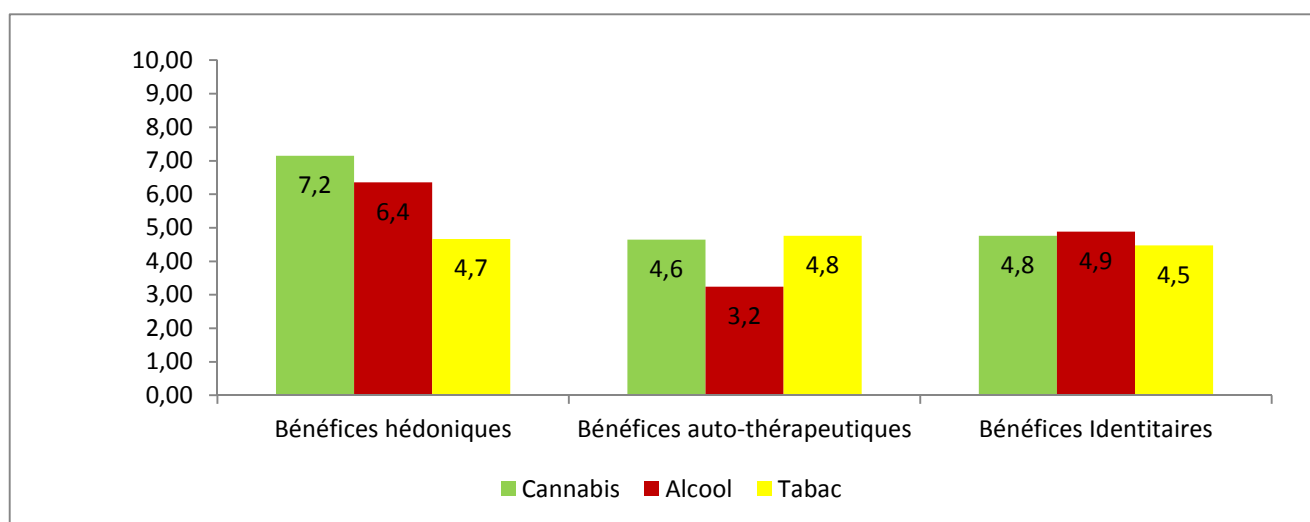


Figure 35 : scores de bénéfices individuels perçus pour le chanvre (en vert), l'alcool (en rouge) et le tabac (en jaune)

- Le cannabis est associé à **un fort bénéfice hédonique** en valeur absolue (score=7.2) et comparativement aux autres produits; les bénéfices auto-thérapeutiques et identitaires du cannabis sont considérés comme moyens, comparables respectivement à ceux du tabac (4.6 vs 4.8) et de l'alcool (4.8 vs 4.9).
- L'alcool, à l'inverse du tabac, est **associé aux plus forts bénéfices identitaires et au plus faible bénéfice auto-thérapeutique**.
- L'évaluation des bénéfices pour les usagers est **globalement moindre que celle des dommages** pour chacun des produits considérés.

4.5.1.3 Balance individuelle



Figure 36 : balance et agrégats individuels pour le chanvre (en vert), l'alcool (en rouge) et le tabac (en jaune)

Sur un plan individuel :

- Le tabac est considéré comme le produit **générant le moins de dommages et de bénéfices**. Ce produit est associé à une balance individuelle intermédiaire proche de celle du cannabis.
- L'alcool est perçu, comme le produit générant le plus de dommages (score = 24.74) Ce produit est **nettement associé à la balance individuelle la plus défavorable**.
- Le cannabis est perçu comme le produit générant le plus de bénéfices (score=16.56). Ce produit est **associé à la balance individuelle la plus à la plus favorable**.

4.5.2 Perceptions sociétales

4.5.2.1 Dommages sociétaux

Celles-ci sont évaluées là encore par trois items de dommages et de bénéfices de manière parallèle. Les dommages évalués sont les suivants :

- 1) *Coût sanitaire et social: évaluez l'importance du coût lié au produit pour la société sur un plan sanitaire et social (hospitalisation, arrêts de travail, invalidités...) NB: Ce coût est associé à la fréquence de consommation et à la dangerosité du produit*
- 2) *Coût légal: évaluez l'importance du coût lié au produit pour la société sur un plan légal (police, justice, douane, maison d'arrêt...)*
- 3) *Conséquences sociales: évaluez l'importance des désordres sociaux générés par les troubles du comportement induits par la consommation du produit (violences sociales, conflits familiaux...)*

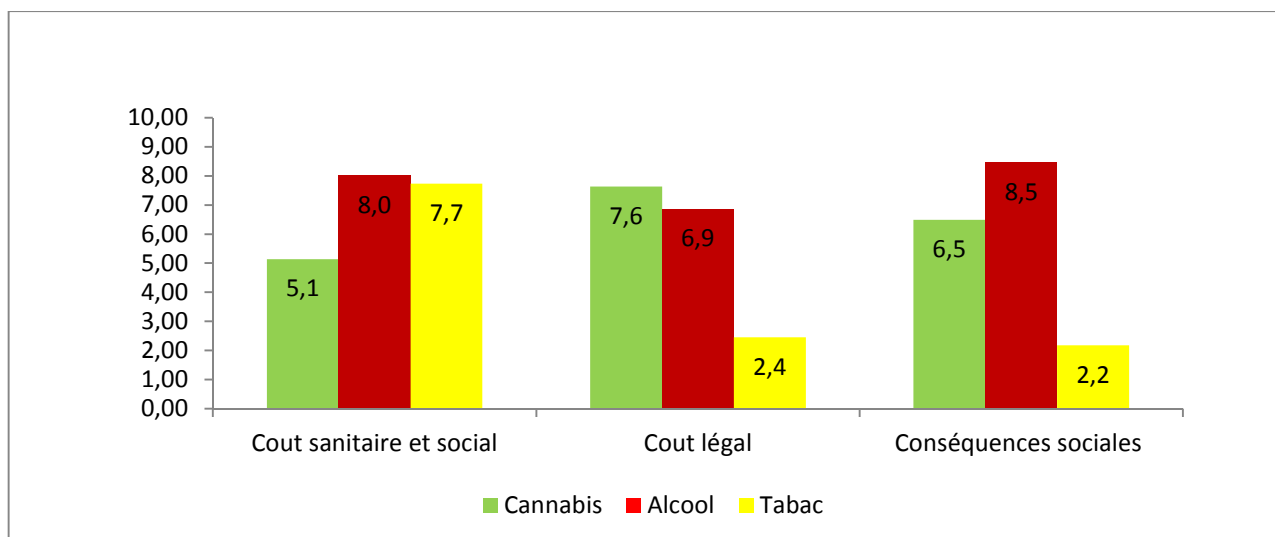


Figure 37 : scores de dommages sociétaux perçus pour le chanvre (en vert), l'alcool (en rouge) et le tabac (en jaune)

Les résultats sont **plus contrastés** sur le plan des dommages sociétaux :

- On observe d'emblée que si le tabac est associé à **un coût sanitaire et social important**, comparable à celui de l'alcool (7,74 vs 8,02), il est aussi associé à **un coût légal** (score=2,45) et **des dommages sociaux très faibles** (score=2,18).
- Le cannabis est associé au **coût sanitaire et social le plus faible** (score=5,14) et au **coût légal le plus élevé** (score=7,63).
- Seuls les **dommages associés à l'alcool sont importants pour les 3 items** (comme sur le plan individuel), notamment en termes de conséquences sociales (score=8,46). Bénéfices

4.5.2.2 Bénéfices sociétaux

Les items de bénéfices sont présentés ainsi :

- 1) *Bénéfices économiques : évaluez l'importance économique que représentent la production, la distribution, la vente, la promotion et l'usage du produit (bénéfices dégagés par le secteur)*
NB: Ces bénéfices pour la société s'évaluent en considérant le pourcentage d'utilisateurs.
- 2) *Bénéfices sociaux : évaluez l'importance des groupes socioprofessionnels contribuant à la production et à la distribution du produit (emplois directs et indirects générés par le secteur) et plus globalement l'importance que revêt la consommation du produit pour les équilibres sociaux.* NB: Ces bénéfices pour la société s'évaluent en considérant le pourcentage d'utilisateurs.
- 3) *Bénéfices culturels : évaluez la place qu'a le produit dans différentes cultures ou micro-cultures, notamment sa valeur festive ou conviviale et son inscription dans les rituels sociaux.* NB : Ces bénéfices pour la société s'évaluent en considérant le pourcentage d'utilisateurs.

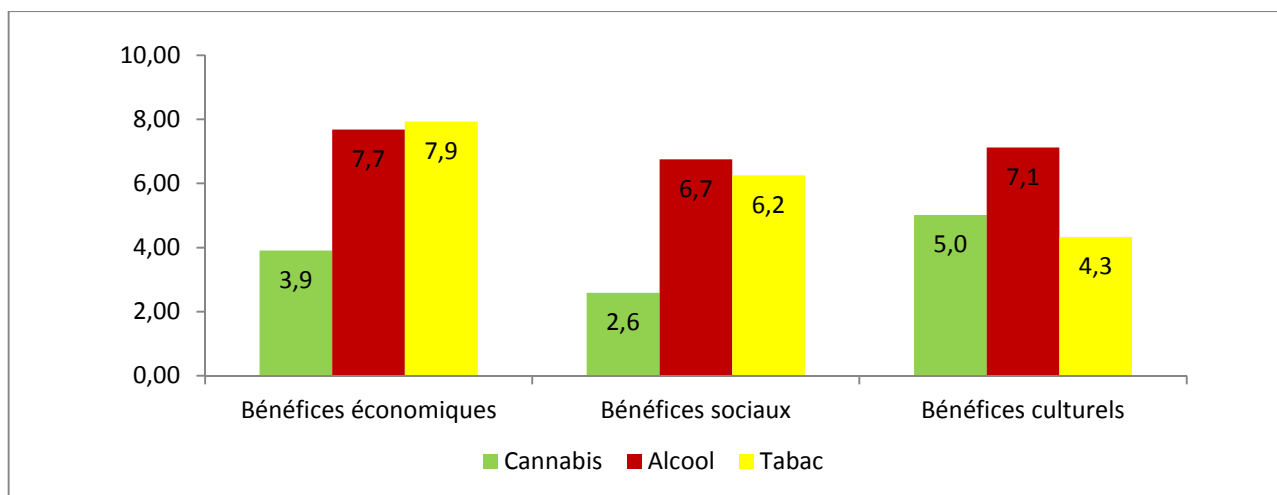


Figure 38 : scores de bénéfices sociétaux perçus pour le chanvre (en vert), l'alcool (en rouge) et le tabac (en jaune)

Le tabac et l'alcool sont associés à des **bénéfices économiques et sociaux importants** alors que pour le cannabis, ces bénéfices sont considérés comme faibles, de manière très tranchée (deux fois moindres).

L'alcool est associé également à un **bénéfice culturel important** (score = 7.12), bien supérieur à celui du cannabis et du tabac considéré comme le produit générant le moins de bénéfice culturel.

L'évaluation des bénéfices pour la société est **du même ordre de grandeur que celle des dommages sociétaux** pour les drogues légales mais nettement inférieure à l'évaluation des dommages pour le cannabis.

4.5.2.3 Balance sociétale

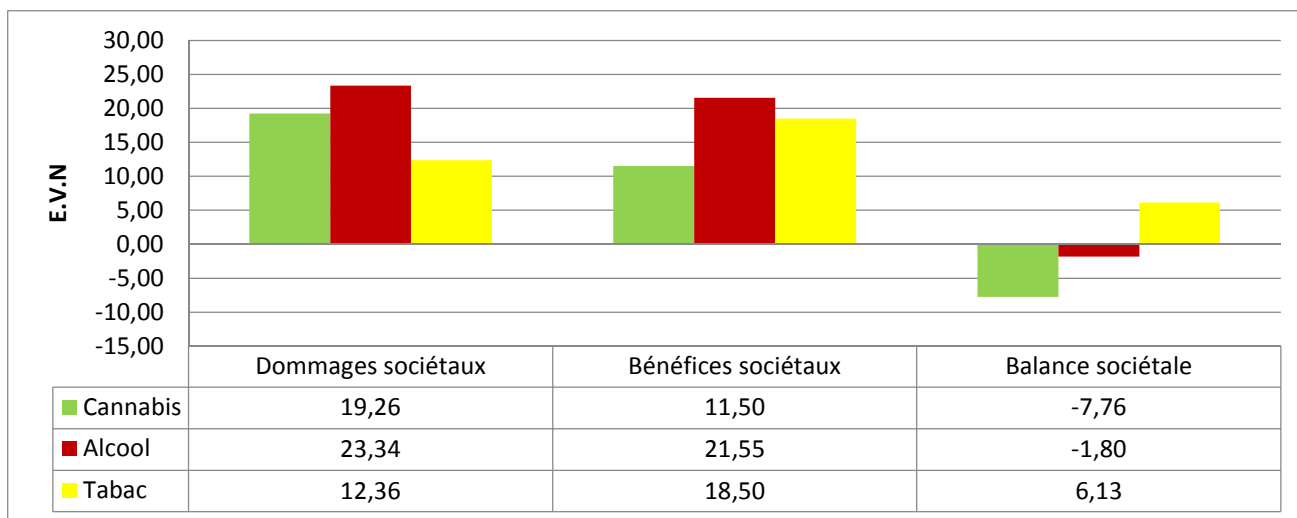


Figure 39 : balance et agrégats sociétaux pour le chanvre (en vert), l'alcool (en rouge) et le tabac (en jaune)

Sur un plan sociétal, l'alcool est perçu, comme le produit **générant le plus de dommages** (score= 23,34) **et le plus de bénéfices** (score= 21,55) ; l'alcool est associé à une balance sociétale intermédiaire, proche de 0.

Le tabac est considéré comme le produit générant le moins de dommages (score= 12,36) ; il est associé **à la balance sociétale la plus favorable**, cette dernière étant d'ailleurs positive.

Le cannabis est considéré comme le produit générant le moins de bénéfices (score= 11,50); ce produit **est associé à la balance sociétale la plus défavorable**.

4.5.3 Moyennes et balance globales

Sur un plan global :

- le tabac est associé **aux dommages les plus faibles** et à la balance la plus haute (neutre).
- l'alcool est associé **aux dommages et aux bénéfices les plus importants** et à une balance la plus faible.
- le cannabis est associé **aux bénéfices les plus faibles** et à une balance proche de celle de l'alcool.

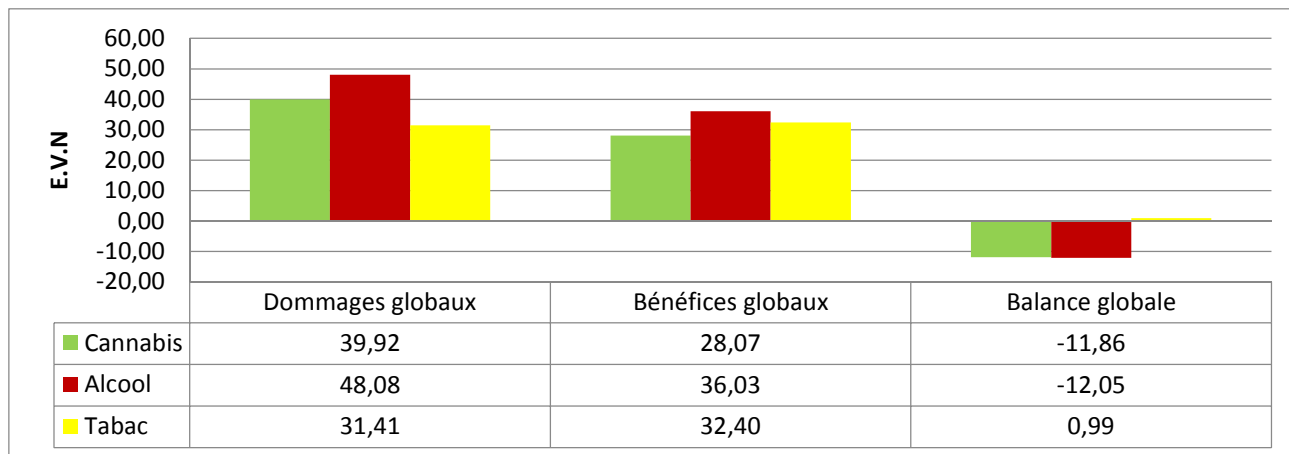


Figure 40 : balance et agrégats globaux pour le chanvre (en vert), l'alcool (en rouge) et le tabac (en jaune)

La répartition des dommages est relativement homogène pour l'alcool et le cannabis, ce qui n'est pas le cas pour le tabac qui associe 3 items de dommages importants et 3 items de dommages faibles. La répartition des bénéfices met en évidence **l'importance des bénéfices sociétaux de l'alcool et du tabac** et le contraste, pour le cannabis, entre les **bénéfices individuels les plus importants et les bénéfices sociétaux les plus faibles**. Les histogrammes suivants illustrent la part de chaque item dans l'élaboration du score global.

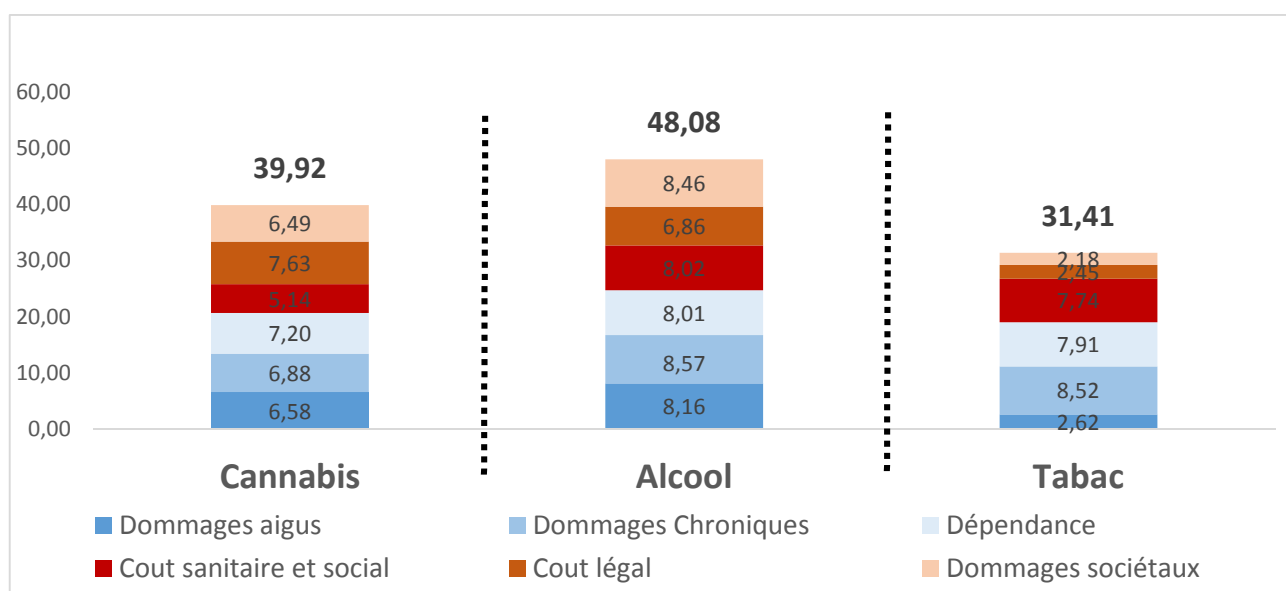


Figure 41 : scores de dommages cumulés perçus pour l'alcool, le cannabis et le tabac (60 points). Les dommages individuels sont en bas de la barre (bleu) et les dommages sociétaux sont en haut de la barre (rouge). Le score de dommage global est inscrit au-dessus de chaque barre.

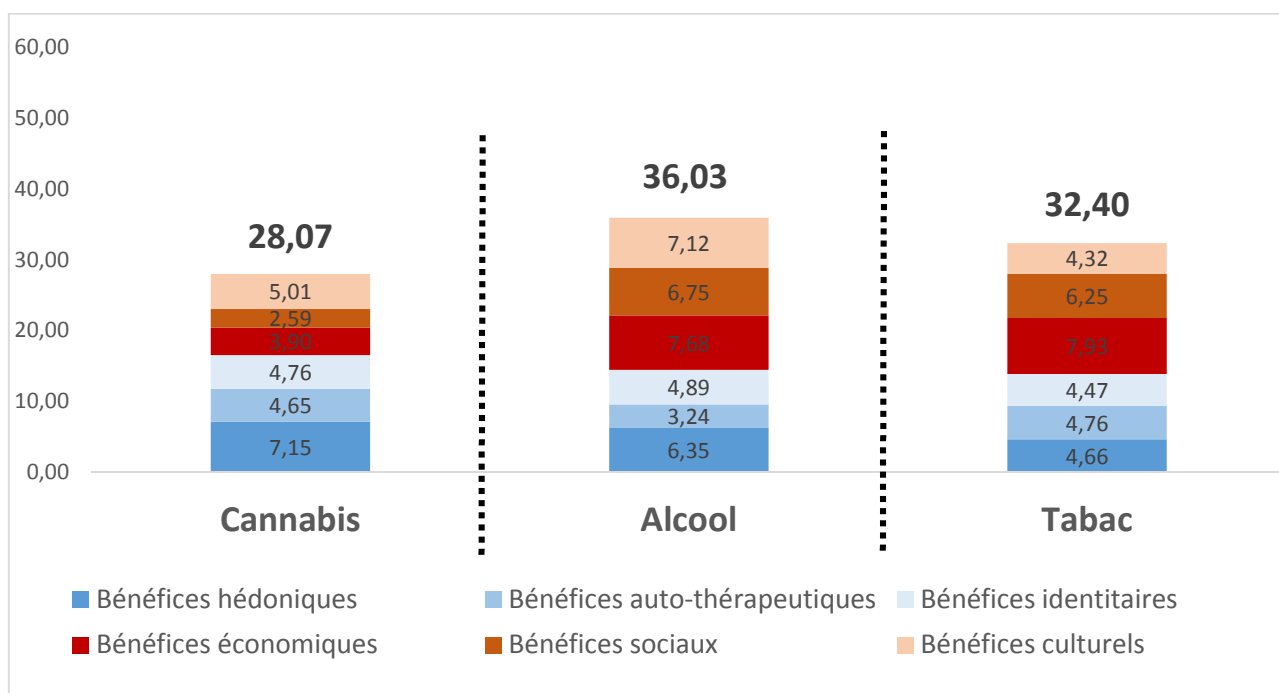


Figure 42 : scores de bénéfices cumulés perçus pour l'alcool, le cannabis et le tabac (sur 60 points).

Les bénéfices individuels sont en bas de la barre (représentés en bleu) et les bénéfices sociétaux sont en haut de la barre (représentés en rouge). Le score de bénéfice global est inscrit au-dessus de chaque barre.

4.5.4 Perception du statut légal

L'évocation du statut légal des produits fait appel à une sémantique juridique complexe et peut prêter volontiers à confusion ou être à l'origine de malentendu. De plus, chaque pays possède un système judiciaire différent à la base de concepts et de définitions spécifiques. Le droit français, par exemple, définit 3 niveaux d'infractions : la contravention, le délit et le crime.

Dépénaliser signifie renoncer à punir pénalement l'acte de consommer des stupéfiants ou au moins diminuer le niveau de l'infraction (par exemple, passer de délit à contravention). Soulignons que dépénaliser l'usage n'implique en rien une légalisation de l'offre. Ainsi au Portugal, l'usage public reste une infraction de type contravention.

Légaliser signifie donner un cadre légal à une chose ou à un acte qui n'en avait pas, en l'occurrence ouvrir un accès légal à la substance. Une légalisation peut prendre différentes formes, de la plus stricte à la plus libérale, selon les limitations et les contrôles mis en place parallèlement à la légalisation aux différentes étapes du circuit de commercialisation.

Réguler signifie rechercher les moyens politiques et juridiques les plus appropriés pour permettre aux individus et à la société de limiter les dommages liés à l'usage de substances, sans prétendre éradiquer ces substances, ni exclure des mesures très restrictives selon les cas. C'est une démarche qui cherche à contribuer de façon pragmatique à la maîtrise de la relation entre les personnes et les drogues, mais qui ne défend ni l'idée d'une guerre à la drogue, ni l'idée d'une libéralisation à priori.

Pour de plus amples informations, nous vous invitons vivement à parcourir l'annexe 7 qui suggère les définitions des termes suivants: libéralisation, légalisation, dépénalisation, décriminalisation et contraventionnalisation.

4.5.4.1 Impact global de la loi pour les 3 produits

- 1) Item 13 : Estimez l'impact global à terme d'une légalisation du cannabis (réglementation stricte de sa production, de sa distribution et de son usage). NB : il s'agit ici d'évaluer l'influence globale de la loi, à savoir son pouvoir dissuasif ou incitatif et ses conséquences positives ou négatives sur un plan individuel et sociétal.
- 2) Item 14 : Estimez l'impact global à terme d'une prohibition de l'alcool et du tabac: (Interdiction de la production, de la distribution, de la promotion et de l'usage). NB : il s'agit ici d'évaluer l'influence globale de la loi, à savoir son pouvoir dissuasif ou incitatif et ses conséquences positives ou négatives sur un plan individuel et sociétal

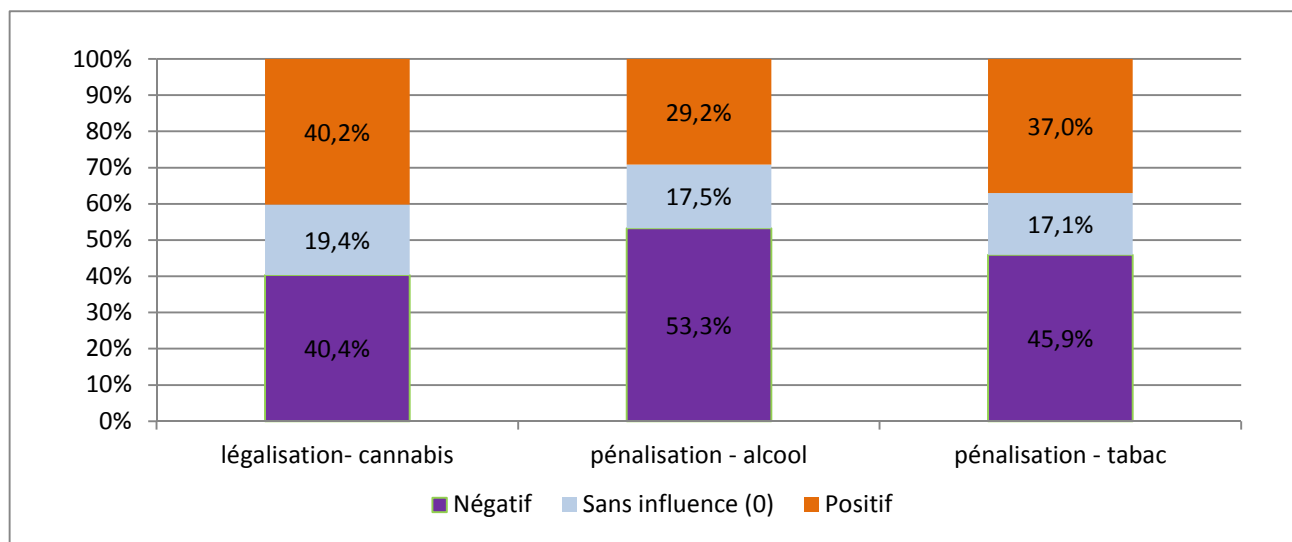


Figure 43 : évaluation de l'impact d'une légalisation du cannabis et d'une prohibition des drogues légales (n=978 pour le cannabis et n=935 pour les deux autres produits)

D'emblée, on observe qu'il n'y a pas de consensus au sein de notre panel sur l'influence d'une inversion du statut légal de chaque produit. De manière globale, les avis sont partagés **de manière très équilibrée pour le cannabis** alors qu'ils sont **un peu plus tranchés pour les 2 autres produits** et particulièrement pour l'alcool, ou plus de 53 % des répondants sont hostiles à des mesures de prohibition.

- Pour l'alcool : médiane = moyenne = -1 et 29,2 % du panel serait enclin à une prohibition !
- Pour le tabac : médiane = 0 et moyenne = - 0.4 et 37 % à du panel serait enclin une prohibition.
- Pour le cannabis : médiane = 0 et moyenne = - 0.3 et 40,4 % du panel sont enclin à la prohibition du cannabis, sachant que ce dernier chiffre est vraisemblablement sous-estimé en raison d'une compréhension inversée de l'item par certains répondants.

4.5.4.2 Items cannabis évalués par échelle de Likert

On peut analyser globalement 2 tendances :

Pour les items 15 et 17, les résultats sont très tranchés : « **un monde sans drogue est impossible** » pour près de la moitié du panel et peu vraisemblable pour plus d'un tiers, soit 83% du panel ; « L'interdiction légale n'est pas (ou peu) une atteinte aux libertés individuelles » pour **76 % des répondants**.

Pour les items 16, 18 et 19, les résultats sont au contraire très mitigés comme le montre l'histogramme cumulé ci-dessus. Ces items explorent les politiques progressistes en matière de lutte contre les toxicomanies mais aussi d'accès au soin, à savoir respectivement la dépénalisation, la médicalisation

et la légalisation. Au total, **58 %** des répondants sont globalement favorables à « *l'abandon des mesures pénales concernant l'usage privé des drogues au profit de mesures sanitaires visant à réduire les dommages* » ; par ailleurs, **55 %** d'entre eux déclarent être plutôt favorables à son retour dans la pharmacopée ; en revanche le panel est majoritairement défavorable « à *un accès réglementé du cannabis pour les majeurs* » avec **62 %** des répondants contre.

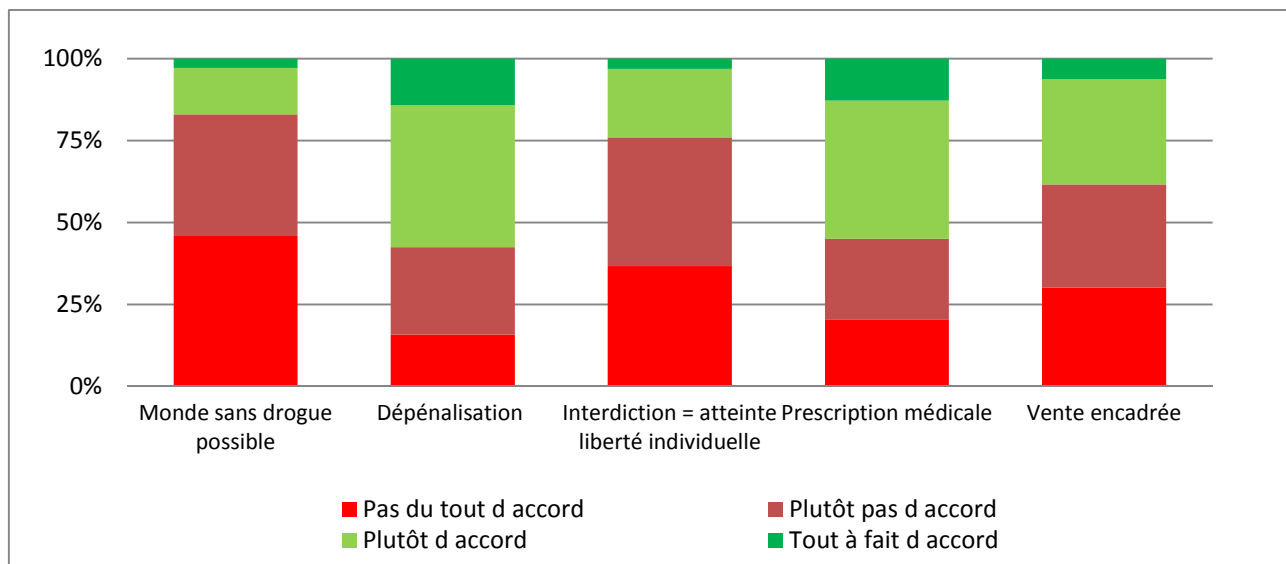


Figure 44 : perceptions des politiques publiques sur le cannabis (n=978)

4.5.5 Perceptions des motivations des politiques publiques

Les items suivants sont des variables qualitatives nominales explorant **les motivations de l'interdiction (item 20) et d'une éventuelle légalisation (item 21)**. A noter que si plusieurs rubriques ont été cochées (version papier uniquement), nous avons considéré toutes les réponses portant le nombre de réponses à 961 pour l'item 20 et 943 pour l'item 21, sur une base de 935 répondants (département pilote exclu).

Afin de permettre une analyse qualitative fine, l'ensemble des notions exprimées pour les 2 items portant sur les raisons de l'interdit ou d'un assouplissement légal ont été individualisés, soit 1431 arguments au total : 810 pour expliquer l'interdit (émises par 511 médecins) et 621 arguments pour expliquer une éventuelle légalisation (émises par 461 médecins). Les arguments individualisés ont été classés par thématique puis sous thématique, selon la nature substantielle des propos évoqués.

Les perceptions des origines du cadre légal sont très diverses et nous avons pu classer les réponses de ces 2 items en 29 sous-thématiques. Ces dernières sont souvent communes aux 2 items qui explorent des cadres légaux opposés : pourquoi interdire et pourquoi légaliser le cannabis ? Au sein d'une même thématique, il coexiste donc logiquement des arguments contradictoires, puisqu'ils défendent des positions antagonistes, ce qui témoigne avant tout de la **diversité des perceptions pour chacune des thématiques individualisées**. Ces différentes sous-thématiques ont ensuite été regroupées, pour chaque item, en 16 thématiques globales puis classées selon les 5 rubriques envisagées par les items qualitatifs, à savoir « santé publique », « économique et social », « culturelle », « politique » ou « autres raisons. »

De nombreux arguments ne correspondant pas à la rubrique choisie à l'item précédent, nous avons comptabilisé le nombre d'arguments pour chaque thématique au sein de chaque rubrique que nous avons rapporté systématiquement au taux de réponse de la rubrique considérée. Nous avons ensuite additionné les différentes fractions des thématiques identiques, issues des différentes rubriques, et nous

avons pu proposer un reclassement des rubriques, selon les notions réellement exprimées et pondéré par le taux de réponse à chaque rubrique.

4.5.5.1 Cas particulier du département pilote (panel de 43 médecins)

Une seule question posée était : « pour quel motif principal, selon vous, le cannabis est-il interdit, contrairement à l'alcool et au tabac ? »

Pour justifier que le cannabis n'ait pas le même statut légal que l'alcool ou le tabac seulement, 16 % des médecins de Meuse évoquent des enjeux de santé publique, la réponse modale étant alors « pour des raisons culturelles » suivie de près par « les raisons politiques ».

Cet item évaluait les raisons d'une différence de statut légal entre le cannabis et les produits légaux et confondait ainsi plusieurs argumentaires que nous avons préféré dissocier dans l'enquête définitive (interdiction du cannabis et autorisation de l'alcool et du tabac).

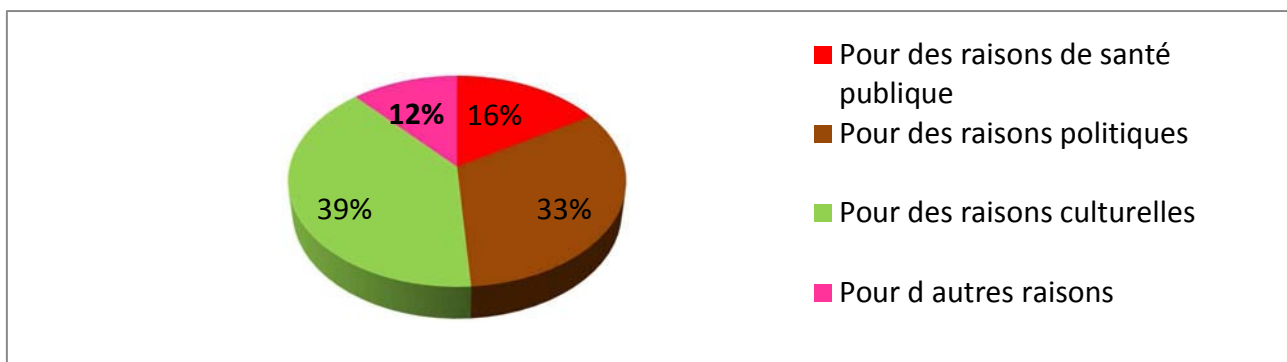
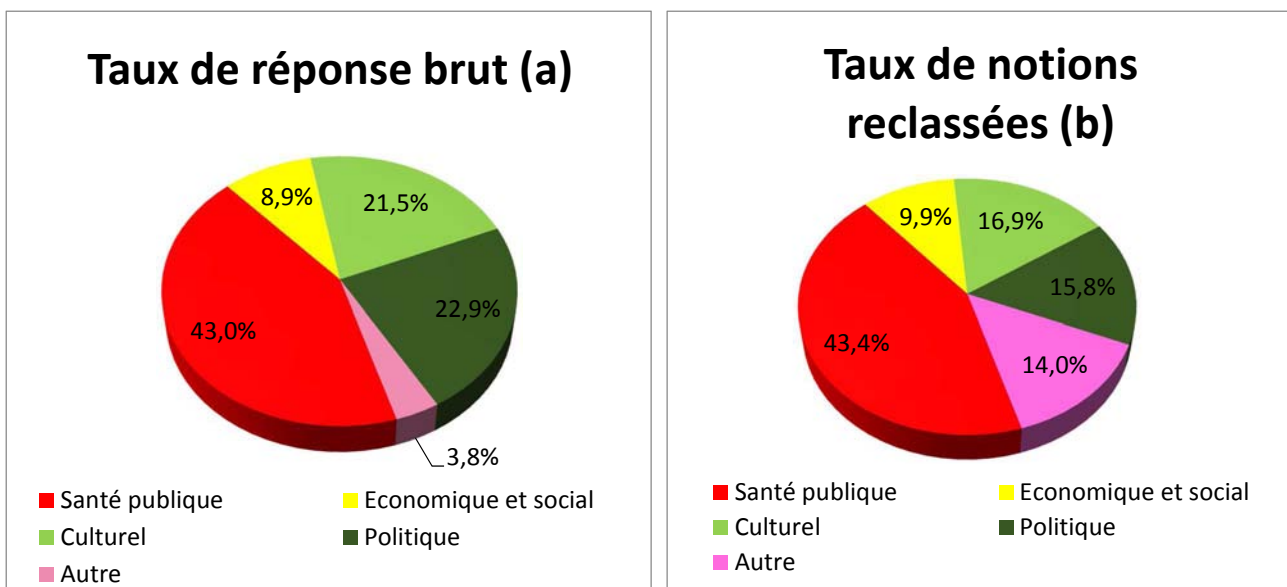


Figure 45 : motif principal d'interdiction du cannabis dans le département pilote (n=43)

Ainsi, lorsque l'on supprime la comparaison avec l'alcool et le tabac, comme dans le questionnaire définitif, les raisons de santé publiques passent au premier plan (43 % des raisons évoquées)

4.5.5.2 Enquête finale (panel de 935 médecins)

L'énoncé du premier item est le suivant : Pour quel motif principal, selon vous, le cannabis est-il interdit à la vente ? Précisez votre réponse s'il vous plait ?



Figures 46 (a et b): motif principal de la prohibition du cannabis avant et après reclassement (n=935)

Les rubriques choisies pour expliquer la prohibition sont, par ordre de fréquence décroissante : **raisons de santé publique**, raisons politiques, raisons culturelles, raisons économiques et sociales puis autres raisons.

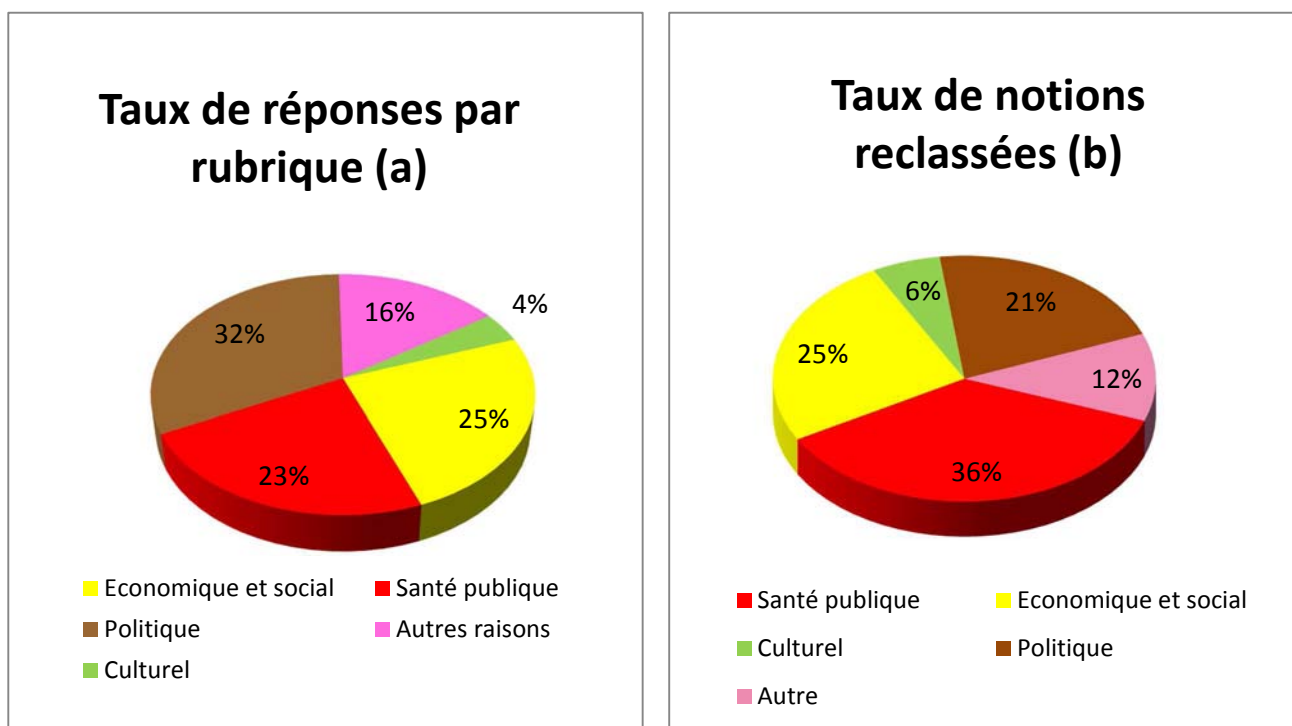
Selon le classement des notions exprimées, les arguments de **santé publique** restent au premier plan ; les arguments culturels sont plus exprimés que les raisons politiques ; les autres raisons passent également devant les raisons économiques et sociales, notions les moins évoquées.

Aucun motif principal ni aucune raison ne dégage une majorité absolue : il n'existe donc pas de consensus quant au fondement sanitaire de la prohibition. Toutefois, **les dommages engendrés** par la consommation de cannabis sont évoqués majoritairement, aussi bien sur le plan individuel que sur le plan sociétal.

L'énoncé du deuxième item est le suivant : « *Pour quel motif principal, selon vous, le cannabis pourrait-il être autorisé à la vente ? Précisez votre réponse s'il vous plaît ?* »

Les rubriques choisies sont, par ordre de fréquence décroissante, **raisons politiques**, raisons économiques et sociales, raisons de santé publique, autres raisons et enfin raisons culturelles.

Selon le classement des notions exprimées, les 3 premiers motifs sont inversés, plaçant les **notions de santé publique** en tête des notions exprimées comme dans l'item précédent. Les notions culturelles, quant à elles, restent très peu évoquées.



Figures 47 (a et b): motif principal d'une légalisation du cannabis avant et après reclassement (n=935)

5. ANALYSE

5.1 PERCEPTIONS DES DOMMAGES ET DES BENEFICES

5.1.1 Perceptions du cannabis comparativement aux drogues légales

5.1.1.1 Etude des évaluations moyennes obtenues

5.1.1.1.1 Mise en évidence de différences significatives entre les évaluations moyennes des produits

Pour la majorité des items, les moyennes obtenues pour chacun des 3 produits sont significativement différentes l'une de l'autre, Cela crée ainsi un classement des 3 produits pour chacun de ces items. Cependant pour 4 items, 2 produits ont une moyenne non statistiquement différente, ramenant le nombre de rangs à 2. Ainsi, les dommages chroniques du tabac sont jugés équivalents aux dommages chroniques de l'alcool ; idem pour la dépendance. Par ailleurs, pour le cannabis, les bénéfices auto-thérapeutiques sont évalués comme ceux du tabac et les bénéfices identitaires comme ceux de l'alcool. Finalement, les différences de représentation entre le cannabis et les drogues légales mises en évidence dans cette étude sont donc **significatives pour 10 items sur 12**.

Pour la plupart des items, ces résultats, bien que significativement différents, restent cependant du même ordre de grandeur entre les 3 produits. Toutefois, pour 5 items, on observe de manière attendue une forte minoration des évaluations d'un produit par rapport aux 2 autres. Il s'agit de :

- 3 items de dommages pour lequel il semble évident que le tabac soit moins nocif : dommages aigus, coût légal et conséquences sociales de l'usage.
- 2 items de bénéfices pour lequel le cannabis est logiquement moins profitable au vu du contexte socio-politique actuel : bénéfices économiques et bénéfices sociaux.

Ces éléments vont donc peser fortement dans les balances globales du tabac et du chanvre, en diminuant les dommages globaux du tabac et les bénéfices sociétaux du cannabis.

5.1.1.1.2 Evaluations moyennes du cannabis comparativement aux drogues légales

Par rapport à l'alcool, le cannabis est estimé en moyenne moins dommageable sur tous les items, excepté sur le coût légal, ce qui pose le paradoxe d'un produit peu dommageable dont l'usage est fortement réprimé. Par rapport au tabac, le cannabis serait moins dommageable en termes de dépendance, de dommages chroniques et de coût sanitaire et social.

Parallèlement, le cannabis apporterait sur le plan individuel les bénéfices hédoniques, auto-thérapeutiques (ex-æquo tabac) et identitaires (ex-æquo alcool) les plus importants, et sur le plan sociétal, les bénéfices économiques et sociaux les plus faibles et un bénéfice culturel intermédiaire.

Il est intéressant de constater que les items où le cannabis est plus dommageable ou moins bénéfique que les drogues légales sont essentiellement des items sociétaux qui explorent une représentation dépendant fortement du cadre légal, et non du produit en lui-même (coût légal, bénéfices économiques et sociaux).

Tableau 3 : perception de la position du cannabis par rapport aux drogues légales selon les items. Le rang 1 est associé arbitrairement à la plus forte valeur et le rang 3 associé à la plus faible valeur. Attention, la lecture est donc inversée pour les dommages et les bénéfices. Les classements ex-aequo sont inscrits en rouge (pas de différences significatives)

	Alcool	Tabac	Cannabis
Dommmages aigus	1	3	2
Dommmages chroniques	1	2	2
Dépendance	1	1	2
Cout sanitaire et social	1	2	3
Cout légal	2	3	1
Conséquences sociales	1	3	2
Bénéfices hédoniques	2	3	1
Bénéfices auto-thérapeutiques	2	1	1
Bénéfices identitaires	1	2	1
Bénéfices économiques	2	1	3
Bénéfices sociaux	1	2	3
Bénéfices culturels	1	3	2

Pour les agrégats de dommages et de bénéfices, les moyennes des 3 produits sont également significativement différentes l'une de l'autre. Le cannabis a finalement **une position intermédiaire concernant les dommages**, avec des évaluations plus proches de celle du tabac sur le plan individuel et de celles de l'alcool sur le plan sociétal. Parallèlement, le cannabis serait globalement **le produit le moins bénéfique**, ce qui s'explique exclusivement par la composante sociétale, le cannabis étant considéré sur le plan individuel comme le produit générant **le plus de bénéfices**.

Concernant les balances bénéfices-dommages, notre panel évalue le cannabis au même niveau que l'alcool et beaucoup plus négativement que le tabac. En effet, même si le cannabis présente une meilleure balance individuelle que les drogues légales (dommages intermédiaires et bénéfices importants), il présente également une balance sociétale médiocre, très nettement inférieure à celle des drogues légales (dommages modérés et bénéfices très faibles). L'écart de représentation entre le cannabis et les drogues légales étant beaucoup plus important sur la composante sociétale que sur la composante individuelle, cela minore logiquement la balance globale du chanvre.

Tableau 4 : évaluation moyenne et intervalle de confiance de la moyenne à 99%(en grisé) des agrégats et des balances de chaque produit. En cas de différence significative entre le cannabis et l'alcool ou le tabac, la moyenne la plus élevée parmi les 3 produits est en rouge, la moyenne intermédiaire en vert et la moyenne la plus basse en bleue.

	Cannabis			Alcool			Tabac		
agrégat de dommages individuels (sur 30)	20,66	20,23	21,10	24,74	24,44	25,04	19,05	18,73	19,36
agrégat de dommages sociétaux (sur 30)	19,26	18,82	19,70	23,34	23,02	23,66	12,36	11,98	12,75
agrégat global de dommages (sur 60)	39,92	39,13	40,72	48,08	47,54	48,62	31,41	30,83	31,99
agrégat de bénéfices individuels (sur 30)	16,56	16,13	17,00	14,48	14,07	14,89	13,90	13,43	14,37
agrégat de bénéfices sociétaux (sur 30)	11,50	10,96	12,05	21,55	21,13	21,96	18,50	18,05	18,94
agrégat global de bénéfices (sur 60)	28,07	27,26	28,87	36,03	35,35	36,70	32,40	31,63	33,17
balance individuelle (-30 à 30)	-4,10	-4,68	-3,52	-10,25	-10,74	-9,77	-5,15	-5,66	-4,64
balance sociétale (-30 à 30)	-7,76	-8,38	-7,13	-1,80	-2,25	-1,35	6,13	5,60	6,67
balance globale (-60 à 60)	-11,86	-12,86	-10,85	-12,05	-12,79	-11,31	0,99	0,17	1,81

En résumé, les dommages liés au cannabis sont perçus du même ordre de grandeur que les dommages induits par les drogues légales. Ce dernier est perçu dans une **position intermédiaire** entre le tabac, produit le moins dommageable et l'alcool, produit le plus dommageable. Les représentations des bénéfiques se démarquent davantage de celle des drogues légales par des positions extrêmes puisqu'il s'agirait du produit ayant le plus de bénéfiques individuels et le moins de bénéfiques sociétaux.

Par rapport à l'alcool, le cannabis est évalué plus négativement uniquement sur les 3 items de bénéfiques sociétaux et sur le coût légal. Par rapport au tabac, le cannabis est évalué plus négativement sur la composante sociétale, bénéfiques culturels exceptés, et sur les dommages aigus.

Il s'avère donc d'emblée que **la différence de représentation entre le cannabis et les drogues légales repose essentiellement sur les bénéfiques sociétaux**, qui sont très fortement dépendants du régime légal en vigueur.

5.1.1.2 *Etude de la dispersion des évaluations autour de la moyenne*

5.1.1.2.1 *Mise en évidence de différences significatives entre les écarts-types*

De manière générale, l'écart-type des scores de chaque produit est significativement **plus important sur les agrégats de bénéfiques que sur les agrégats de dommages**. Ces résultats étaient attendus car il est naturellement plus difficile d'appréhender la réalité des bénéfiques que celle des dommages au vu des données disponibles. Toutefois, cette tendance n'est pas observée sur les perceptions individuelles du cannabis de manière isolée (pas de différence significative entre l'écart type des dommages et celui des bénéfiques individuels). La perception du cannabis se démarque ainsi des autres produits sur le plan individuel par une **plus grande dispersion de la perception des dommages proportionnellement à celle des bénéfiques**.

Pour la plupart des items, on retrouve des écart-types significativement différentes en fonction du produit considéré. Toutefois, il n'existe pas des différences significatives entre les variances :

- des trois produits pour les items de bénéfiques auto-thérapeutiques et identitaires,
- de l'alcool et du cannabis pour l'item de bénéfiques hédoniques,
- du tabac et du cannabis pour les items de bénéfiques sociaux et culturels,
- du tabac et de l'alcool pour les dommages chroniques, la dépendance et les bénéfiques économiques.

Enfin, la dispersion des perceptions est plus importante pour le cannabis que pour les drogues légales. Cette différence est **significative au seuil de risque de 1 % pour 2/3 des items sur le tabac et 3/4 des items sur l'alcool**.

5.1.1.2.2 *Dispersion des évaluations du cannabis comparativement à celle des drogues légales*

Au niveau des items, les écarts types des évaluations sur le cannabis, sont significativement supérieurs à ceux des autres produits pour 5 items : dommages chroniques, dépendance, coût sanitaire et social, dommages sociétaux et bénéfiques économiques. A l'inverse, l'évaluation du coût légal du cannabis a un écart-type significativement inférieur à celui des autres produits. Enfin, les perceptions de dommages aigus du cannabis ont une dispersion intermédiaire, comprise entre celles de l'alcool, les moins dispersées, et celles du tabac, les plus dispersées.

Au niveau des agrégats et des balances, les écarts-types du cannabis sont **significativement supérieurs à ceux des autres produits**, sauf pour les bénéfiques individuels où il ne diffère pas des écarts types des autres produits et pour les bénéfiques globaux où il ne diffère pas de l'écart-type du tabac (soit 4/6 des agrégats et les 3 balances).

Enfin, **les réponses concernant le cannabis sont globalement les plus dispersées** : écarts-types significativement supérieurs aux drogues légales pour 5 items sur 12 (variant de 1.87 à 3.43) et 7 agrégats sur 9. **Les réponses concernant l'alcool sont les moins dispersées** : écarts-types

significativement inférieurs aux deux autres produits pour 6 items (écarts type variant de 1.35 à 2.39) et 6 agrégats. Les réponses concernant le tabac ont logiquement une dispersion intermédiaire, (écarts-type significativement supérieurs à ceux de l'alcool et inférieurs à ceux du cannabis pour 2 items et 5 agrégats), bien que supérieure aux 2 autres produits pour 3 items (dommages aigus, coût légal et bénéfices hédoniques) et pour l'agrégat de bénéfices individuels.

Tableau 5 : évaluation moyenne et intervalle de confiance de la moyenne à 99%(en grisé) des agrégats et des balances de chaque produit. En cas de différence significative entre le cannabis et l'alcool ou le tabac, la moyenne la plus élevée parmi les 3 produits est en rouge, la moyenne intermédiaire en vert et la moyenne la plus basse en bleue.

	Cannabis			Alcool			Tabac		
agrégat de dommages individuels	5,28	4,99	5,61	3,63	3,43	3,86	3,81	3,60	4,05
agrégat de dommages sociétaux	5,29	5,00	5,62	3,85	3,64	4,09	4,67	4,41	4,95
agrégat global de dommages	9,61	9,08	10,20	6,52	6,16	6,93	7,08	6,69	7,52
agrégat de bénéfices individuels	5,24	4,95	5,56	4,98	4,70	5,29	5,72	5,40	6,07
agrégat de bénéfices sociétaux	6,60	6,23	7,00	5,04	4,76	5,35	5,37	5,07	5,70
agrégat global de bénéfices	9,75	9,22	10,36	8,19	7,74	8,69	9,34	8,82	9,91
balance individuelle	6,98	6,59	7,41	5,86	5,54	6,22	6,20	5,86	6,58
balance sociétale	7,59	7,17	8,06	5,47	5,16	5,80	6,47	6,11	6,87
balance globale	12,23	11,55	12,98	8,97	8,47	9,52	9,93	9,38	10,54

Pour conclure, les représentations liées au cannabis sont globalement **plus hétérogènes** que celles de l'alcool et du tabac, dans une moindre mesure. Cette diversité des représentations est frappante concernant les items et les agrégats de dommages qui ont une dispersion plus importante que les items et agrégats respectifs de l'alcool (coût légal excepté) et du tabac (dommages aigus et coût légal exceptés). La dispersion est en revanche plus proche de celle des drogues légales concernant les bénéfices, notamment sur le plan individuel, bien que restant globalement significativement supérieure aux drogues légales. Les écarts types des balances globales illustrent parfaitement cette différence de dispersion des réponses en fonction du produit considéré, les drogues légales ayant un écart type nettement plus faible que le cannabis et cette différence est davantage marquée sur les dommages que sur les bénéfices. Les données étudiées sont donc plus consensuelles pour les drogues légales, particulièrement en termes de dommages induits, ce qui laisse suggérer que la représentation des dommages du cannabis est plus **empreinte de subjectivité** que celle des drogues légales.

5.1.1.3 Etude du classement des représentations du cannabis par rapport aux drogues légales comparativement aux données de référence

5.1.1.3.1 Classement des 3 produits en termes de dommages

Plus des 2/3 du panel (71%) classe le cannabis en termes de dommages globaux entre le tabac et l'alcool comme les experts, 18% du panel considère qu'il est moins dommageable que l'alcool, au maximum comme le tabac, et 11% pensent au contraire qu'il est autant, voire plus dommageable que l'alcool et plus dommageable que le tabac. Les classements extrêmes des dommages individuels et sociétaux du cannabis (inférieur ou égal au tabac et supérieur ou égal à l'alcool) s'annulent en partie sur le plan global, ce qui traduit une position plus nuancée sur les dommages individuels, en cas de perception extrême sur les dommages sociétaux, et réciproquement.

Le classement établi par notre panel est le même sur les agrégats de dommages individuels et sociétaux mais de manière moins consensuelle, notamment sur le plan individuel. **59.8% classe les dommages sociétaux liés au cannabis intermédiaires comme les experts de la F.F.A.**, 23.2% considère qu'il est moins dommageable que l'alcool, au maximum comme le tabac, et 15.2 % pensent au contraire qu'il est au moins autant voire plus dommageable que l'alcool et plus nocif que le tabac. Concernant les dommages individuels du cannabis, on ne retrouve que 36% de positions inférieures aux drogues légales comme les experts, 42% de positions intermédiaires et 22% supérieures, à l'opposé des experts.

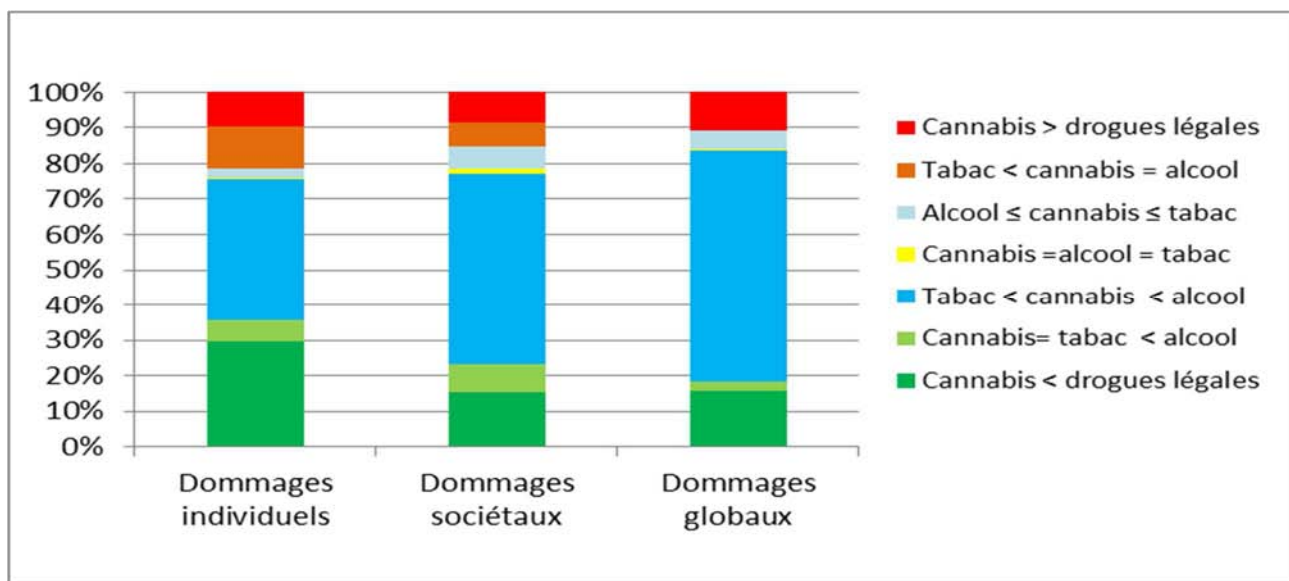


Figure 48 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les agrégats de dommages (n=978).

Concernant les dommages aigus liés à l'usage de cannabis, 10.8 % du panel les estiment inférieurs à ceux des drogues légales ou inférieurs à ceux de l'alcool et égaux à ceux du tabac, **49,4% les estiment intermédiaires comme les experts**, 36,4% supérieurs à ceux des drogues légales ou supérieures à ceux du tabac et équivalents à ceux de l'alcool et 3.4% amalgame les 3 produits de manière peu cohérente. Une petite moitié du panel classe finalement les dommages aigus du cannabis comme les experts.

Concernant les dommages chroniques liés à l'usage de cannabis, **53,2% du panel les estiment inférieurs à ceux des drogues légales comme les experts**, 3.8% les estiment égaux à ceux du tabac et inférieurs à ceux de l'alcool, 7,8% les estiment intermédiaires et 5.8% supérieurs à ceux des drogues légales ou supérieurs à ceux du tabac et équivalents à ceux de l'alcool. Il est intéressant de constater enfin que près du tiers du panel (29,3%) amalgame les 3 produits en terme de dommages chroniques ; ceci s'explique peut-être par la formule **alcool=tabac = 60 000 morts/an** en mettant le cannabis sur le même plan que le tabac car les consommations sont associées. La majorité du panel classe cependant les dommages chroniques du cannabis comme les experts.

Concernant la dépendance induite par l'usage de cannabis, **33.9% seulement du panel l'estime inférieure aux drogues légales comme les experts**, 4.9% égale à celle du tabac et inférieure à celle de l'alcool, 15.8% l'estime intermédiaire et 16.7% supérieure à celle des drogues légales ou supérieure à celle du tabac et équivalente à celle de l'alcool. Il est intéressant de constater que là encore près du tiers du panel (28.6%) amalgame les 3 produits en termes de dépendance. De plus, seulement un tiers du panel classe la dépendance induite par le cannabis comme les experts. Ces différents éléments traduisent assurément une **méconnaissance importante des médecins sur la dépendance au cannabis**, le pouvoir addictif du tabac ou l'importance du syndrome de sevrage de l'alcool n'étant pas du tout comparable à la dépendance induite par l'usage de cannabis.

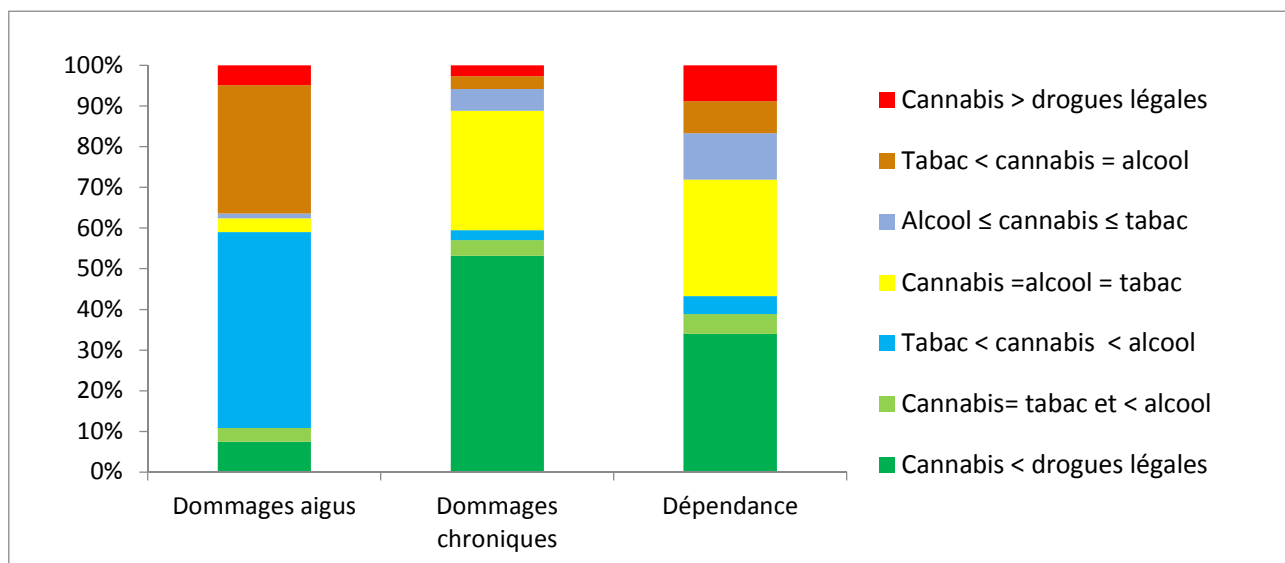


Figure 49 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les scores de dommages individuels (n=978).

Concernant le coût sanitaire et social lié à l'usage de cannabis, **plus des ¾ du panel (75.8 %) du panel l'estime inférieur à celui des drogues légales comme les experts**, 4.2 % égal à celui du tabac et inférieur à celui de l'alcool, 3.9 % l'estime intermédiaire et 4.8 % supérieur à celui des drogues légales ou supérieur au tabac et équivalent à celui de l'alcool ; 11.2 % du panel enfin amalgame les 3 produits. Cet item est le seul item de dommages permettant d'établir un **consensus au sein de notre panel et avec le panel d'experts**.

Concernant le coût légal lié à l'usage de cannabis, 2.8 % du panel l'estime inférieur aux drogues légales ou inférieur à l'alcool et égal à ceux du tabac, **16.7 % l'estime intermédiaire comme les experts** et 75.5 % % supérieur à celui des drogues légales ou supérieur au tabac et équivalent à celui de l'alcool ; 5 % du panel enfin amalgame les 3 produits. Cet item établit un large consensus au sein de notre panel également mais celui-ci n'est pas partagé par les experts. Ceci en fait l'item de dommage le moins bien classé de notre panel et sous-tend que le coût légal induit par l'alcool est minoré par rapport à celui du cannabis pour plus des ¾ du panel.

Concernant les conséquences sociales liées à l'usage de cannabis, 6 % du panel les estime inférieures aux drogues légales ou inférieures à l'alcool et égales à celles du tabac, **59,3 % les estime intermédiaires comme les experts** et 32,6 % supérieures à celles des drogues légales ou équivalentes à celles de l'alcool et supérieures au tabac; 2 % du panel enfin amalgame les 3 produits. La majorité du panel classe finalement les conséquences sociales de l'usage de cannabis comme les experts et près du tiers du panel majore les dommages induits par le cannabis relativement à ceux induits par l'alcool.

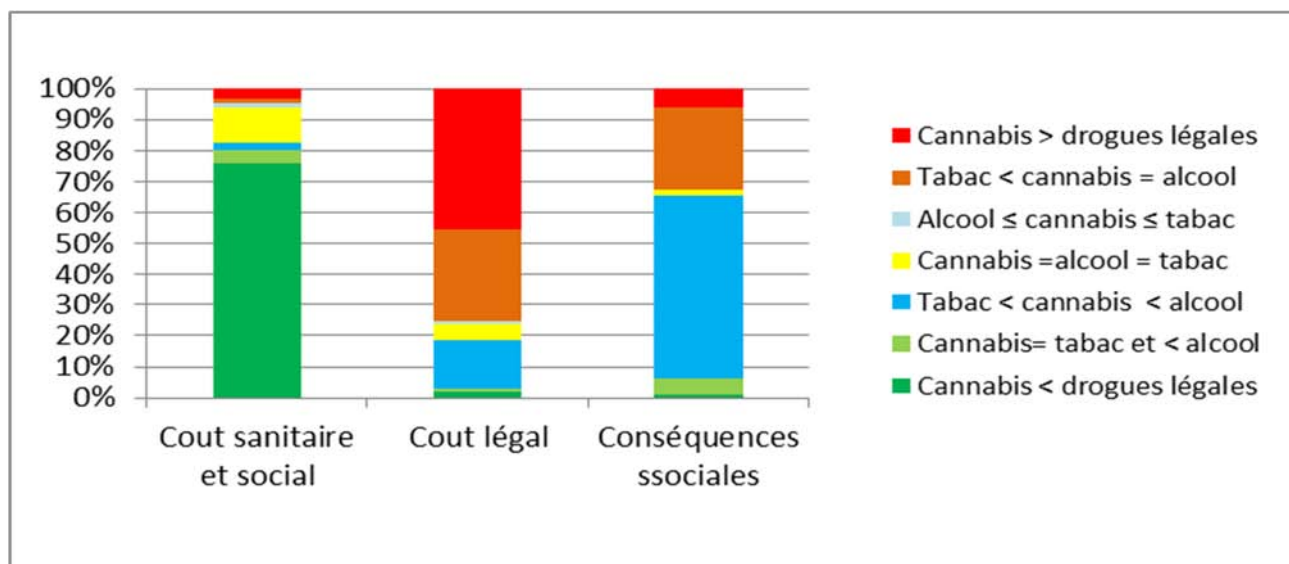


Figure 50 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les scores de dommages sociétaux (n=978)

Curieusement, malgré les nombreuses études sur la toxicité du cannabis, les avis sont plus hétérogènes sur le plan individuel que sociétal. Par ailleurs, les dommages du cannabis ne sont classés correctement par rapport aux experts que par seulement 36% du panel sur le plan individuel : il s'en dégage 3 sous-groupes équilibrés dont un groupe de médecins classant le cannabis, comme autant voire plus dangereux que l'alcool et un groupe de médecins classant le cannabis comme le moins dommageable des 3 produits sur le plan individuel à l'instar du panel d'experts.

Finalement, le cannabis est classé comme pour les données de référence par une majorité de médecins sur le plan global et sociétal, **mais pas sur le plan individuel**, où il existe des différences de représentations, importantes en terme d'écart de perception, et conséquentes en termes de taille de sous population.

5.1.1.3.2 Classement des 3 produits en termes de bénéfices

55,3 % du panel considère que le cannabis apporte globalement moins de bénéfices que les drogues légales à l'instar des experts, 35.9% considère que le cannabis apporte des bénéfices équivalents ou supérieurs à ceux au tabac, mais inférieurs à l'alcool et 7.5 % pense au contraire qu'il apporte plus de bénéfices que le tabac et autant, voire plus de bénéfices que l'alcool. Les bénéfices individuels sont le plus souvent classés entre le tabac et l'alcool, les bénéfices sociétaux sont classés très majoritairement inférieurs aux drogues légales comme les bénéfices globaux, ce qui reflète la forte influence **des bénéfices sociétaux** dans l'évaluation globale des bénéfices liés au cannabis. Concernant les bénéfices sociétaux, les résultats sont encore plus consensuels avec les données de référence, puisque **66 % du panel classe le cannabis comme les experts**. Sur le plan individuel en revanche, on observe seulement 23.2 % de positions inférieures à l'alcool et inférieures ou égales au tabac, **59.8 % de positions intermédiaires comme les experts** et 15.2% de positions supérieures au tabac et supérieures ou égales à l'alcool.

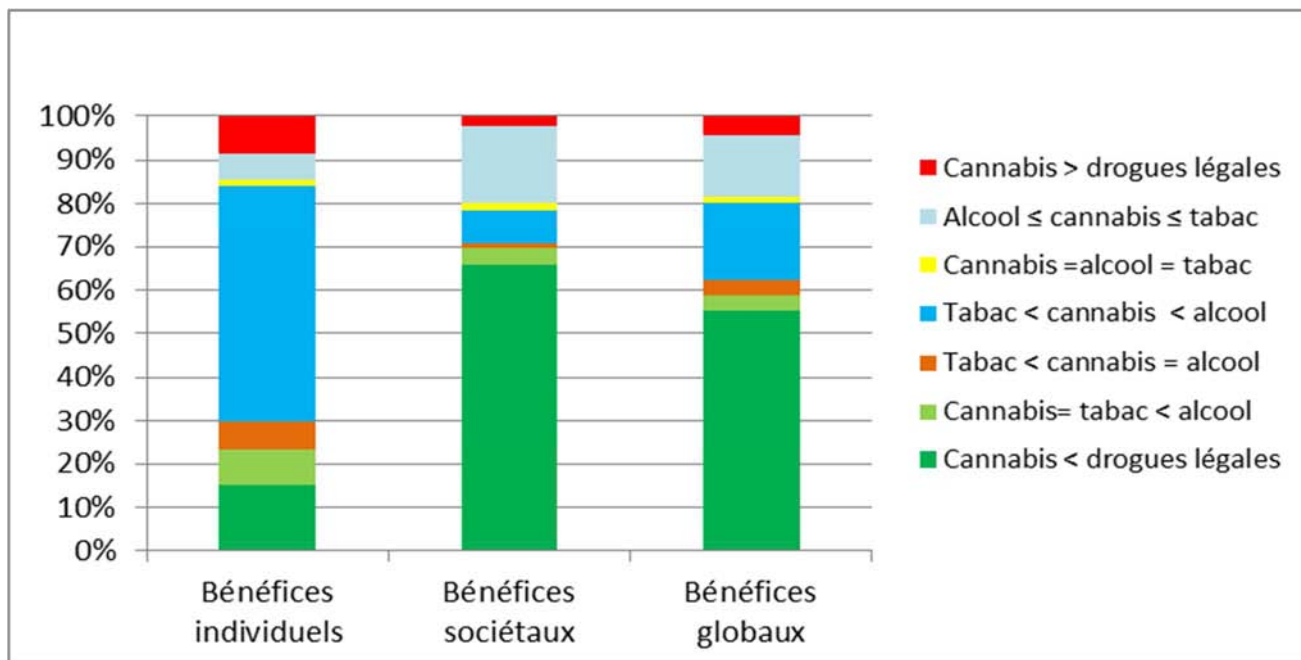


Figure 51 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les agrégats de bénéfices (n=978)

Parmi les 3 produits, le cannabis est donc classé **comme les experts** par une majorité de médecins de notre panel, **que cela soit en termes de bénéfices** individuels, sociétaux ou globaux.

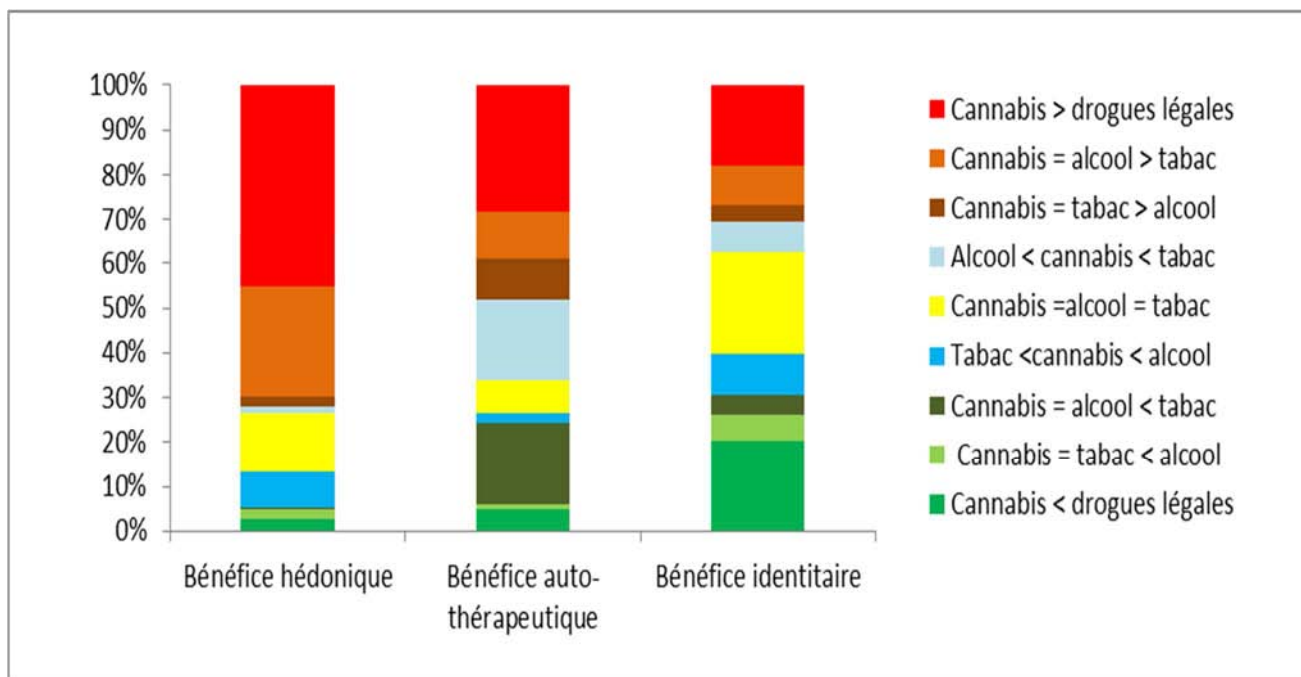


Figure 52 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les scores de bénéfices individuels (n=978)

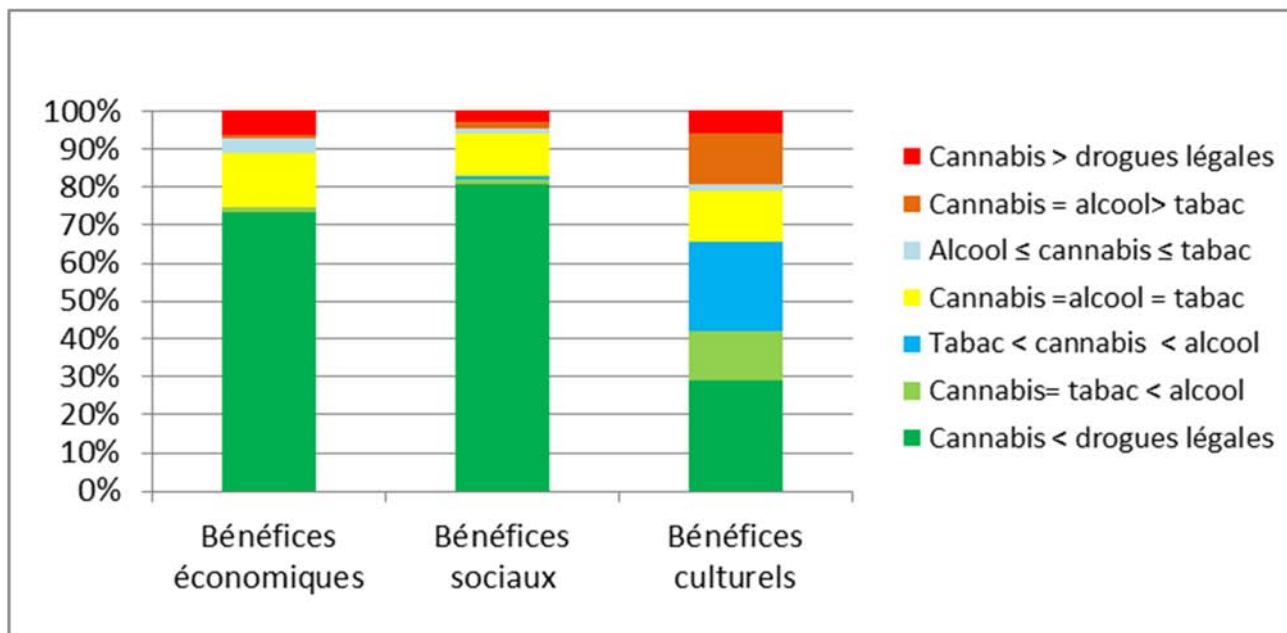


Figure 53 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les scores de bénéfices sociétaux (n=978).

5.1.2 Perceptions des produits comparativement aux données de référence (étude F.F.A. 2011)

5.1.2.1 Analyse par produit

5.1.2.1.1 Cannabis

- Dommages

Les dommages du cannabis sont tous majorés significativement ($p < 0.0001$ pour 5 items). Cette majoration est importante pour les dommages aigus (+ 59 %) et les conséquences sociales (+ 40 %) ; elle est plus modérée pour la dépendance (+ 29 %), le coût légal (+ 23 %), les dommages chroniques (+ 17 %) et très discrète pour le coût sanitaire et social (+ 4 %). Ce dernier item de dommages entrainerait presque un consensus avec les experts autour d'un coût sanitaire moyennement élevé (≈ 5 sur 10), la différence n'étant pas significative au seuil de 0.1% ($p = 0.00274$).

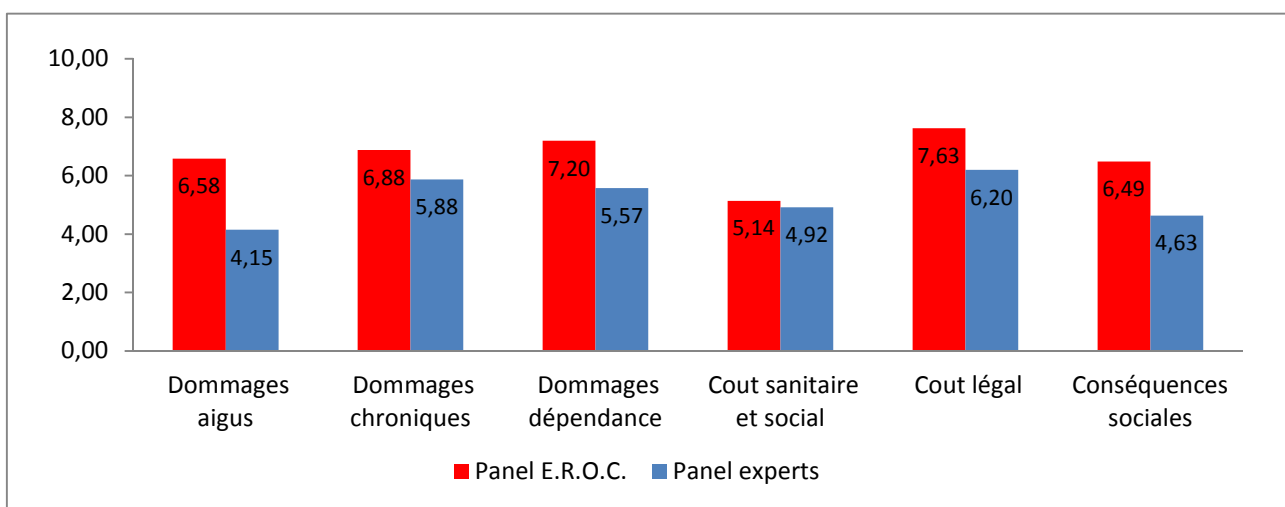


Figure 54 : moyennes des scores de dommages comparées aux données de référence (9)– Cannabis

Cette évaluation majorée des dommages liés au cannabis se répartit donc sur les 6 items, et de manière plus importante sur les dommages individuels (moyenne des écarts aux experts pour les 3 items = 1.69) que sur les dommages sociétaux (moyenne des écarts aux experts pour les 3 items = 1.17), ce qui peut sembler étonnant, le médecin généraliste ayant plus vocation à être un spécialiste des dommages individuels que des dommages sociétaux.

- **Bénéfices :**

Les bénéfices économiques et hédoniques sont majorés significativement ($p < 0.0001$) par notre panel : respectivement + 62 % et +10 %. La comparaison avec les experts concernant les bénéfices économiques n'est cependant pas facilement interprétable car notre item considérait également l'économie illégale du trafic, à l'inverse des experts, ce qui a tendance à majorer cette évaluation. Tous les autres bénéfices sont minorés significativement ($p < 0.0001$), particulièrement les bénéfices auto-thérapeutiques (-30 %), identitaires (- 26 %) et sociaux (- 24 %). Les bénéfices culturels sont les moins minorés (- 12 %). **Enfin, les bénéfices les mieux évalués sont les bénéfices hédoniques qui sont, par ailleurs, les seuls majorés avec certitude par notre panel et ce, contrairement à la tendance globale.**

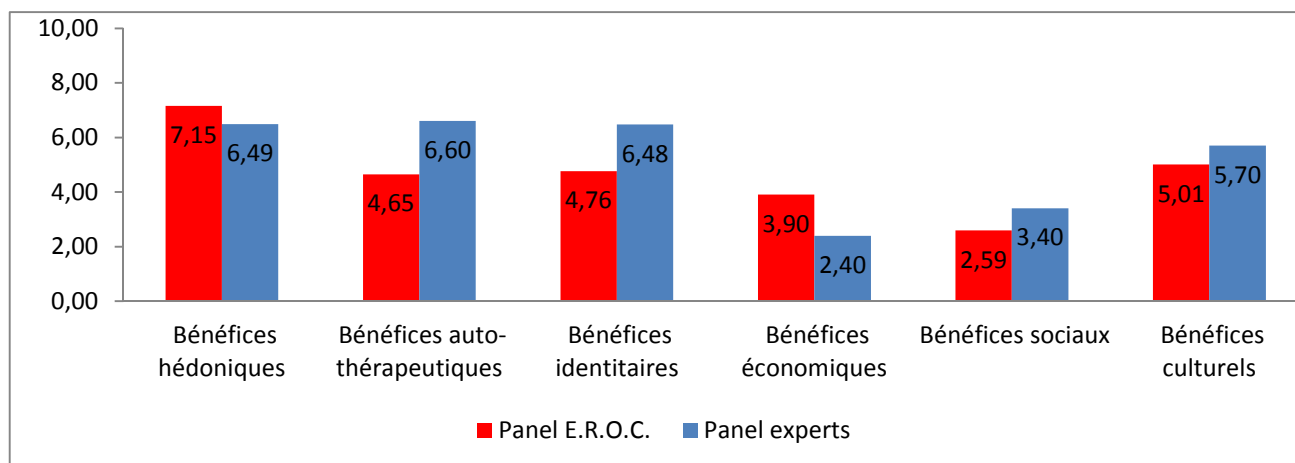


Figure 55 : moyennes des scores de bénéfices comparées aux données de référence (9) - Cannabis

La représentation des bénéfices du cannabis est donc **différente de celle des experts pour chacun des items, globalement minorée**. Comme pour l'évaluation des dommages, les perceptions sociétales semblent mieux évaluées (moyenne des écarts aux experts pour les 3 items = 0) que les perceptions individuelles (moyenne des écarts aux experts pour les 3 items = -1).

5.1.2.1.2 Alcool

- **Dommages :**

Les différents dommages individuels et sociétaux sont évalués comme les experts pour 4 items de manière particulièrement remarquable, la différence étant non significative au seuil de risque de 1 % ($0.11 < p < 0.87$). Par ailleurs, on observe une majoration significative discrète (+6%) des dommages aigus compensée par une minoration significative discrète (-7%) du coût sanitaire et social ($p < 0.0001$).

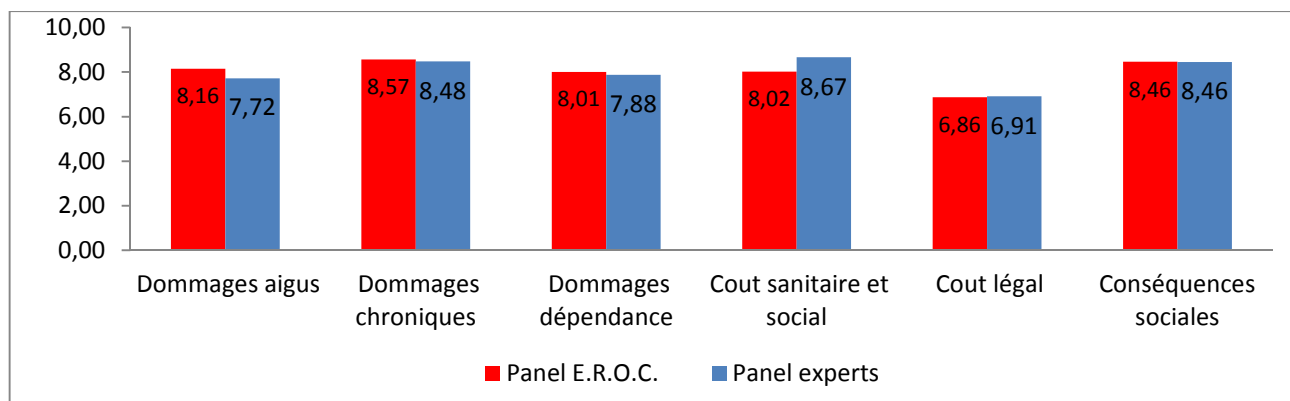


Figure 56 : moyenne des scores de dommages comparées aux données de référence (9) - Alcool

Il existe donc globalement un consensus marqué entre notre panel et les experts concernant les dommages globaux liés à l'alcool (moyenne des écarts aux experts des 6 items = -0.01) avec une discrète majoration des dommages sur le plan individuel (moyenne des écarts = +0.22) compensée par une légère minoration sur le plan sociétal (moyenne des écarts = -0.23).

- Bénéfices :

Les différents bénéfices sont tous sous-évalués significativement ($p < 0.0001$) par rapport aux experts de manière discrète pour 4 items (-5% à -14%) et importante pour les bénéfices auto-thérapeutiques (-56%) et identitaires(-35%).

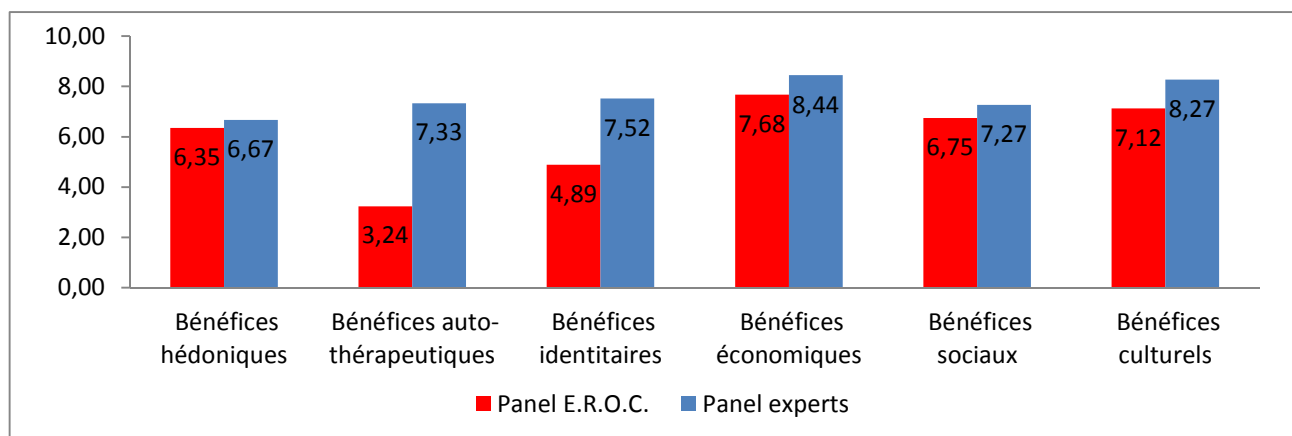


Figure 57 : moyenne des scores de bénéfices comparées aux données de référence (9)– Alcool

Notre panel sous évalue donc radicalement les bénéfices de l'alcool même si leur représentation reste relativement proche de celle des experts pour 2/3 des items Cette tendance est plus marquée là encore sur les bénéfices individuels (moyenne des écarts = -2.35) que sur les bénéfices sociétaux (moyenne des écarts = -0.81).

5.1.2.1.3 Tabac

- Dommages :

Les dommages aigus et les conséquences sociales sont évalués comme les experts (respectivement $p = 0.85$ et 0.21) La dépendance (- 5.8 %) et le coût sanitaire et social (- 6.7 %) sont significativement minorés ($p < 0.0001$) et compensés par une majoration significative ($p < 0.0001$) du coût légal (+23%) et des dommages chroniques (+ 2.4 %).

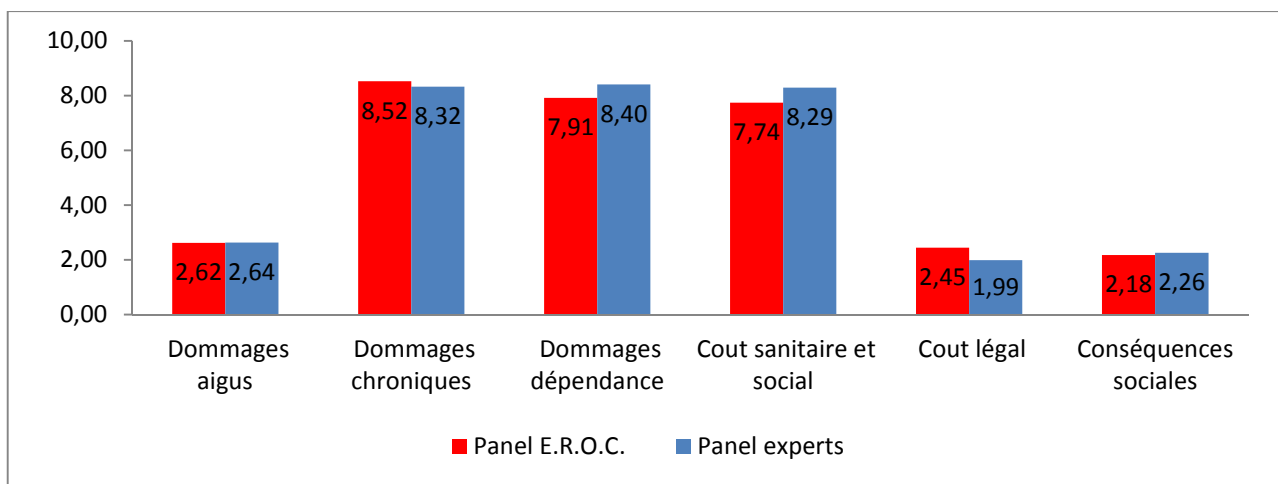


Figure 58 : moyenne des scores de dommages comparées aux données de référence (9) - Tabac

Il existe donc également un consensus marqué entre notre panel et les experts concernant les dommages liés au tabac (moyenne des écarts = -0.16) sur le plan individuel (moyenne des écarts = -0.1) comme sur le plan sociétal (moyenne des écarts = -0,06).

- Bénéfices :

On retrouve une sous-évaluation modérée pour les bénéfices identitaires (- 27.5 %), faible pour les bénéfices auto-thérapeutiques (- 14 %) et les bénéfices culturels (- 6.9%). Les bénéfices sociaux (+10,7 %) et économiques (+ 2.9 %) sont faiblement majorés (p<0.0001 pour les 5 items précédents); les bénéfices hédoniques sont évalués comme les experts (p = 0.63).

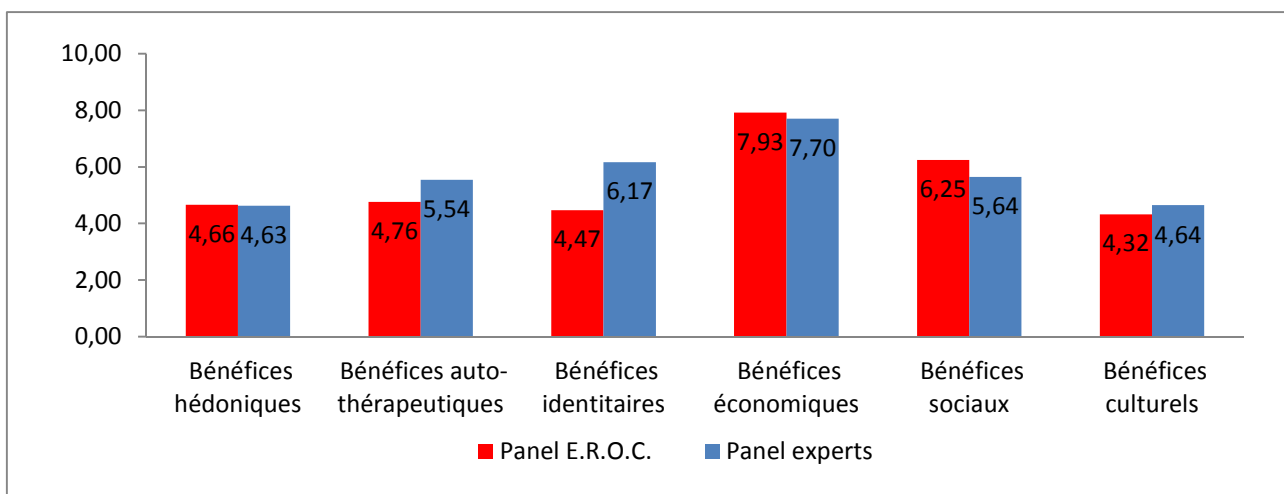


Figure 59 : moyenne des scores de bénéfices comparées aux données de référence (9) - Tabac

La représentation des bénéfices du tabac est donc différente de celle des experts pour 5 items, et toujours de manière plus importante sur les bénéfices individuels (moyenne des écarts = 0.84) que sur les bénéfices sociétaux (moyenne des écarts = 0.38). **Les bénéfices du tabac sont globalement minorés, de manière toutefois moins importante que pour les 2 autres produits**, et liés presque uniquement à la minoration de bénéfices auto-thérapeutiques et identitaires.

5.1.2.2 Analyse globale

5.1.2.2.1 Perceptions individuelles comparées aux perceptions des experts

- Dommages individuels :

Il existe une différence significative entre nos résultats et les données de référence pour le cannabis et l'alcool ($p < 0.0001$), **mais pas pour le tabac** ($p = 0.011$). Les évaluations de dommages liés à l'alcool restent toutefois très proches de celles des experts (majoration très discrète $= +2.4\%$).

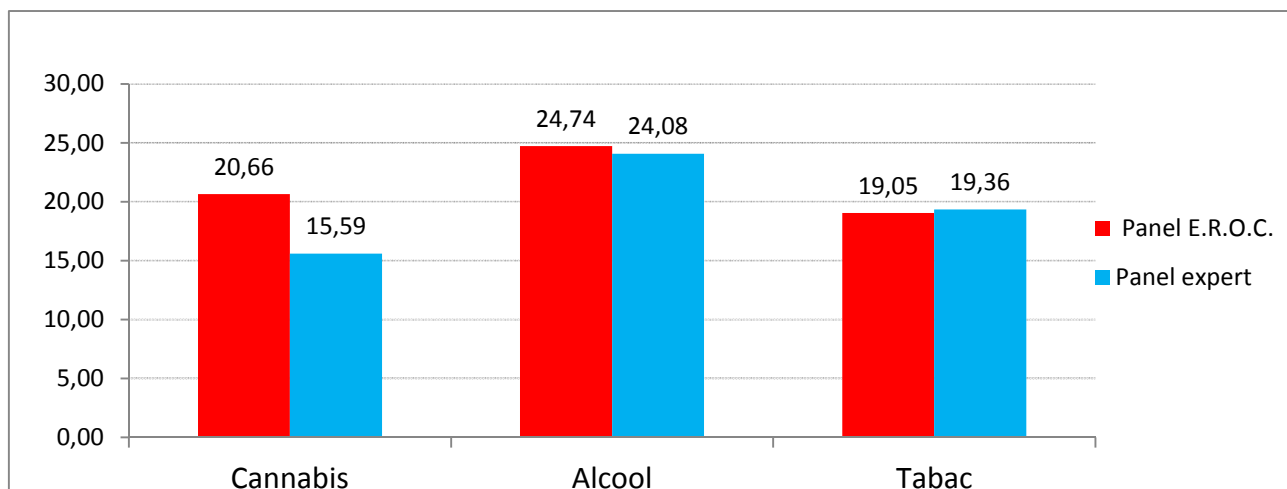


Figure 60 : moyenne des agrégats de dommages individuels comparée aux données de référence (9) pour chaque produit.

Notre panel partage donc approximativement la représentation des experts concernant les dommages individuels induits par l'usage des drogues légales, alors qu'il **majoré fortement les dommages individuels induits par le cannabis** ($+33\%$), **notamment les dommages aigus et la dépendance**.

- Bénéfices individuels :

L'évaluation des bénéfices individuels est **minorée significativement** ($p < 0.0001$) par notre panel par rapport aux experts, et ce **pour les 3 produits** (-18% pour le tabac et le cannabis) et particulièrement pour l'alcool (-49%).

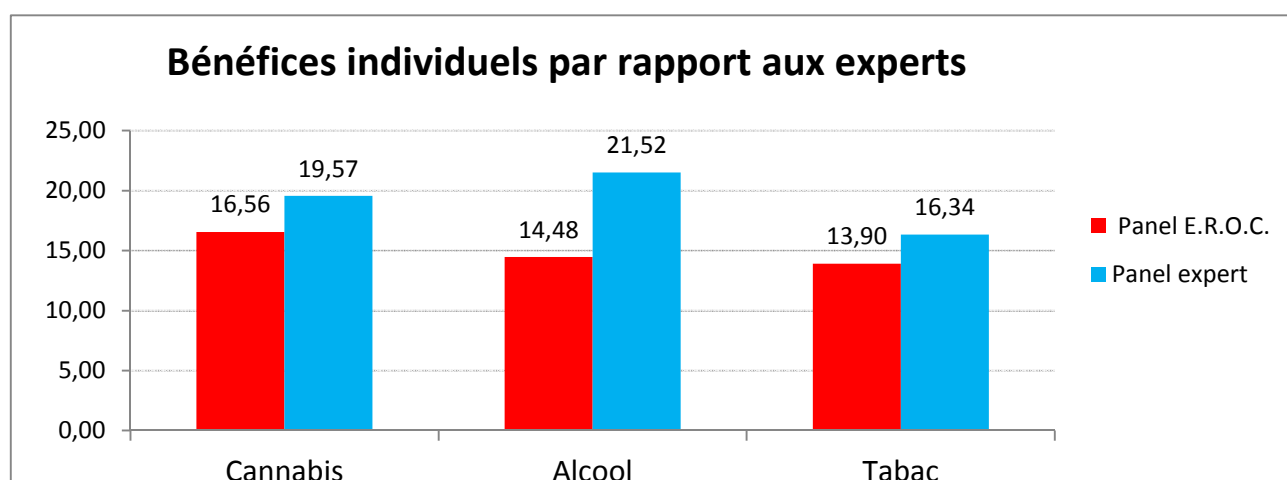


Figure 61 : moyenne des agrégats de bénéfices individuels comparée aux données de référence (9) pour chaque produit.

Cette minoration des bénéfices individuels est en grande partie liée aux bénéfices auto-thérapeutiques et identitaires qui sont systématiquement minorés : fortement pour l'alcool, moyennement pour le cannabis et plus faiblement pour le tabac. En revanche, **les bénéfices hédoniques du cannabis sont**

majorés par rapport aux experts, contrairement aux bénéfices hédoniques des drogues légales, ce qui constitue la différence la plus remarquable entre les 3 produits concernant les bénéfices individuels.

- Balances individuelles :

Finalement, les balances individuelles sont **significativement inférieures** à celle des experts pour les 3 produits ($p < 0.0001$), et de manière importante pour le cannabis (moyenne des écarts = -8.08) et l'alcool (moyenne des écarts = -7,7), le tabac étant finalement le produit le mieux évalué par notre panel sur le plan individuel (moyenne des écarts = - 2.3).

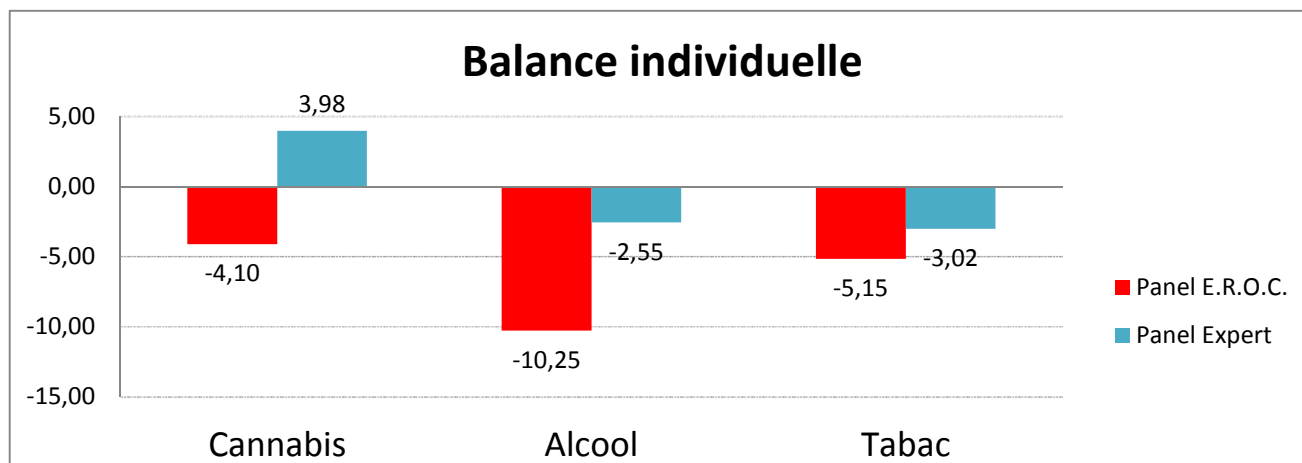


Figure 62 : moyenne des balances individuelles comparée respectivement à celles des experts (9) pour chaque produit.

Ces différences de perceptions avec les experts sont liées à des éléments différents selon les produits : majoration des dommages essentiellement pour le cannabis et minoration des bénéfices exclusivement pour les drogues légales.

5.1.2.2.2 Perceptions sociétales comparées aux perceptions des experts

- Dommages sociétaux :

Il existe une différence significative entre notre panel et les experts pour l'alcool et le cannabis ($p < 0.0001$) mais pas pour le tabac ($p = 0.2576$). Par rapport aux données de référence, les dommages sociétaux sont donc bien évalués pour le tabac et discrètement minorés pour l'alcool (-2.9%) ; en revanche, les dommages sociétaux sont largement majorés pour **le cannabis (+ 22 %)**, **notamment les conséquences sociales**.

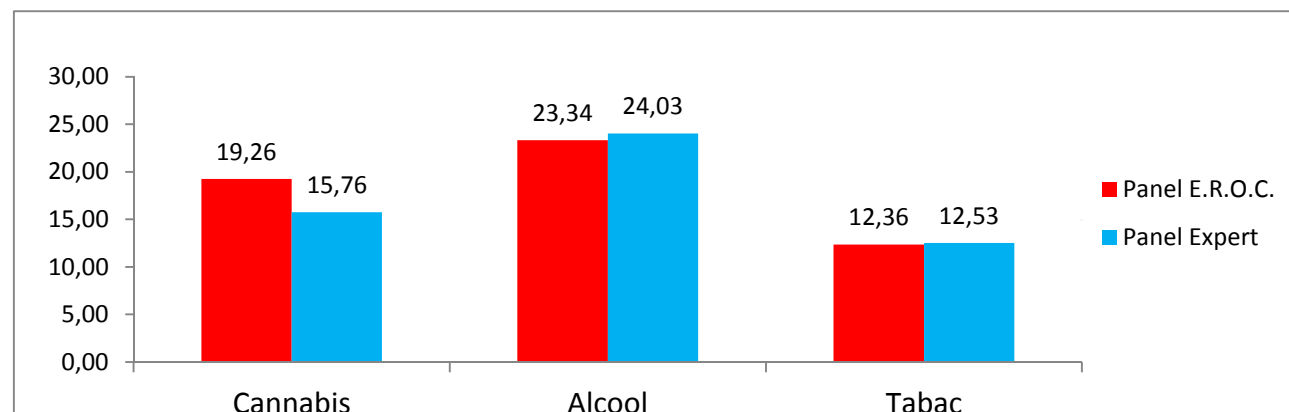


Figure 63 : moyenne des agrégats de dommages sociétaux comparée aux données de référence (9) pour chaque produit.

On retrouve exactement la même tendance qu'au niveau des perceptions individuelles. **Cette différence de perception avec celle des experts des dommages liés au cannabis se démarque donc là encore très nettement de celle des drogues légales.**

• Bénéfices sociétaux :

Les bénéfices sociétaux sont évalués exactement comme les experts pour le cannabis ($p = 0.9884$), très discrètement majorés (+ 3%) pour le tabac ($p=0.0033$), et faiblement minorés (- 10 %) pour l'alcool ($p < 0.0001$).

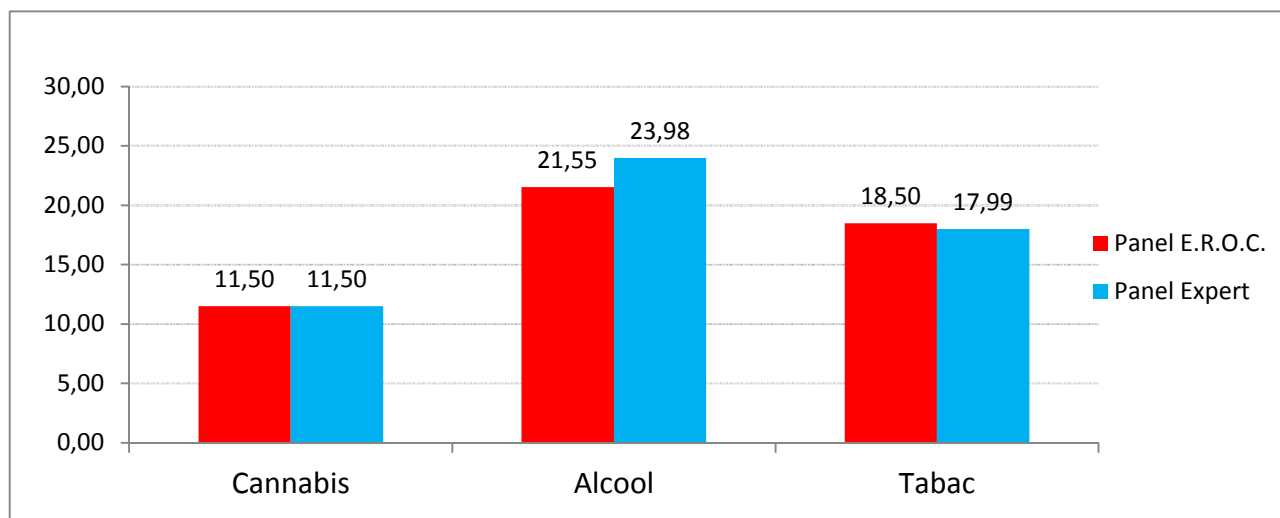


Figure 64 : moyenne des agrégats de bénéfices sociétaux comparée aux données de référence (9) pour chaque produit.

Ces évaluations des bénéfices sociétaux sont donc globalement proches de celles des experts pour les 3 produits, et dans tous les cas, plus proches des experts que pour les bénéfices individuels. Il faut néanmoins rappeler que l'item « bénéfices économiques », fausse probablement l'interprétation en entraînant une majoration logique des bénéfices économiques pour les 3 produits et particulièrement pour le cannabis, son commerce étant illégal.

• Balances sociétales :

Comme pour les balances individuelles, les balances sociétales de l'alcool et du cannabis de notre panel sont significativement inférieures ($p < 0.0001$) à celles des experts. Notre panel majore en revanche discrètement la balance sociétale du tabac par rapport aux experts ($p = 0,0011$).

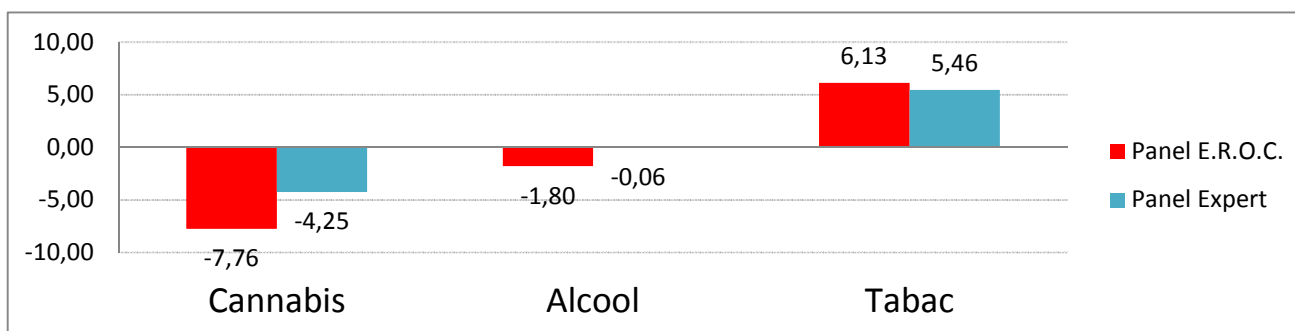


Figure 65 : moyenne des balances sociétales comparée respectivement à celles des experts (9) pour chaque produit.

Finalement, le plus grand écart de représentation sociétale concerne **la balance du cannabis qui est la plus fortement minorée**, en rapport à une majoration des dommages uniquement (conséquences sociales et coût légal) et les balances sociétales des drogues légales restent relativement proches de celles des experts.

5.1.2.2.3 Perceptions globales comparées aux perceptions des experts

- Dommages globaux :

En résumé, **les dommages liés au cannabis sont majorés très significativement** ($p < 0.0001$) par notre panel comparativement aux données de référence (+ 27 %). A l'inverse, les drogues légales sont évaluées globalement comme les experts (pas de différence significative : alcool, $p = 0,877$ et tabac, $p = 0.0343$), ce qui confirme au passage **la valeur de référence aux résultats des experts**.

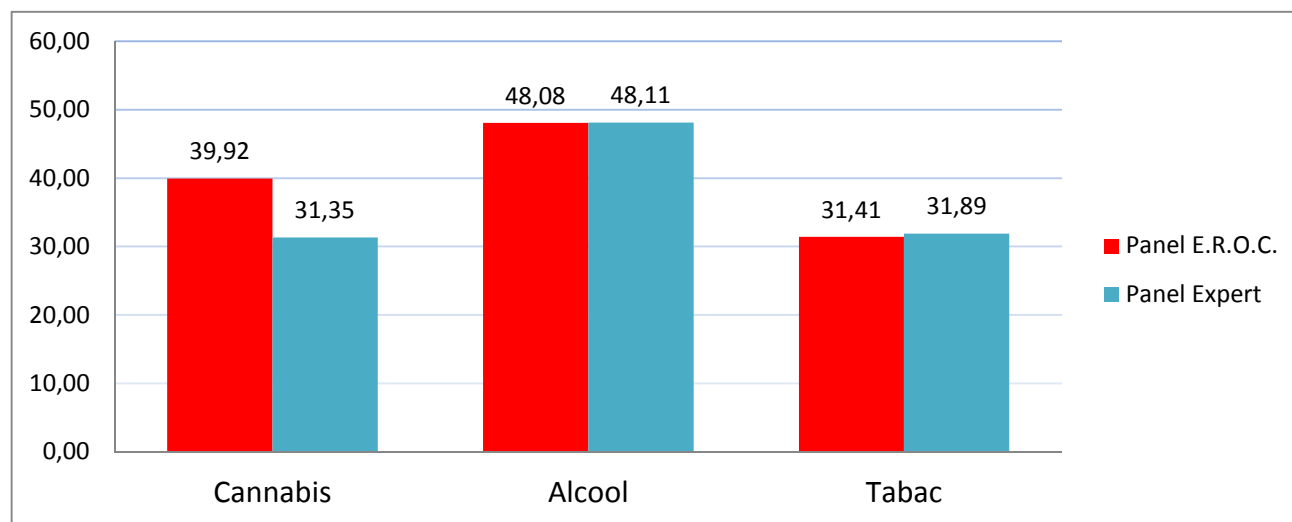


Figure 66 : moyenne des agrégats de bénéfices globaux comparée aux données de référence (9) pour chaque produit.

Ces résultats prouvent que les médecins généralistes sont en quelque sorte des « experts » des dommages de l'alcool et du tabac aussi bien sur le plan individuel que sur le plan sociétal. Ils suggèrent par ailleurs, que l'évaluation des dommages du cannabis, particulièrement **celle des dommages aigus, de la dépendance et des conséquences sociales**, semble être influencée **par des facteurs plus subjectifs, emprunts d'irrationalité**, probablement basés sur une méconnaissance du produit, avec la peur de l'inconnu en filigrane.

- Bénéfices globaux :

Les bénéfices globaux des 3 produits **sont significativement minorés** par notre panel comparativement aux données de référence ($p < 0.0001$ pour les 3 produits). Cette minoration des bénéfices est faible pour le tabac (- 5.6 %) et le cannabis (- 9.7 %) et s'explique uniquement par la composante individuelle. Elle est plus importante pour l'alcool, (- 21 %) liée avant tout à une sous-évaluation des bénéfices individuels mais aussi des bénéfices sociétaux. Notre panel a donc une vision particulièrement différente des experts concernant les bénéfices de l'alcool alors que les perceptions des bénéfices liés au cannabis et au tabac sont plus proches des données de référence, **minorées uniquement sur le plan individuel**.

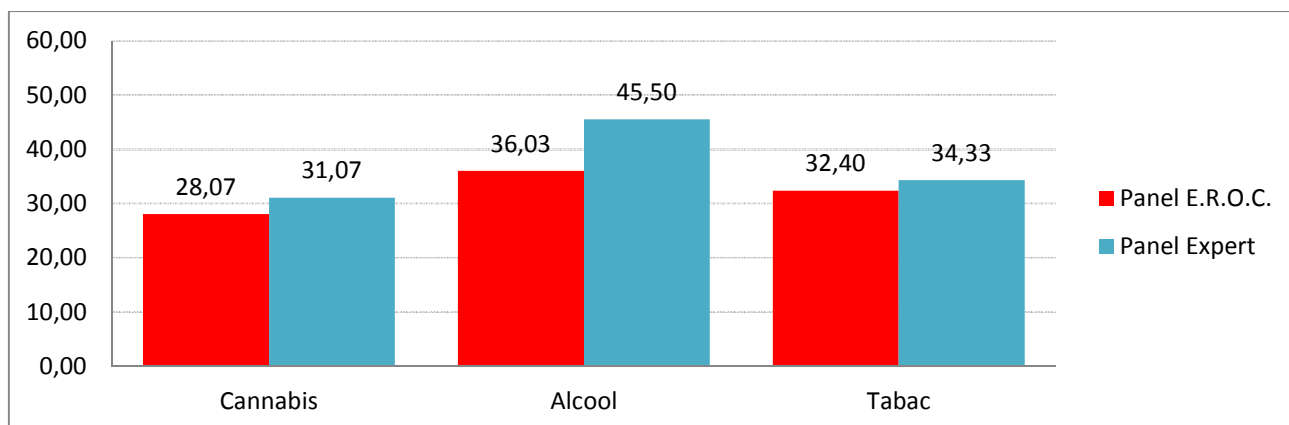


Figure 67 : moyenne des agrégats de bénéfices globaux comparée aux données de référence (9) pour chaque produit.

A noter que le seul des 3 items de bénéfice individuel qui soit majoré par rapport aux experts est le bénéfice hédonique du cannabis. Notre panel a donc une vision de la puissance et du plaisir que peut procurer ce produit, supérieurs aux bénéfices hédoniques de l'alcool, à l'inverse des experts.

Cette minoration des bénéfices semble être **indépendante du produit considéré**, peut être associée à la représentation de la drogue de manière plus générale ; elle est fortement **liée à une minoration des bénéfices auto-thérapeutiques et identitaires** pour lesquels on observe parmi l'ensemble des items de bénéfice, les écarts avec les experts les plus importants pour les 3 produits, et particulièrement pour l'alcool.

- Balances globales :

Les balances globales sont finalement significativement plus faibles que celle des experts pour les 3 produits ($p < 0.0001$), de manière très nette pour le cannabis et l'alcool, de manière beaucoup plus discrète pour le tabac et en rapport uniquement à la sous-évaluation des bénéfices individuels commune aux 3 produits. Le tabac est donc globalement le produit le mieux évalué par notre panel, se démarquant nettement des 2 autres produits. L'alcool est moins bien évalué en raison d'une minoration des bénéfices exclusivement. Le cannabis est moins bien évalué en raison **d'une majoration des dommages essentiellement** et dans une moindre mesure d'une minoration des bénéfices individuels.

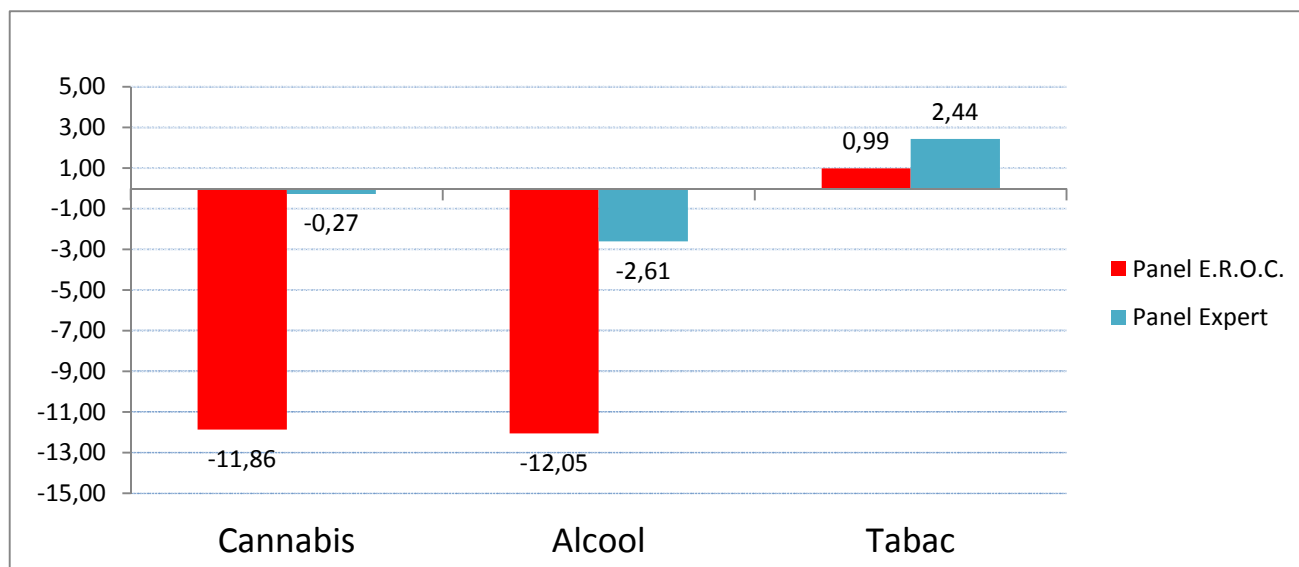


Figure 68 : moyenne des balances globales comparée respectivement à celles des experts (9) pour chaque produit.

5.1.2.2.4 Distribution des agrégats majeurs du cannabis par rapport aux experts

- Dommages globaux

Les données de référence confèrent 31.35 points aux dommages globaux du cannabis, ce qui implique que **80% de notre panel majeure les dommages du cannabis par rapport aux experts et 18% les minorent**. En s'intéressant à la distribution des perceptions de dommages, on constate finalement que 27% des médecins ont une évaluation relativement proche de celle des experts (+/-5 points) et que **65% des médecins les majorent de façon conséquente**, dont 22% de manière très importante (+ 16 points). Parallèlement, 8% du panel minore les dommages de façon conséquente (dont 3 médecins de manière extrême).

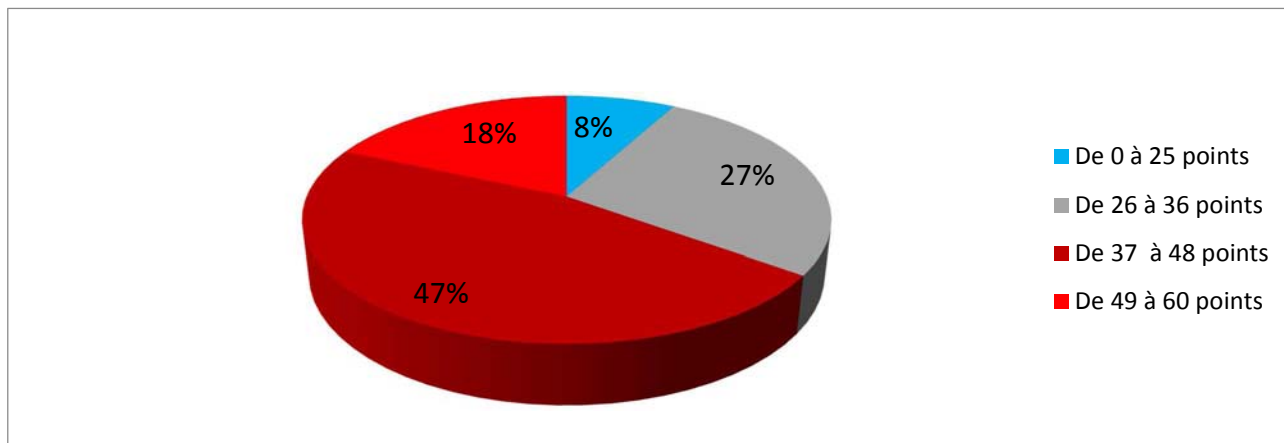


Figure 69 : répartition de l'agrégat de dommage global du cannabis par tranche de points. Les évaluations proches de celles des données de référence (9) sont en vert, les évaluations majorées en rouge et les évaluations minorées en bleu.

- Bénéfices globaux :

61% du panel minore les bénéfices du cannabis par rapport aux experts et 36% les majorent (bénéfices experts = 31.07). En s'intéressant à la distribution des bénéfices globaux du cannabis, on constate finalement que 40% des médecins ont une évaluation relativement proche de celle des experts (+/- 5 points) et que **41% des médecins les minorent de façon conséquente**, dont 8% de manière très importante (+ 16 points). Parallèlement, 19% du panel majore les bénéfices de façon conséquente (dont 2% de manière extrême).

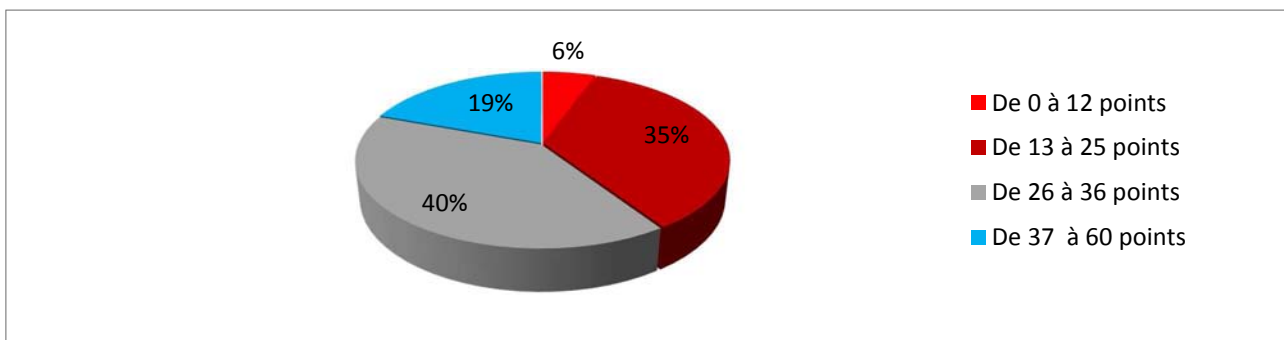


Figure 70 : répartition de l'agrégat de bénéfice global du cannabis par tranche de points. Les évaluations proches de celles des données de référence (9) sont en vert, les évaluations majorées en bleu et les évaluations minorées en rouge.

• Balance individuelle :

89% du panel minore la balance individuelle du cannabis par rapport aux experts et 8% la majeure (balance individuelle expert = 3.98). En s'intéressant à la distribution de cette balance, on constate finalement que 37 % des médecins ont une évaluation relativement proche de celle des experts (+/- 5 points) et que **61% des médecins la minore de façon conséquente**, dont 13% de manière très importante (+ 16 points). A titre de comparaison, 2% du panel majeure la balance individuelle de façon conséquente (dont 1 seul médecin de manière extrême).

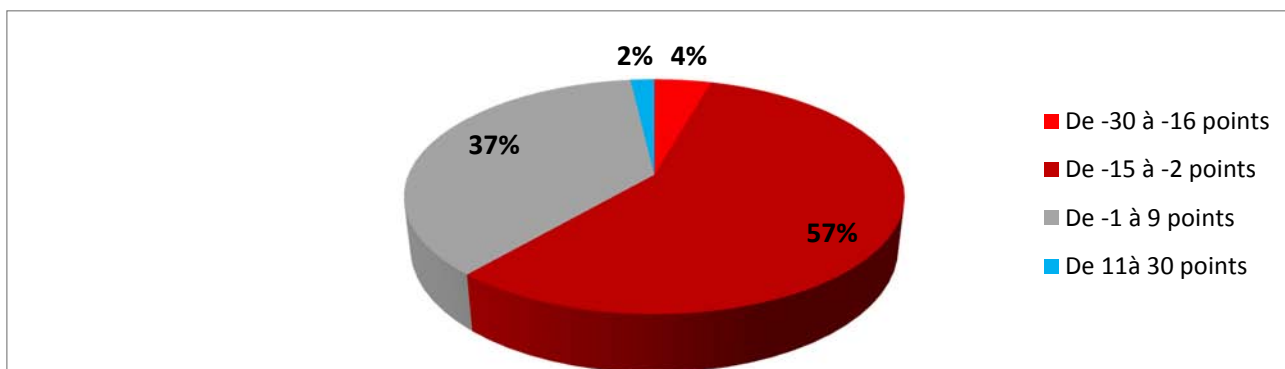


Figure 71 : répartition de la balance individuelle du cannabis par tranche de points. Les évaluations proches de celles des données de référence (9) sont en vert, les évaluations majorées en bleu et les évaluations minorées en rouge.

• Balance sociétale :

64% du panel minore la balance sociétale du cannabis par rapport aux experts et 30 % la majeure (balance sociétale experts = -4.25). En s'intéressant à la distribution de cette balance, on constate finalement que 51% des médecins ont tout de même une évaluation relativement proche de celle des experts (+/- 5 points) et que **39% des médecins la minore de façon conséquente**, dont 5% de manière très importante (+16 points). A titre de comparaison, 10% du panel majeure la balance sociétale de façon conséquente (dont 2 médecins de manière extrême).

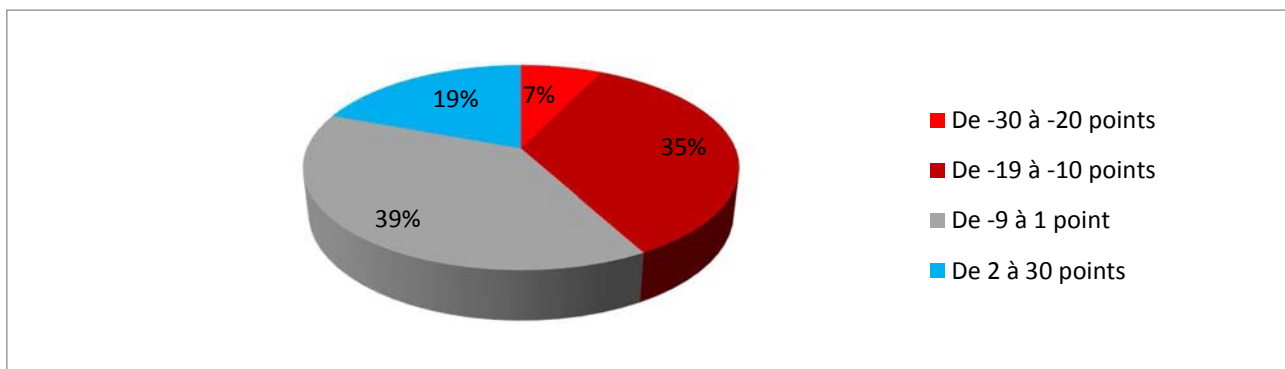


Figure 72 : répartition de la balance sociétale du cannabis par tranche de points. Les évaluations proches de celles des données de référence (9) sont en vert, les évaluations majorées en bleu et les évaluations minorées en rouge.

• Balance globale :

Une grande majorité des médecins (83,7 %) ont une représentation du **cannabis plus négative que celle des experts au regard de la balance globale des expert (- 0.27)**. En s'intéressant à la distribution de la balance globale du cannabis, on constate toutefois que 47% des médecins ont une évaluation proche de celle des experts (+/-10 points sur 120) et qu'une courte majorité des médecins (52 %) l'évalue **beaucoup plus négativement que les experts**, dont 6 % de manière extrême (>30 points sur 120). Parallèlement, 1 % du panel l'évalue beaucoup plus positivement (dont 1 médecin de manière extrême).

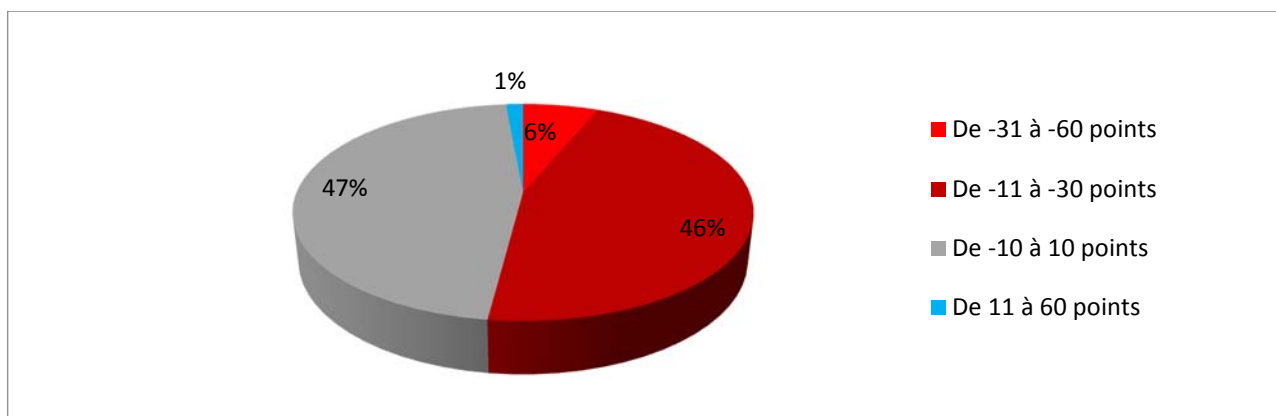


Figure 73 : répartition de la balance globale du cannabis par tranche de points. Les évaluations proches de celles des données de référence (9) sont en vert, les évaluations majorées en bleu et les évaluations minorées en rouge.

L'évaluation globale du cannabis tend à lisser les résultats en réduisant la part des évaluations moins sévères que celles des experts (11 à 60) au profit d'une évaluation plus consensuelle (-10 à +10). Cette tendance est également observée sur les évaluations caricaturales les plus sévères (-60 à -31), au profit des évaluations plus sévères que celles des experts, mais non caricaturale (-30 à -11). Pour un répondant donné, ces résultats impliquent une compensation des évaluations sévères pour un agrégat par des évaluations plus moins sévères de l'agrégat complémentaire, et réciproquement.

En décomposant cette évaluation globale, on retrouve une **majoration plus importante par rapport aux experts sur le plan des dommages** (écart = + 8.57, évaluation majorée par 80 % du panel) que sur le plan des bénéfiques (écart = -3, évaluation minorée par 61 % du panel), contrairement aux drogues légales.

Cette majoration est également plus marquée sur le plan individuel (écart = +8.08, évaluation majorée par 89 % du panel) que sur le plan sociétal (écart = -3.51, évaluation minorée par 64 % du panel) comme pour les drogues légales cette fois.

Les différents agrégats mineurs sur le cannabis peuvent finalement être hiérarchisés de la sorte, **du plus éloigné au plus proche des experts** :

- Dommages individuels (écart = +5.07)
- Dommages sociétaux (écart = +3.5)
- Bénéfices individuels (écart = -3.01)
- Bénéfices sociétaux (écart = - 0.01)

La moyenne étant une variable normale suivant une distribution gaussienne, **ce classement est valable également en termes de fréquence comme le montre les résultats suivants** :

- Dommages individuels : **78.2 %** du panel majore les évaluations, dont **45.9 %** de manière modérée (de 3 à 9 points sur 30) et 24 % de manière importante (≥ 10 points sur 30),
- Dommages sociétaux : **69.8 %** du panel majore les évaluations, dont **41.1 %** de manière modérée (de 3 à 9 points) et 16.7 % de manière importante (≥ 10 points),
- Bénéfices individuels : **62.5 %** du panel minore les évaluations, dont **35.3 %** de manière modérée (de 3 à 9 points) et 13.4. % de manière importante (≥ 10 points),
- Bénéfices sociétaux : **48.5 %** du panel minore les évaluations, dont **28.3 %** de manière modérée (de 3 à 9 points) et 7.9% de manière importante (≥ 10 points).

5.1.3 Conclusion

Notre panel a une vision globale du cannabis comparable à celle de l'alcool en termes de balance bénéfice-dommages. Les représentations des dommages du cannabis sont plus hétérogènes et significativement différentes de celles des experts, de manière isolée. Ces représentations présentent donc un déterminant spécifique qui biaise l'approche objective de la réalité par les médecins, à l'inverse de l'alcool et du tabac. Concernant la perception des dommages, cette analyse démontre donc le bienfondé de notre hypothèse principale et de notre première hypothèse secondaire. En revanche, concernant les bénéfices, les résultats sont plus mitigés : ces hypothèses se vérifient pour la comparaison avec les experts mais pas dans la comparaison avec les produits légaux. Notre étude témoigne en effet d'une minoration globale des bénéfices de l'ensemble des produits.

5.2 PERCEPTION DU STATUT LEGAL

5.2.1 Impact d'une pénalisation de chaque produit

Nous avons cherché à apprécier si les perceptions de l'impact du statut légal variaient en fonction du produit considéré. Pour faciliter la lecture, nous avons inversé les scores de l'item légalisation du cannabis, ce qui permet « artificiellement » de comparer l'impact d'une pénalisation pour les 3 produits.

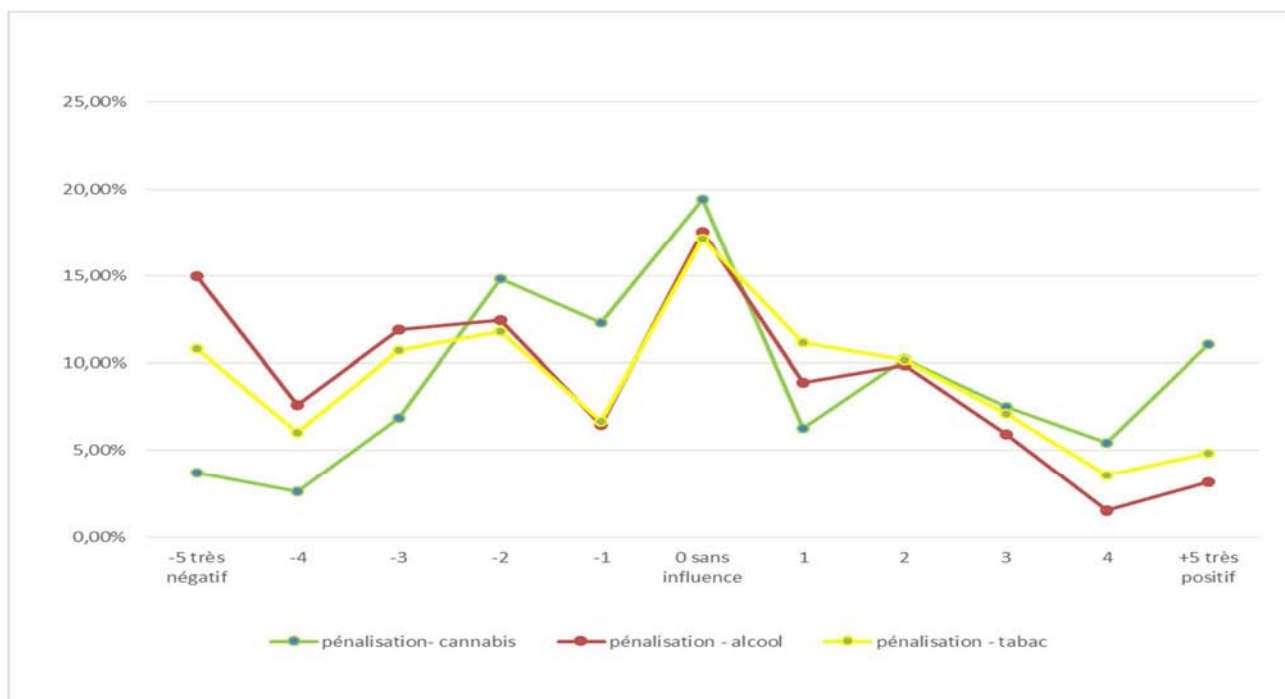


Figure 74 : score d'impact d'une pénalisation pour chaque produit (cannabis, n=978 ; drogues légales, n=935)

D'emblée, nous constatons que les représentations de l'impact d'une prohibition est **très hétérogènes pour l'ensemble des produits** car l'amplitude est maximale et chaque tranche d'avis est représentée de manière conséquente (> 5 % du panel) pour les 3 produits, excepté pour les avis très positifs (score ≤ -4 pour le cannabis et score ≥ 4 pour les drogues légales).

De plus, un autre élément intéressant est mis en avant : plus du tiers du panel pense que le statut légal des différents produits n'a pas ou très peu d'influence sur l'individu ou la société. [$-1 < \text{score} < -1$]. La répartition des scores d'impact est **très proche concernant la prohibition de l'alcool et du tabac**, de manière cohérente. En revanche, la répartition des scores d'impact d'une prohibition du cannabis se démarquent des scores des autres produits, notamment parmi les avis extrêmes.

Nous pouvons décomposer le diagramme ci-dessus en trois catégories selon le degré d'influence du statut légal : nul, modéré ou fort

- Pas d'influence : avis neutres (score = 0) ; on observe **une même réponse modale** (>17 %) pour **l'alcool, le cannabis et le tabac**.
- Influence modérée : Avis modérés : $[-3 < \text{score} < -1]$ et $[1 < \text{score} < 3]$; on observe **2 pics secondaires** identiques (> 10 %) **pour les trois produits**, à savoir - 2 et + 2 (-2 et +1 pour le tabac), avec un certain effet de symétrie axée sur le mode pour chacune des courbes, traduisant un équilibre des avis autour de la position centrale. On observe toutefois dans l'ensemble **plus d'avis négatifs** vis-à-vis d'une prohibition de l'alcool et du cannabis, tandis que les avis sont équilibrés pour le tabac.
- Influence forte : Avis extrêmes (score ≤ -4 et score ≥ 4) ; on observe **une différence nette de l'impact d'une prohibition en fonction du produit considéré**. Les avis très négatifs sont 2 fois plus représentés que les avis très positifs concernant la prohibition du tabac et 5 fois plus représentés concernant la prohibition de l'alcool. A l'inverse, les scores d'impact très positifs sont 3 fois plus représentés que les scores d'impact très négatifs pour la prohibition du cannabis. Ces éléments traduisent pour les avis extrêmes **une préférence au statu quo légal**, illustrée par une plus forte hostilité à une harmonisation du statut légal des 3 produits que parmi les avis modérés ou neutres.

Ainsi, il semblerait que les scores modérés soient à la fois relativement équilibrés autour du mode (influence de la loi nulle), mais aussi relativement cohérents pour les 3 produits. A l'inverse, les scores extrêmes illustrent une dissociation peu cohérente de l'impact d'une prohibition en fonction du produit (très négatif pour l'alcool et très positif pour le cannabis) mais aussi un déséquilibre des perceptions autour du mode qui prouve que **la position majoritaire du panel dépend essentiellement des avis extrêmes**. Ces derniers renforcent globalement l'hostilité à une prohibition du tabac, et plus encore à une prohibition de l'alcool (scores modérés renforçant cette position) mais limitent dans le même temps l'hostilité à une prohibition du cannabis de manière peu cohérente (scores modérés limitant cette position).

En résumé, il n'existe donc **aucun consensus évident** dans notre panel quant au caractère bénéfique ou dommageable du cadre légal en matière de lutte contre les toxicomanies, et ce pour les 3 produits considérés. Dans l'ensemble, cette vision de l'impact du cadre légal est identique quel que soit le produit, sauf parmi les avis extrêmes où l'on observe une différence de positionnement d'allure peu cohérente, pour le cannabis par rapport aux drogues légales. En effet, l'impact d'une prohibition est globalement considéré comme **plus néfaste pour l'alcool ou le tabac** que pour le cannabis et l'on peut s'interroger sur cette différence de l'impact légal en fonction du produit. Il est possible que l'interdit soit considéré moins dissuasif au vu des bénéfices culturels importants pour l'alcool ou non rentable au vu des bénéfices économiques et sociaux tirés des produits légaux, supposant que **le cannabis ne puisse apporter autant de bénéfices sociétaux**.

5.2.2 Perception de « la place de la drogue »

Les notions d'une atteinte possible aux libertés individuelles et d'un monde dans lequel personne ne consomme de drogues explorent en partie une même notion, à savoir la place de la drogue, respectivement selon une approche individuelle ou sociétale. **Ces 2 items dégagent chacun un large consensus majoritaire et une minorité rassemblant des positions extrêmes**.

Une grande majorité (83% du panel) estime qu'« un monde sans drogue n'est pas possible. » L'interprétation de cet item est très délicate car le terme « monde » peut représenter une existence individuelle au sein d'un microcosme ou bien l'humanité toute entière. Par ailleurs, le terme drogue, lui peut signifier médicament ou produit mystique, avec une connotation plutôt positive (perception majoritaire avant le 20^{ème} siècle) mais aussi produit toxique, produit psychoactif ou produit

addictogène, avec une connotation nettement plus péjorative (perception majoritaire actuellement). Il est intéressant de constater que la prohibition des stupéfiants a modelé la perception afférente au terme « drogue » en occultant volontairement tout aspect bénéfique.

La minorité de médecins considérant qu'un monde sans drogue reste possible est nettement plus hostile à un assouplissement légal vis à vis du cannabis que l'ensemble du panel. En effet, cette vision discrimine très négativement les autres items (fréquence moyenne des réponses en désaccord = 73% au sein de cette minorité vs 56.3% au sein du panel). Par ailleurs, cette minorité exclut implicitement les médicaments du champ des drogues, et donc par extension le cannabis médical, ce qui pourrait expliquer la très faible surreprésentation des opposants de l'usage médical, par rapport à celle des 3 autres items au sein de cette minorité.

Une grande majorité (76% du panel) estime que la pénalisation de l'usage privé n'est pas ou peu une atteinte aux libertés individuelles, **jugeant probablement que la dépendance induite par le produit est antinomique avec la notion de liberté** ou bien encore que les sanctions ne sont pas appliquées (loi peu liberticide) ; la minorité est, elle, nettement plus « tolérante » vis-à-vis du cannabis que l'ensemble du panel, cette vision plus libertaire discriminant très positivement les 4 autres items, notamment l'accès public et la dépénalisation (fréquence moyenne des réponses en accord = 82.55% au sein de cette minorité vs 58.5% au sein du panel)

En résumé, les réponses à ces 2 items sont relativement consensuelles et dégagent chacune un groupe minoritaire portant les avis les plus radicaux, les plus opposés et les plus favorables à un assouplissement légal, respectivement la partie du panel qui pense qu'un monde sans drogues est possible (17%) et **la partie** du panel qui pense que l'interdiction est une atteinte aux libertés individuelles (24%).

5.2.3 Perception de « l'accès au cannabis »

Avant de développer cette partie, il semble utile de rappeler la définition du terme « légalisation. » C'est une réglementation qui reconnaît juridiquement un comportement, impliquant la reconnaissance d'une liberté mais aussi une intervention de l'état afin de réguler le marché. La légalisation laisse donc libre l'état de définir les modalités d'accès et de contrôle tant sur le plan de la production, de la distribution ou de l'usage (restriction aux mineurs ou prix de vente minimum par exemple). De telles dispositions supposent au préalable une dépénalisation totale de sa production, de son commerce et de son usage public ou privé. L'état peut tout à fait réglementer l'usage médical du cannabis indépendamment de celui de l'usage récréatif et vice versa.

Il existe schématiquement 2 cadres pour légaliser le cannabis : le cadre médical (item 18) et le cadre récréatif (item 19), ce qui définit 4 types de perceptions possibles : accès médical seul, accès public encadré seul, double accès médical et public ou accès illégal (trafic). Nous considérerons les 2 premières comme des positions modérées et les 2 dernières comme des positions extrêmes. Nous pouvons ainsi identifier au sein du panel 4 sous-groupes : 3 d'importance moyenne et 1 minoritaire.

- 348 médecins (soit 35.6%) sont opposés à toute distribution organisée.
- 284 médecins (29%) sont ouverts au contraire à un double accès médical et public.
- 234 médecins (26%) n'envisagent qu'un accès légal pour le cannabis médical.
- 92 médecins (9.4%) n'envisagent qu'un accès légal pour le cannabis récréatif.

Que ce soit parmi les avis extrêmes ou parmi les avis plus modérés, il existe des **visions diamétralement opposées quant au potentiel thérapeutique du produit et à l'impact possible d'un accès au grand public.** Cette représentation varie ainsi d'« un produit sans bénéfice thérapeutique, dangereux et à encadrer par des mesures de prohibition » à un « produit avec des bénéfices thérapeutiques, peu dommageable et à encadrer par des mesures de légalisation ».

Pour conclure, les représentations sur l'accès au cannabis sont là encore très hétérogènes mais il se dégage néanmoins un consensus puisque **près des 2 tiers du panel (64.4 %) souhaite un accès légal** parmi lesquels une courte majorité (54.9 %) ne le souhaite que dans 1 seul cadre (médical dans 73,4 % des cas).

5.2.4 Cadre légal global (usage et accès)

Afin d'embrasser globalement les différentes perceptions du cadre légal, il semble opportun de ne pas dissocier la question de la dépénalisation de l'usage privé (item 16) de celle de son accès médical (item 18) ou public (item 19).

On peut constater un lien évident entre ces 3 items, une position (positive ou négative) à un item renforçant cette même position sur les 2 autres items, devenant alors systématiquement une position majoritaire (plus de 50 % des cas). Parmi ces 3 items :

- l'item dépénalisation discrimine 2 représentations antagonistes : la plus opposée à l'accès public et médical, minoritaire et la plus favorable à l'accès public, majoritaire.
- l'item accès public discrimine 2 représentations antagonistes : la plus favorable à une dépénalisation et un accès médical, minoritaire, et la plus opposée à la dépénalisation, majoritaire.
- l'item accès médical est lui aussi discriminant, mais de manière moins importante que les 2 autres items.

En résumé, il semble donc exister un lien inverse et réciproque entre la pénalisation et l'accès public, ce qui semble rationnel. L'item accès médical serait une variable légèrement plus indépendante, ce qui pourrait peut-être s'expliquer par une évaluation plus professionnelle, et donc plus objective de l'aspect médical du cannabis.

En décomposant les résultats obtenus à ces 3 items, on peut individualiser 8 sous-groupes présentés ci-dessous par taille décroissante. On observe une certaine symétrie dans la taille des groupes selon le nombre de réponses positives ou négatives de chaque répondant aux 3 items : les réponses positives aux 3 items (vert foncé) s'équilibrent avec les réponses négatives aux 3 items (rouge foncé) et les réponses positives à 2 items (vert clair) s'équilibrent avec les réponses négatives à 2 items (rouge clair).

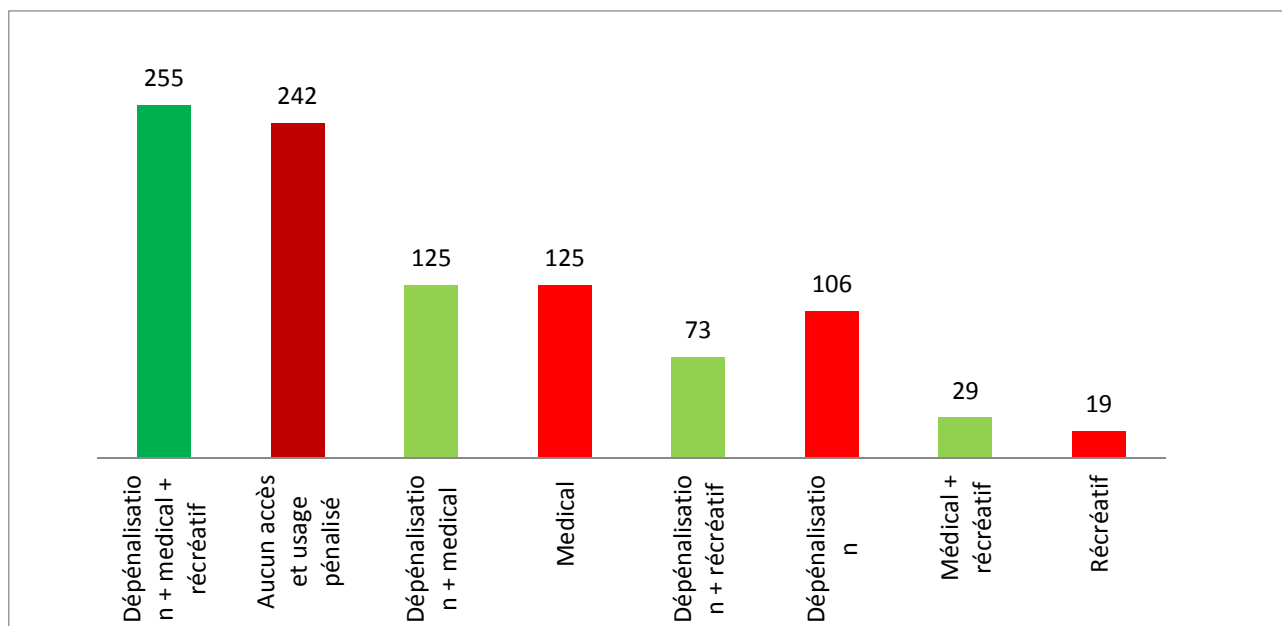


Figure 75 : perceptions du cadre légal souhaitable pour la filière cannabique (n=978)

Les avis extrêmes (positifs ou négatifs) représentent une courte majorité (51 % du panel) dont une courte majorité à nouveau rassemble les avis radicaux tolérants. Les avis intermédiaires sont également répartis de manière homogène : parmi les médecins plébiscitant seulement un accès médical, la moitié souhaite en plus une dépénalisation de l'usage privé ; les partisans de la dépénalisation seule s'équilibrent avec ceux qui souhaitent en plus uniquement un accès public.). A noter que les 2 groupes les plus faibles présentent des propos peu cohérents puisqu'ils souhaitent une réglementation du marché du cannabis récréatif sans en dépénaliser l'usage privé.

Parmi les partisans de la dépénalisation de l'usage privé, 35% ne souhaitent pas que l'état encadre le marché du cannabis récréatif, mesure probablement supposé incitative et 7% ne souhaitent pas que l'état encadre le marché du cannabis médical, mesure probablement supposée à fort risque de dérives (ordonnances de complaisance). Parmi les partisans du maintien de la pénalisation de l'usage privé, 37% se prononcent tout de même en faveur d'une réglementation de la filière médicale.

On peut finalement identifier au sein du panel 4 sous-groupes d'importance égale, selon qu'il y ait 0, 1, 2 ou 3 items favorables à un assouplissement du cadre légal, ce qui témoigne d'une diversité très équilibrée des positions sur le cadre légal : seul un quart du panel est favorable à un statu quo légal strict, dégageant ainsi une représentation largement majoritaire pour un assouplissement du cadre légal sur 1, 2 ou 3 des aspects légaux traités, répartis de manière très équilibrée.

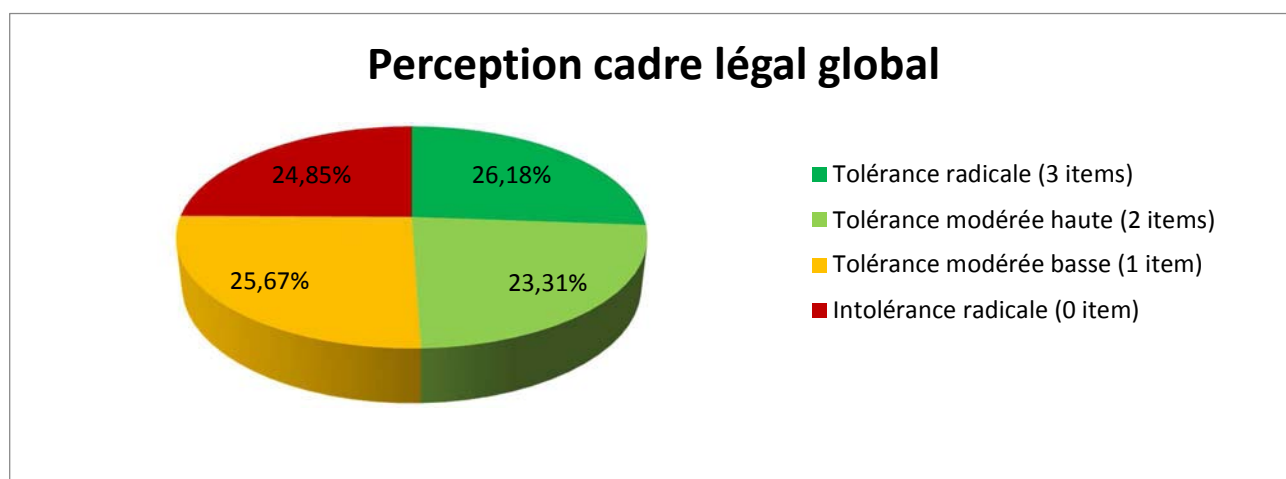


Figure 76 : niveau de tolérance à un assouplissement du cadre légal (n=978)

En résumé, les représentations sur l'accès au cannabis sont là encore **très hétérogènes, volontiers opposées et équilibrées**, les différentes positions ayant une fréquence comparable aussi bien entre les avis radicaux qu'entre les avis plus modérés, mais l'on observe toutefois une tendance majoritaire (75.1%) en accord **avec un assouplissement du cadre légal**, graduée selon 3 niveaux d'importance presque égale. Par ailleurs, il existe un lien qui unit les 3 items, représenté par le niveau de tolérance vis-à-vis du cannabis, l'accès médical préjugant le moins de cette tolérance.

5.3 PERCEPTION DES ORIGINES DU CADRE LEGAL

5.3.1 Analyse thématique des perceptions

5.3.1.1 Motifs de la prohibition

Dix thématiques principales, classées par ordre de fréquence décroissante, constituent plus de 85 % des notions évoquées pour justifier la prohibition du cannabis :

- **Les dommages individuels** (19.5%) comprennent les dommages généraux (7.9%), la dépendance (5.5%), les troubles psychiatriques (3,5%), puis les troubles organiques (altération du système neurocognitif et cancers) (2,6%).
- **Les dommages sociétaux** (13,4%) comprennent les accidents de la route (5,6% des notions) puis par fréquence décroissante, les troubles du comportement et de l'ordre public (3.2%), la désocialisation (2,1 %), le syndrome a motivationnel et la perte de rendement qu'il engendre (1.7 %) et enfin les dommages sociétaux généraux.
- **L'absence d'usage traditionnel et culturel** (historique et religieux) représente 10,8 % des notions exprimées, soit la 3^{ème} raison évoquée.
- La pénalisation n'est **pas justifiée** dans 10 % des notions exprimées, soit au vu du faible niveau de dommage engendré (2.3%) ou du bénéfice thérapeutique potentiel (1.2%), soit parce qu'il n'y a aucune raison valable (4.5%) ou qu'elles sont occultes (2 %).
- **La démagogie politique sécuritaire** est évoquée dans 7,6 % des notions.
- **L'absence de bénéfices socio-économiques** (6.5 %).
- **L'idéologie conservatrice** (5.8 %).
- **L'escalade vers les autres drogues** (5.3 %).
- **La réduction de l'usage et du coût sanitaire** (5.3 %).
- **Le tabou social** (4.8 %).

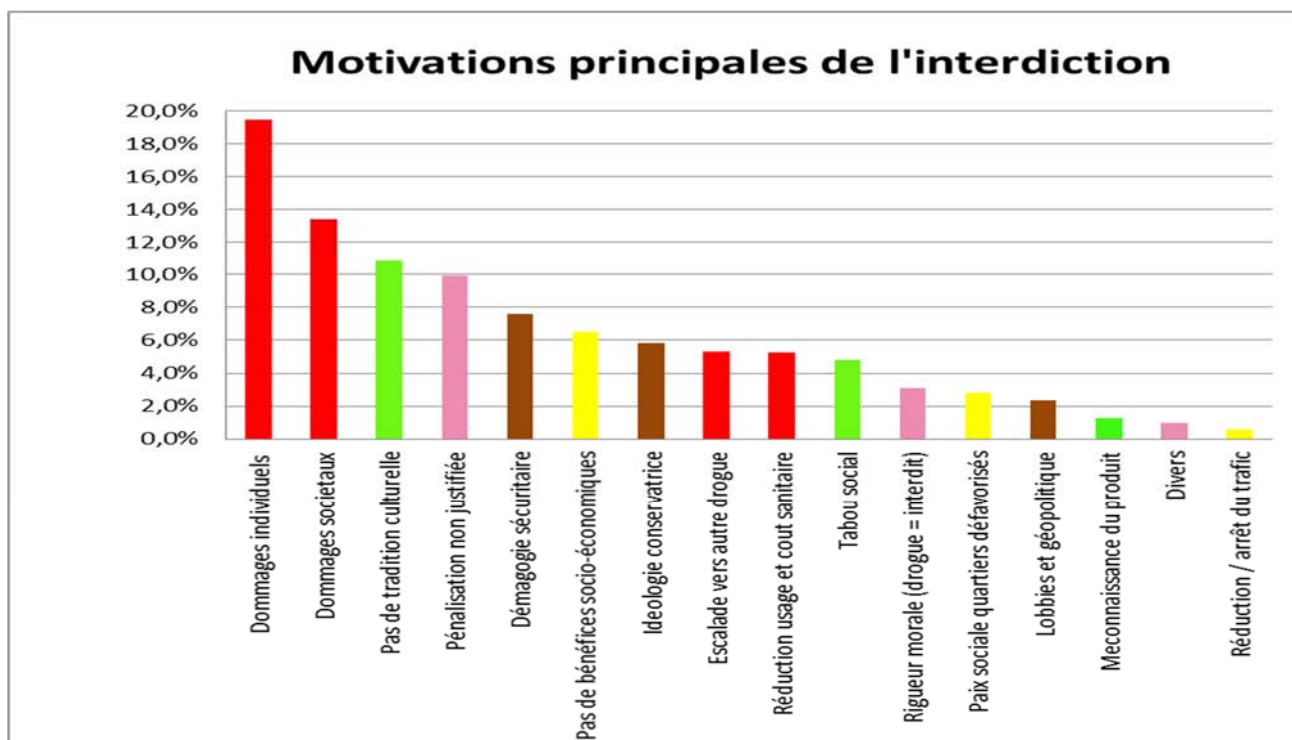


Figure 77 : principales raisons de la prohibition du cannabis selon notre panel (n=810 répartie sur 511 médecins).

5.3.1.2 Motifs d'une éventuelle légalisation

Huit thématiques principales, classées par ordre de fréquence décroissante constituent plus de 85 % des notions évoquées pour justifier une éventuelle légalisation du cannabis :

- **Le retour dans la pharmacopée** est la première raison évoquée, et souvent la seule, dans 16.5 % des notions exprimées. Les vertus antalgiques sont au premier plan.
- La **réduction des dommages individuels** représente 13.7 % des notions exprimées. Elle est envisagée à travers un contrôle de la filière (2.9 %), l'encadrement des consommations (2,7 %), le contrôle de la qualité des produits (2,4 %), la réduction des consommations et des usages problématiques (2,2 %), les mesures de prévention et d'éducation à l'usage (1,8 %), un meilleur suivi des consommateurs (1,4 %) et enfin une meilleure connaissance du cannabisme (0,8 %).
- La **démagogie politique** représente 13.3 % des notions exprimées à travers la démagogie libertaire, libérale ou adressée aux jeunes.
- **La diminution ou l'arrêt du trafic** représente 12.2 % des notions exprimées
- Les **bénéfices socio-économiques** représentent 10.6 % des notions exprimées.
- La légalisation n'est **pas justifiée** dans 8,7 % des cas, que cela soit au nom de la morale (2.4 %), parce qu'il n'y a aucun intérêt (3.7 %), pas d'intérêt évident (1.7 %) ou que cela est impossible (1.2 %)
- La **réduction des dommages sociétaux** est justifiée par le frein à la délinquance et l'insécurité liée au marché parallèle ainsi que l'intégration sociale des usagers jusqu'alors marginalisés (6.1 %)
- **L'idéologie politique réformiste** représente 4.8 % des notions exprimées.

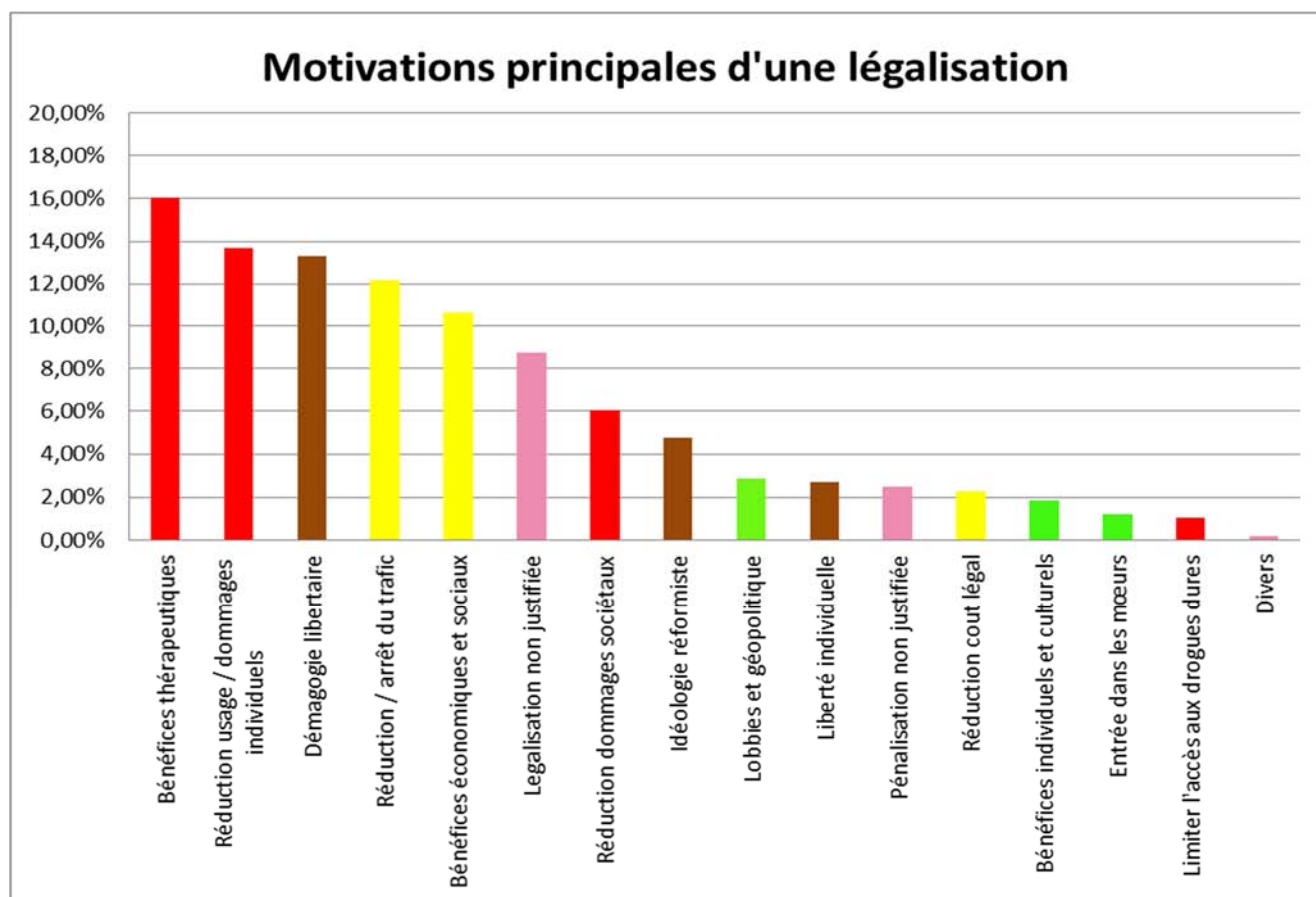


Figure 78 : principales raisons d'une légalisation éventuelle du cannabis selon notre panel (n=621 répartie sur 461 médecins).

5.3.2 Analyse descriptive des perceptions

Cette analyse fait appel à de nombreuses citations de notre panel qui sont mises en italique et entre guillemets. Au sein de chacune des sous-thématiques, ces commentaires sont triés par représentation commune, c'est-à-dire articulée autour d'une même idée et forgée sur la base d'une tendance commune.

5.3.2.1 Notions de santé publique

Celles-ci sont regroupées en **cinq thématiques** et en sous thématiques pour certaines :

- **Dommages individuels** répartis en cinq sous thématiques : dommages généraux, dommages somatiques, dommages psychiques, dépendance et connaissance des dommages.
- **Dommages sociétaux** répartis en trois sous-thématiques : accidents, troubles du comportement et de l'ordre public, désocialisation.
- **Réduction des consommations** répartis en trois sous-thématiques : protection de la population, pouvoir dissuasif du cadre légal, réduction du coût sanitaire et social.
- **Escalade toxicomaniaque.**
- **Usage médical.**

Toutes les notions évoquées ici sous-tendent **que le cadre légal aurait un impact sur la santé publique**. Sur le versant médical, une légalisation permettrait aux malades d'avoir accès aux soins, dans le cas où le cannabis soit interdit. Sur le versant récréatif, l'interdit ou au contraire l'autorisation réglementée peuvent être considérés comme dissuasifs. Ainsi, la prohibition, pour certains, ou la légalisation, pour d'autres, pourrait limiter l'accès au cannabis et dissuader de son usage récréatif, ainsi que de celui des autres drogues.

Par ailleurs, une minorité non négligeable de médecins motive de surcroît l'interdiction du cannabis par une dangerosité très importante du produit en lui-même : « *dépendance extrême, dosage élevé en THC, flashback, trouble du comportement grave auto et hétéro agressif, déchéance, aliénation, schizophrénie, escalade vers les drogues dures* »... Ces éléments expliquent en partie la majoration des dommages observés précédemment, comparativement aux données de référence. Certains médecins semblent également ignorer les vertus médicinales du cannabis, ce qui pourrait expliquer en partie la minoration des bénéfices individuels, notamment des bénéfices auto-thérapeutiques.

5.3.2.1.1 Dommages individuels

- Dommages généraux

La dangerosité du cannabis est perçue de très faible à très importante « à court, moyen et long terme » sans notion de dose consommée, ni de fréquence d'usage dans la plupart des cas. Quelques médecins pondèrent néanmoins leur propos.

Pour certains médecins, la prohibition du cannabis semble justifiée par **des dommages individuels généraux perçus comme très importants avec une notion de « roulette russe »** : « *produit très dangereux* » « *dont la prise éclairée n'est pas possible* », « *que de dégâts* » liés à « *ce poison à assimiler à une drogue dure.* »

Parallèlement d'autres médecins estiment au contraire que « *la prohibition ne repose sur aucun fondement sanitaire (rapports scientifiques mis au tiroir)* », **au vu d'une perception des dommages faibles** : « *Moins toxique que l'alcool, tabac et télévision !* », le cannabis « *ne présente pas de danger majeur pour la santé de l'individu* », « *avec modération bien sûr!* » « *Comparativement à l'alcool et au tabac, le cannabis est nettement moins dangereux en terme de santé publique, donc je ne pense pas que ce soit l'ennemi public N° 1.* »

Pour certains médecins, la prohibition du cannabis semble justifiée par **son caractère dissuasif** même si les dommages sont perçus comme modérés : « *L'excès de consommation de cannabis est dangereuse pour la santé tout comme l'alcool.* » Il s'agirait d'un « *produit toxique* » « *par définition néfaste pour la santé* » et il ne faudrait pas commettre les mêmes erreurs qu'avec l'alcool et le tabac, sous entendant par là qu'il eût été préférable de prohiber ces produits également. « *C'est sûr que tabac et alcool font probablement pires dégâts et devraient être réglementés également.* »

Enfin certains médecins estiment, au contraire, qu'une légalisation du cannabis limiterait les dommages car elle permettrait in fine de délivrer une information plus éclairée, plus ciblée, plus adaptée : « *une légalisation du cannabis permettrait de faire mieux passer des messages sanitaires* », « *de développer des actions de santé publique* », « *de cibler la prévention* », « *de sensibiliser les consommateurs* » et « *de les déculpabiliser, un usager occupé à fuir les représentants de la loi étant sans doute moins accessible aux messages de sensibilisation et de prévention sanitaire.* »

- Dommages somatiques :

Ils sont globalement perçus **de faibles à très importants**, parfois pondérés en termes de quantité ou de fréquence. La plupart des médecins, évoquent des dommages organiques « *similaires à ceux du tabac* », liés au mode d'administration commun (inhalation) ainsi qu'à la consommation associée des 2 produits, avec de surcroît, « *une altération des capacités mnésiques.* » Pour d'autres médecins les dommages somatiques du cannabis seraient en revanche, bien supérieurs à ceux du tabac.

Pour certains médecins, **la prohibition se justifie car le cannabis serait un toxique puissant** avec des « *effets psycho-neurologiques à court ou moyen terme et une altération des fonctions supérieures à long terme.* » Ce serait « *un toxique cérébral même à petite dose* » comme le rapporte un confrère qui « *aurait constaté des pertes définitives de mémoire.* » Par ailleurs, « *l'impact sur la santé physique des personnes est désastreux* » et le cannabis serait un « *produit stupéfiant athérosclérogène* » entraînant une « *cancérogenèse importante* » et des « *pathologies immunitaires.* »

Pour d'autres médecins, le cannabis aurait « *un impact sur les capacités de mémorisation et d'apprentissage* » et il existerait surtout un « *risque de maladies organiques sur le plan cardiovasculaire et respiratoire, à long terme* », d'autant que « *les consommateurs de cannabis sont le plus souvent aussi consommateurs de tabac* » : « *B.P.C.O., cancer orl, cancers pulmonaire.* »

Parallèlement à ces arguments, une légalisation permettrait selon certains médecins plus progressistes de « *limiter la toxicité du cannabis par des règles de constitution* », « *une surveillance du produit* » et « *plus de transparence* » car *l'interdiction favorise l'émergence de produits frelatés, source de troubles de la santé publique.* »

- Dommages psychiatriques

Les dommages psychiatriques induits par le cannabis sont globalement perçus **de faibles à très importants**, parfois pondérés en termes de quantité, fréquence ou de facteurs de vulnérabilité (adolescence, fragilité psychologique).

Pour certains médecins, « *il entraine des troubles psychotiques graves avec aboulie à moyen terme ou éventuellement dès la première prise.* » Il serait ainsi « *interdit pour limiter les risques de bouffées délirantes aiguës et l'induction de schizophrénie, en raison de son pouvoir hallucinogène* » comme le rapporte un médecin qui aurait « *de nombreux cas où la prise de cannabis a entraîné l'éclosion de pathologies psychotiques.* »

Pour d'autres, son usage entraîne des dommages **comparables à celui de l'alcool, voire moindre** : « *décompensation psychiatrique en cas de consommation chronique importante* » à savoir, « *dépression, anxiété, état borderline, quelques cas de psychoses cannabiques.* »

Parallèlement, une légalisation pourrait permettre selon d'autres médecins un meilleur suivi **médical somatique et psychique en termes de « dépistage et de prise en charge »** car « *son caractère illégal peut pousser le consommateur à cacher sa consommation et entraver l'aide médicale que l'on pourrait apporter à ceux pour lesquels le cannabis aura un effet addictif ou ceux chez qui il pourra déclencher des effets secondaires négatifs.* »

- Dépendance

La dépendance au cannabis est perçue de façon très variable de faible à extrêmement forte. En d'autres termes, elle est estimée inférieure, équivalente, ou supérieure à celle des drogues légales, la dépendance du tabac étant perçue comme identique à celle de l'alcool, comme nous avons pu le mettre en évidence précédemment.

Pour certains médecins, « la dépendance est rapide et irréversible » comme le rapporte un confrère qui ne voit aucun de ses patients « *se libérer de la drogue* », alors que selon lui, « *l'arrêt du tabac est relativement facile et l'arrêt définitif d'une alcoolisation chronique fréquent.* » « *Légaliser le cannabis équivaldrait ainsi à autoriser l'addiction avec à la clef une dépendance plus précoce.* »

Pour d'autres médecins, l'interdiction est justifiée simplement « en raison du risque potentiel de dépendance, bien que celle-ci soit « *identique à l'addiction à l'alcool et au tabac* », « *avec quelques cas de dépendance forte.* » « *L'homme serait ainsi fait pour la liberté, et sa dignité ne peut pas s'accommoder de cette dépendance.* » On retrouve là encore une perception plus morale et globalisante plébiscitant une prohibition des 3 produits...

Parallèlement, une partie du panel plus non-conformiste estime en revanche que « **la dépendance au cannabis est faible** » et ne constitue pas un argument valable pour l'interdire.

Enfin, certains médecins estiment qu'une légalisation permettrait de « *mettre en vente des substances à taux modéré avec un contrôle de ses principes actifs et de leur dosage pour limiter la dépendance.* » De plus, un cadre officiel pourrait faciliter l'instauration « *d'une aide au sevrage.* »

Connaissance des dommages : suffisante pour les plus hygiénistes, insuffisante pour les autres.

La prohibition est justifiée pour certains médecins car il est nécessaire d'appliquer « *le principe de précaution* » : « **les méfaits du cannabis sont sous-estimés, par snobisme idéologique.** »

Pour d'autres médecins la prohibition se justifie car « **les méfaits ne sont plus à démontrer, son impact négatif sur la santé étant avéré scientifiquement.** »

Parallèlement, la légalisation permettrait, selon certains médecins, de mieux connaître le produit et ses usagers « *afin de pouvoir mieux en cerner l'utilisation et le mésusage et mieux en prévenir les conséquences.* »

5.3.2.1.2 Dommages sociétaux

Pour certains médecins, le cannabis serait dommageable avant tout sur le plan sociétal : « *Ce n'est tant pas les effets sur la santé du consommateur, mais cela représente des risques pour les autres. La société n'a pas à payer pour des personnes qui jouent avec leur santé.* » L'argument le plus fréquemment avancé concerne **la sécurité routière** puis suivent **les troubles du comportement et de l'ordre public et la désocialisation.**

- Accidents : risque important de dommages aigus.

Le cannabis serait interdit « *afin d'éviter les conduites automobiles sous l'emprise du cannabis.* » La dangerosité de la conduite sous l'emprise du cannabis semble importante pour tous les médecins qui ont abordé le sujet : **les risques encourus seraient amalgamés avec ceux sous l'emprise de l'alcool ou seraient considérés comme encore plus dangereux.**

Il semble en effet curieux d'interdire son usage privé si le principal problème est la conduite sous son emprise. Ceci peut s'expliquer dans la mesure où certains médecins considèrent que sa dangerosité au volant est telle qu'elle justifie sa prohibition totale, l'usage du cannabis étant totalement incompatible avec la conduite d'un véhicule, plus encore que celui de l'alcool: « *la durée de vie du cannabis est trop importante entraînant une non perception du danger dans la conduite automobile 4 jours après la consommation.* »

Pour d'autres médecins, « *tout ce qui peut nous rendre dangereux doit être prohibé d'un point de vue politique et social : alcool en grande quantité lorsque l'on prend le volant et/ou cannabis quelle que soit sa consommation.* » « *Le cannabis a des effets certains dans la conduite automobile : impact sur capacité sensorielle, atteinte de la vigilance, diminution des réflexes, levée des inhibitions, troubles des distances.* » « *Il y aurait ainsi un « nombre important et croissant d'accidents sous THC, souvent mortels (230 décès par an).* »

- Troubles du comportement et de l'ordre public :

Pour certains médecins, la prohibition du cannabis est justifiée au vu de conséquences sociales graves et imprévisibles liées à son usage. Le cannabis aurait un « *effet psychogène immédiat.* » Il entraînerait des « *troubles comportementaux graves* » et une « *destruction de la responsabilité individuelle.* » Il serait ainsi interdit « *afin d'éviter le désordre et la débauche dans les rues* » et « *les conduites agressives consécutives à l'usage du cannabis.* » « *Autant l'alcool consommé avec modération n'est pas néfaste, autant les effets d'un seul "joint" peuvent faire perdre le contrôle à son consommateur.* » « *Les toxicomanes ne sont plus responsables de leurs actes* » : « *mise en danger du consommateur et des satellites* » avec « *violence* », « *passages à l'acte du point de vue judiciaire, viols, homicides.* » « *Je vis ce problème au quotidien avec mon fils et je peux donc voir les dégâts que je n'aurais pas soupçonné avant* » explique un médecin, non sans subjectivité. Un contexte familial de toxicomanie problématique pourrait ainsi être à l'origine de ces représentations qui semblent erronées.

Pour d'autres médecins, **les propos sont plus modérés** : le cannabis entraînerait « *des troubles des conduites à long terme* » et « *l'impact du cannabis sur le comportement social et personnel* » serait « *inhomogène, imprévisible, inégal et changeant tant en terme d'intensité, de durée que de symptomatologie.* »

Parallèlement certains médecins estiment que les **dommages sociétaux seraient moins liés à l'usage du produit qu'aux effets pervers de la prohibition.** Légaliser le cannabis permettrait ainsi d'« *éviter la délinquance liée à son mode de vente actuel clandestin* » : « *il y aurait moins de problèmes judiciaires* », « *de violences* », « *de rackets* » et « *la criminalité des jeunes pourrait diminuer.* »

- *Désocialisation* : liée à l'usage du produit ou au contexte légal

Pour certains médecins, la prohibition du cannabis se justifie par le fait que **son usage entraîne une désocialisation importante**, comparable à la désocialisation induite par l'alcool, voire plus importante : « *Le cannabis est une drogue tout comme l'alcool et le tabac, mais le risque de désocialisation est plus important.* » Selon eux, l'usage de cannabis entraînerait de nombreuses conséquences négatives, notamment chez « *les sujets gros consommateurs* » : « *désinsertion sociale* », « *renfermement sur soi* », « *rupture familiale* », « *perte d'emploi* » ou « *surendettement* » ; « *finalement, un bilan très cher en termes de santé publique !* »

Pour d'autres médecins, la prohibition du cannabis est justifiée par des « *effets très néfastes sur la capacité de travail* » à l'origine d'« *absentéisme* », avec pour corollaire le « *syndrome a motivationnel.* » Le cannabis rendrait « *paresseux* » et favoriserait « *l'oisiveté* » faisant « *reculer un monde qui travaille et avance.* » Chez les adolescents, il existerait ainsi un risque accru « *de démobilité, de désinvestissement* », « *d'échec scolaire* » ; son usage les conduirait « *à des pratiques marginales* » et leur ôterait « *toute objectivité dans les obligations de la vie courante.* »

Parallèlement, la légalisation du produit permettrait, selon certains médecins, « *d'éviter la marginalisation des consommateurs* » en leur apportant « *une meilleure intégration dans la société.* » Elle permettrait donc d'« *augmenter la cohésion sociale* », avec pour corollaire le fait de « *déculpabiliser les consommateurs qui ne seraient plus dans l'illégalité* », de « *prévenir les comportements revendicatifs* » et « *de reconnaître et prendre en compte enfin les déviants autrement que sur le plan pénal !* »

5.3.2.1.3 Réduction consommation et coût sanitaire

- Protection de la population selon le cadre légal

Pour certains médecins, la prohibition serait avant tout un support de communication pour lutter contre le cannabisme. Il s'agirait ainsi d'« *alerter les consommateurs de son effet néfaste pour la santé* », « *pour que le produit soit considéré comme dangereux* », pour « *mettre des limites à la consommation de drogues.* » « *Une relative déréglementation risquerait d'innocenter l'usage du cannabis de ses conséquences dommageables* » : « *si c'est en vente libre, c'est donc peu grave ou acceptable pour la population.* »

Pour d'autres médecins, une légalisation serait un meilleur support de communication pour lutter contre le cannabisme : « *un encadrement pédagogique et réglementaire efficace m'apparaît meilleur que la prohibition.* » « *S'il devait être légalisé, ce serait pour mieux encadrer les consommateurs* », « *mieux maîtriser la consommation et l'objectif de l'utilisation.* » Cela permettrait de « *contrôler la vente exclusive à des sujets majeurs* » (« *voir les expériences à Bilbao en Espagne* ») et « *de protéger les jeunes de la consommation (actuellement cannabis vendu au détail essentiellement dans les collèges et les lycées).* »

- Pouvoir dissuasif du cadre légal :

Certains médecins estiment **qu'une légalisation ferait exploser la consommation de cannabis**, constituant ainsi une véritable « *incitation à la consommation* » : « *à ne surtout pas banaliser* », « *sachant que cela deviendra un véritable problème sanitaire dans le temps.* » « *Il y a assez de drogues!* » « *La dépénalisation de l'usage du cannabis conduirait vraisemblablement à tous les abus* » et « *la permissivité va faire exploser la consommation.* » Par ailleurs, **une légalisation augmenterait selon eux « l'accessibilité du produit » et diminuerait son prix**, qui serait « *moins cher que les prix pratiqués par les dealers déjà très bas* », ce qui entraînerait une « *consommation non freinée chez les jeunes.* » En résumé, « *la légalisation du cannabis inciterait une nouvelle partie de la population à consommer* » et « *multiplierait les consommateurs majeurs et mineurs qui se fourniraient auprès des majeurs.* »

Pour d'autres médecins, **le pouvoir dissuasif de la prohibition de cannabis demeure mais de manière plus nuancée :** elle aurait ainsi pour but « *de limiter les addictions* » et « *de prévenir l'usage inconsidéré* » mais « *ce lien de cause à effet reste à prouver...* Il s'agit là plus **d'un principe de précaution.** » « *Sa consommation n'est heureusement pas banalisée, contrairement à celle de l'alcool et du tabac.* » « *Pourquoi ajouter un troisième risque ?* » « *Est-on sûr que sorti de son ghetto le cannabis ne prendra pas l'ampleur qu'ont connue le tabac et l'alcool.* » Enfin, « *la légalisation éventuelle du cannabis doit être soumise à la question suivante : qui souhaite que son enfant en consomme ?* »

Parallèlement, certains médecins estiment qu'**une légalisation du cannabis dissuaderait plus efficacement de l'usage abusif que des mesures de prohibition**, « *La clandestinité étant source d'abus.* » « *Un cadre légal officiel pourrait ainsi limiter les dommages sanitaires liés aux consommations abusives et à la dépendance par des actions de prévention cohérente, la création d'unité de cannabis et la définition d'une norme socialement acceptable.* » Cela permettrait d'« *éviter des consommations excessives par un accès réglementé* », de « *contrôler son coût* », « *de banaliser le* »

cannabis pour limiter l'attrait de l'interdit » et « la surconsommation cachée.» « De cette façon, le cannabis concernerait probablement moins de monde » et « les abus extrêmes seront évités.»

- Réduction du coût sanitaire liée au cadre légal

Pour certains médecins, la légalisation du cannabis augmenterait le coût sanitaire et social, *«la prise en charge des effets secondaires cérébraux étant trop lourde.» « Le coût sanitaire et social des drogues légales est déjà largement astronomique pour ne pas en rajouter une troisième.»*

Pour d'autres médecins, la légalisation réduirait ce coût *par un «contrôle de la filière» et «une surveillance des réseaux» «dans le but de maîtriser la vente.»*

5.3.2.1.4 Escalade toxicomaniaque

Elle serait liée à trois éléments différents selon les médecins : le produit pour les plus désinformés, la légalisation pour les plus paternalistes ou la prohibition pour les plus pragmatiques.

Pour certains médecins, l'usage de cannabis conduirait souvent à «une escalade toxicomaniaque », ce qui justifierait sa prohibition. Les arguments avancés sont nourris par deux clichés différents, la théorie psychiatrique de l'escalade et la théorie sociologique de la porte d'entrée. *« On commence avec un joint puis à un moment on passe à autre chose » ; « ceci est manifeste dans mon expérience personnelle, et même en milieu rural.» « L'évolution vers les drogues dures est plus rapide» car «la consommation de cannabis encourage le recours à d'autres psychotropes » et « les consommateurs de cannabis sont plus à risque de se retrouver dans des groupes consommant de l'héroïne ou de la cocaïne et donc de finir par en consommer eux-mêmes.»*

Pour certains médecins, une légalisation du cannabis serait un très mauvais signal qui amènerait à une explosion de la consommation de toutes les drogues : *légaliser le cannabis équivaut à ouvrir la porte à la légalisation de toutes les autres drogues» et « risque d'exposer les jeunes à des drogues encore plus nocives et plus addictives», «par phénomène d'escalade.»* Ces représentations sont fondées avant tout sur le pouvoir dissuasif et la valeur éducative de la prohibition des drogues, teintées de connotations morales évidentes : diabolisation du cannabis, des dealers, et quelque part des parents qui ne peuvent dispenser seuls les mesures pédagogiques nécessaires. Ainsi, *«dédiaboliser l'usage d'une drogue risquerait de banaliser l'usage de toutes les drogues.» «Cela pourrait "faire sauter un verrou", notamment chez les adolescents» : « les jeunes ont besoin de braver les interdits » et « iront chercher d'autres drogues illicites comme l'héroïne et la cocaïne, déjà trop largement consommées.» De plus, «le marché parallèle proposera aux consommateurs une escalade dans les drogues plus dures» et «inciterait à mon sens, les anciens consommateurs à se marginaliser.»*

Parallèlement, d'autres médecins estiment au contraire qu'une légalisation du cannabis permettrait «d'éviter des dérives vers d'autres addictions (cocaïne, héroïne) » évoquant une disparition de la porte d'entrée : *« la vente libre supprimera le contact avec d'autres substances illicites » et «la baisse du trafic et des emprisonnements limitera les contacts avec les drogues dures et les truands prosélytes.»* Par ailleurs, une légalisation éviterait l'isolement lié à cette consommation interdite » et *« limiterait la consommation d'autres drogues par une diffusion de l'information.»* Par ailleurs, certains médecins voient dans le cannabis un produit de substitution aux benzodiazépines : *« socialement, cela diminuerait la consommation d'anxiolytiques.»*

5.3.2.1.5 Usage médical

La principale raison de santé publique évoquée pour justifier la légalisation du cannabis est **l'accès médical pour les malades qui en ont besoin.** *« L'usage thérapeutique et règlementé me semble légitime» car «il est dommage pour un patient de se mettre dans l'illégalité pour améliorer ses douleurs.»* Certains médecins plaident pour un usage exclusivement médical alors que pour d'autres médecins, *« il ne faut pas laisser les médecins gérer seuls la délivrance du cannabis, car il s'agit*

plus d'un problème sociétal que médical. » D'autres médecins enfin, sont sceptiques quant au potentiel thérapeutique du cannabis.

Une majorité du panel plébiscite en effet **un retour du cannabis dans la pharmacopée** « pour utiliser ses vertus », « comme dans d'autres pays », notamment pour ses propriétés « antalgiques. » *On utilise bien les morphiniques, alors pourquoi pas le cannabis ?* « Je soigne des patients cancéreux en fin de vie et regrette de ne pouvoir leur prescrire le cannabis afin de soulager leurs souffrances. » « C'est un bon antalgique », « surtout sur les douleurs neurologiques. » Par ailleurs, le cannabis aurait **de nombreuses indications** et « cela pourrait être un outil thérapeutique supplémentaire. » Il serait ainsi utile dans les « vomissements, (je l'ai d'ailleurs conseillé à certains membres de ma famille lors de traitement chimiothérapique) », « les contractures rebelles », « le glaucome », dans certaines maladies neurodégénératives comme « la sclérose en plaque », mais aussi des pathologies psychiatriques comme « l'anorexie », « l'anxiété » ou « la dépression. » Il est intéressant de constater que le cannabis pourrait traiter des pathologies psychiatriques selon les uns et induire ces mêmes pathologies, selon les autres, comme nous l'avons vu dans les représentations des dommages psychiatriques.

Pour certains médecins, le cannabis doit être réservé à un « **usage thérapeutique uniquement** », « au vu des risques liés à une consommation excessive » : « délivrance en pharmacie sur ordonnance médicalement justifiée ». On retrouve là encore, de nombreuses connotations morales : « comme il est considéré comme une drogue, il ne peut être utilisé qu'à des fins thérapeutiques », avec une « importante réserve sur une dérive de son utilisation (Subutex en substitution). » Aussi, cela « ne doit pas être un outil de promotion » car en « en l'absence de circuits médicaux de gestion du produit, le cannabis va toujours être utilisé de façon inappropriée. » Certains médecins vont encore plus loin puisque cela doit uniquement être « **un médicament d'exception** », « dans les cas extrêmes » « uniquement en complément de traitement » ou « en l'absence d'autres solutions » « afin d'éviter le risque de dérive. » Ainsi il devrait être prescrit par un spécialiste, « surtout pas par un médecin généraliste libéral », « dans un cadre très strict », à savoir, « sur ordonnance d'exception », « en « centre antidouleur » ou « en milieu hospitalier. »

Pour d'autres médecins enfin, **l'intérêt médical reste à démontrer**, les études actuelles n'étant pas connues ou jugées insuffisamment fiables : « à mon sens, le cannabis ne devrait être autorisé à la vente que dans un cadre purement médical, s'il prouve réellement ses bienfaits, et seulement à cette condition, « à condition qu'une A.M.M. soit validée sur des études solides prouvant un bénéfice important de l'utilisation du cannabis par rapport aux antalgiques majeurs déjà connus » ou « si le rapport bénéfice/ risque était favorable au produit dans certaines indications. »

5.3.2.2 Notions économiques et sociales

Celles-ci sont encore une fois radicalement opposées au sein des deux thématiques que nous avons pu individualiser en 2 sous-thématiques chacune. Les notions économiques recouvrent la taxation par l'Etat et le coût légal de la répression. Les notions sociales, elles, distinguent les bénéfices sociaux et la lutte contre l'insécurité. La typologie utilisée précédemment est reprise à nouveau.

5.3.2.2.1 Notions économiques

L'ensemble des médecins ayant argumenté par une notion économique considère que le statut légal du cannabis est avant tout lié à des **raisons financières** : il serait ainsi interdit parce qu'il n'y aurait pas d'argent à gagner ou autorisé parce que ce serait, au contraire, une manne extraordinaire et que cela réduirait parallèlement les coûts liés à la répression.

- Taxation étatique :

Pour certains médecins, la prohibition du cannabis est maintenue car « **l'Etat n'y a aucun intérêt financier** », « n'ayant pas le monopole de la vente », « ni même le contrôle » : « pas d'impôt, pas de T.V.A., pas d'U.R.S.S.A.F.. » Certains médecins perçoivent ainsi **la taxation comme difficile à mettre**

en œuvre : « *sa vente se fait en faveur de réseaux mafieux.* » Le secteur serait tenu « *par une certaine frange de population qui, pour les politiques, est socialement ingérable.* » « *Cela créerait un trafic d'argent non maîtrisable, créant un état dans l'Etat.* » Dans l'hypothèse d'une taxation effective, « *cela n'empêcherait pas sa vente "sous le manteau"* », « *le produit revenant sans doute plus cher que ce qu'il vaudrait au black* » et « *cela occasionnera encore des dépenses... y aurait-il alors un réel profit pour la société ?* »

Parallèlement, selon d'autres médecins, **la légalisation entraînerait au contraire des ressources financières supplémentaires pour l'Etat** : « *bénéfice économique en termes de taxes* » « *pour financer les coûts sociaux comme pour l'alcool et le tabac* », notamment en période de crise, ou « *si l'importance de l'économie souterraine (trafics, violences) dépasse le coût lié à la dépendance.* » « *Potentiel de revenus incroyable lié à une consommation actuelle très importante.* » « *Coupons "l'herbe" sous le pied des trafiquants et faisons rentrer des taxes en légalisant tout cela* », sous entendant que cela aurait peu d'impact négatif par ailleurs.

Enfin pour certains, la légalisation du cannabis ne pourrait « *se faire que pour des raisons financières* » indépendamment de toute autre raison, sous entendant que cela aura un impact négatif par ailleurs : « *l'Etat se préoccupe essentiellement des taxes que rapporte une drogue pour la considérer comme légale...* »

- Réduction du coût légal :

Quelques médecins soulignent que la dépenalisation du produit entraînerait une **diminution du coût légal**. « *La lutte contre le trafic coûte cher* », « *Diminuer le coût de la répression surtout* » « *pour libérer la police de cette traque sans efficacité et la recentrer sur des suivis plus appropriés (drogue dure, alcool...)* ».

5.3.2.2.2 Notions sociales

La mise en œuvre effective de la légalisation du produit implique une structuration de la filière en termes de production et distribution sur le territoire français et cela semble être difficile, voire impossible pour la plupart des médecins comme le résumait ces confrères. « *Les drogues sont encore interdites car le phénomène est trop complexe et la société actuelle ne peut offrir des progressistes fiables pour les remplacer* » : « *tout est à faire.* » Seuls quelques-uns évoquent la création d'emplois... Il n'y aurait donc peu de bénéfices sociaux à légaliser selon certains médecins, alors que parallèlement, selon de nombreux autres médecins, une légalisation permettrait de s'attaquer directement aux revenus de la mafia, limitant ainsi les dommages sociaux liés au trafic à terme et sous entendant par là qu'il serait possible de remplacer le réseau de distribution actuel, même si transitoirement, cela créerait un manque à gagner dans les cités qui pourraient alors s'embraser.

- Bénéfices sociaux :

Ainsi pour certains médecins, **la production de cannabis est inexistante en France** : « *le cannabis ne pousse pas chez nous* ». Ainsi, le cannabis serait uniquement un « *produit d'importation* » : « *la France n'est pas productrice* » « *ou le serait à des prix non concurrentiels.* » Pour d'autres médecins, le problème vient non pas de la production mais de la distribution qui se révèle impossible. Ainsi il n'existerait « *pas de possibilité actuelle de gérer la distribution de ce produit pour la société.* » « *Contrairement au tabac ou l'alcool qui permet de faire vivre les producteurs et le système de distribution, la filière cannabis échappe complètement au contrôle* » « *car il n'y a « pas de réseau de distribution structuré.* » « *Le cannabis serait-il vendu dans les bureaux de tabac, dans les pharmacies ou dans les épiceries ?* »

A contrario, la légalisation du cannabis permettrait de créer des emplois : « *ce sera comme pour le tabac il y a 60 ans... Pour faire fonctionner l'industrie* », selon certains médecins.

Quelques médecins envisagent «*la création importante d'emplois directs et indirects*». On peut estimer selon l'O.F.D.T. à près de 50 000 emplois directs et 150 000 emplois indirects issus de la filière chanvre sur une production à petite échelle, mais ceci dépend du modèle choisi par l'Etat sachant qu'un monopole centralisé comme pour la filière tabac offrira moins d'emplois (50 000 emplois directs et indirects) qu'un système coopératif, comme pour la filière alcool (500 000 emplois directs et indirects).

- La lutte contre l'insécurité :

Pour une majorité de médecins, une légalisation permettrait de «*lutter*» directement contre le trafic et le blanchiment d'argent engendré par les réseaux de la drogue » et de «*restructurer l'économie des cités qui détiennent le marché*». «*La légalisation du cannabis assècherait toute une économie parallèle*», «*la politique actuelle étant responsable essentiellement de l'enrichissement des trafiquants*.» «*La vente réglementée du cannabis pourrait casser le système de distribution actuel* » et faire «*disparaître la notion de deal (avec toutes ses conséquences)*.» «*Beaucoup de délinquants ne pourraient plus s'enrichir, le blanchiment de l'argent serait inutile*.»

Pour certains médecins, la légalisation provoquerait probablement des problèmes sociaux, notamment dans les quartiers sensibles, sachant que c'est «*la seule source de revenus pour de nombreuses personnes précarisées des banlieues défavorisées*.» «*Entraînerait-elle des émeutes dans les quartiers en cas de perte de revenu important ?*» «*La prohibition assurerait en quelque sorte le «*maintien d'une certaine paix sociale dans les quartiers*»*» Seule une population de mafieux pourrait jouir des bénéfices sociétaux du cannabis et celle-ci n'accepterait aucun contrôle de l'Etat, ce qui rejoint les perceptions d'une distribution et d'une taxation du produit difficile ou impossible.

Pour une minorité, c'est la prohibition qui, au contraire, permet de limiter le trafic de drogue : «*limitation du trafic et du crime organisé (petit ou grand banditisme) et des risques qu'il génère* », sous-entendant que la dépénalisation du produit augmenterait le trafic et que la légalisation est impossible, le marché étant tenu par la mafia.

5.3.2.3 Notions culturelles

Elles sont individualisées en 2 thématiques distinctes : **la tradition et les mœurs, toutes deux connotées de notions morales**. L'ensemble de ces notions impliquent que les motifs principaux du cadre légal ne sont pas d'ordre sanitaire. Les raisons culturelles sont beaucoup plus souvent invoquées pour justifier la pénalisation (17 %) que pour motiver une légalisation (6 %) sachant que l'interdit renforce naturellement l'impact culturel négatif. Le cannabis n'est donc pas considéré comme un produit culturel dans les ¾ des notions culturelles exprimées.

5.3.2.3.1 Composante liée à la tradition

La comparaison très régulière avec l'alcool, produit bien connu, d'implantation traditionnelle, culturelle et religieuse, amène à cette réponse, sous-entendant dans la plupart des cas, que le cannabis n'est pas plus dangereux que l'alcool et qu'il n'est donc en conséquence pas interdit pour des raisons de santé publique. Ceci nous ramène à l'étude pilote qui comparait l'interdiction du cannabis au statut légal de l'alcool ou du tabac, ce qui augmentait considérablement la fréquence des raisons culturelles (39 % vs 21.5 %) au détriment des raisons de santé publique (16 % vs 43 %) pour motiver que le cannabis soit interdit contrairement aux drogues légales. Certains médecins identifient cependant une inscription culturelle du produit dans les jeunes générations.

Pour certains médecins, la prohibition du cannabis serait avant tout liée à **l'absence de tradition historique ou religieuse comme pour l'alcool ou le tabac**. «*Le cannabis n'est pas un produit habituel chez nous*» : «*la France a son pinard, d'autres pays ont le shit*.» «*Notre société tolère deux toxiques légaux (en l'occurrence le tabac et l'alcool) d'implantation traditionnelle et très ancienne, et n'a pas d'intérêt à en accepter plus*.» Par ailleurs, «*l'interdiction est fondée sur des principes "d'église" qui épargnent alcool et tabac*» : «*son usage est totalement opposé aux lois de la Bible*.»

Pour d'autres médecins, la prohibition du cannabis se justifierait par une « **méconnaissance du produit des effets et de son impact, par la population** »: « *la mentalité profonde des populations françaises est peu ouverte à la connaissance de ce produit* » En résumé, « *produit dont l'utilisation est récente* » dans « *une société qui n'est pas préparée à son usage.* »

Parallèlement, certains médecins mettent en avant **les bénéfices individuels et culturels de la consommation de cannabis** pour justifier une éventuelle légalisation : « *notion de plaisir* » avec « *le côté festif au même titre que l'alcool en usage modéré.* » Ce serait ainsi uniquement un « *problème culturel et inter générationnel* » : « *Il n'y a pas plus de raisons qu'il soit prohibé que l'alcool, il n'est simplement pas entré dans les mœurs des "anciens".* »

5.3.2.3.2 Composante liée aux mœurs et à la morale

L'ensemble des notions exprimées ici font preuve d'un certain pragmatisme : le cannabis serait interdit car il aurait une mauvaise image auprès de l'opinion publique et il devrait être autorisé, comme l'alcool, pour respecter la liberté individuelle des 4 millions de consommateurs, sous entendant que le risque individuel et sociétal est gérable par l'Etat.

Pour certains médecins, la prohibition du cannabis se justifierait **par le tabou social qu'il représente**. « *L'opinion française n'est pas prêt à ça.* » « *Le cannabis est considéré comme une drogue qu'il soit consommé en faible ou grosse quantité.* » « *On évolue dans un " monde " ou la " déviance " et " la marge " font peur et inquiètent !!! La " norme " rassure... et les toxicomanes de tous poils la transgressent !* ». « *Il existe une peur irrationnelle peut être de mettre un doigt dans un engrenage difficile à maîtriser.* »

Parallèlement pour certains médecins, la légalisation serait justifiée car le cannabis est **déjà entré dans les mœurs**, « *pour adapter la loi à la réalité des faits* » et car « *il est ridicule d'interdire un produit si largement utilisé.* »

Pour d'autres médecins enfin, la légalisation serait justifiée **pour ne pas porter atteinte à la liberté individuelle**. « *Cela devrait être autorisé à la vente au même titre que l'alcool et le tabac* », « *simple défense des libertés individuelles* » sachant qu'« *il est interdit d'interdire.* »

5.3.2.4 Notions politiques :

Elles sont individualisées en 3 thématiques : la démagogie, le courage politique et le lobbying A remarquer que l'on retrouve la typologie utilisée en santé publique parmi les notions de courage politique.

Les raisons politiques qui motivent l'interdiction sont basées **sur le conservatisme, la démagogie sécuritaire et un lobbying industriel et mafieux hostile à une légalisation**. Le manque de courage politique est retrouvé de manière constante dans toutes ces notions, manque de courage:

- Aller contre l'électorat conservateur et la morale puritaine (démagogie paternaliste) et se mettre à dos certains lobbies hostiles à une légalisation,
- Donner un mauvais signal à la population et prendre le risque d'une « *hausse de la consommation de cannabis et des autres drogues* » par amalgame
- Prendre ses responsabilités et mettre en place un cadre légal : « *tout est à faire.* »

Ce manque de courage serait doublé d'une certaine « *hypocrisie* » car l'état ne voudrait pas « *reconnaitre les faits* » (à savoir des dommages modérés, des bénéfices avérés et une politique de prohibition inefficace) et qu'il entretiendrait les perceptions péjoratives sur le cannabis afin de maintenir l'opinion publique majoritairement hostile à une réglementation du marché.

Les raisons politiques qui motiveraient une légalisation sont basées **sur l'idéologie progressiste, la démagogie libertaire et laxiste à destination d'un public jeune et le libéralisme** à travers le

lobbying pro-cannabique à la recherche de profit. La légalisation serait en quelque sorte une solution de facilité économique ou sociale, voire une simple question idéologique.

En résumé, la légalisation du cannabis serait donc une mesure politique très courageuse pour les uns, signal d'une hausse de la lutte contre les toxicomanies ou au contraire une mesure peu courageuse pour les autres, signal d'une baisse de la lutte contre les toxicomanies ; dans tous les cas, **les raisons démagogiques pures** restent au premier plan et renvoient à des notions plus culturelles et morales. Ces raisons électoralistes sont opposées et s'adressent en effet à deux populations distinctes.

5.3.2.4.1 Démagogie politique :

Pour certains médecins, la prohibition du cannabis serait liée à une démagogie sécuritaire de nos politiques : « *raisons électoralistes* », « *la classe politique n'est pas prête à modifier la législation afin de ne pas se mettre à dos une partie de son électorat, par défaut de consensus trans-partisan* », « *car elle risquera de mécontenter un électorat sensible au discours sécuritaire.* » « *C'est politiquement correct tout simplement* » : « *l'Etat ne peut cautionner un produit qu'il réproouve.* » « *Le pouvoir en place a peur d'être juge laxiste* » et « *l'autoriser provoquerait une levée de boucliers de la part de l'opposition, des associations de protection des consommateurs.* »

Parallèlement, pour d'autres médecins, une légalisation du cannabis serait liée à une démagogie libertaire et laxiste de nos politiques « *A visée électorale* » : « *Les politiques ont "l'esprit jeune" et s'attirent le vote de la jeunesse.* » « *C'est tendance, cela donne une impression d'ouverture d'esprit* », « *pour appâter un électorat non négligeable en nombre* » ; « *une façon de se donner un vernis libéral-libertaire.* » « *Que ne ferait-on pour être élu ?* » « *Jusqu'à « accepter démagogiquement tous les méfaits du produit pour la santé et l'identité des utilisateurs.* »

5.3.2.4.2 Courage politique :

Pour certains médecins, la prohibition du cannabis viendrait avant tout d'« **un manque de courage politique** » : il y a « *trop de conservatisme* » et un « *manque de prise de risque de la part des instances politique* » Grande hypocrisie des décideurs dont beaucoup sont consommateurs. « *Les pouvoirs publics n'auront jamais le courage de légaliser le cannabis* » « *car c'est plus facile d'interdire que d'encadrer cette consommation de cannabis.* »

Pour d'autres médecins, la prohibition du cannabis viendrait du refus de prendre le risque d'une majoration des consommations, **sous couvert du principe de précaution** : « *par peur de la généralisation de l'addiction due à un "accès facile" au produit* » « *L'impact d'une légalisation reste inconnu et suppuratif tant sur ses conséquences économiques et sociales qu'en termes de santé publique* » et « *l'Etat refuse de prendre risque de dérives comme avec alcool et tabac (on leur reproche suffisamment les autres addictions disant que ce sont les premiers bénéficiaires au niveau économique).* »

Enfin, pour d'autres médecins, la légalisation ne serait pas une mesure courageuse **mais une simple question «d'idéologie»** « *Le problème du cannabis est de la responsabilité des politiques, seul élément versatile.* » *Classique opposition droite-gauche* » : « *les partis de gauche sont d'accord pour la libéralisation des drogues dites douces, les partis de droite au nom de la morale y sont opposés.* »

5.3.2.4.3 Lobbying politique :

Pour certains médecins, le cannabis est prohibé car « *il n'y a pas de lobbying structuré* » en faveur d'une légalisation et qu' « *il existe un marché bien organisé qui génère des profits importants et qui est étroitement lié à d'autres marchés encore plus juteux. En libéralisant le cannabis, on perd la mainmise sur le monopole... A qui profite le crime organisé ? Qui est derrière ?* »

Pour d'autres médecins, une légalisation pourrait au contraire être liée à « *une pression politique des autres pays de la C.E.E.* » Par ailleurs, il n'y aurait « *pas de complot pour continuer à tirer des* »

bénéfices d'un marché parallèle» et «les motivations de la libéralisation semblent se résumer à la recherche de profits maximum par des lobbies.»

5.3.2.5 Notions autres

Dans cette rubrique se retrouvent les avis les plus hésitants, les plus pessimistes mais aussi les plus extrêmes, émis par des médecins qui ne pouvaient justifier un quelconque intérêt à l'un ou l'autre des cadres légaux présentés. Les premiers sont sceptiques ou pessimistes sur l'intérêt et l'efficacité de la prohibition ou a contrario sur l'intérêt et la possibilité d'une légalisation. Les seconds sont catégoriques sur l'absence d'arguments valables pour interdire ou à contrario pour autoriser sa vente et développent des arguments (vus précédemment) de l'item opposé afin d'affirmer leur désaccord radical.

5.3.2.5.1 Pas d'avis précis (indécis)

Certains médecins sont sceptiques sur les fondements de santé publique de la prohibition : *« pour des raisons de santé publique... officiellement», «réponse intuitive...et naïve ?» « J'espère que ce n'est que pour des raisons sanitaires», «même si je ne suis pas convaincu.» «Je veux espérer que l'interdiction concernait bien sur le fond une préoccupation de santé publique», «mais dans ces conditions, pourquoi interdire le cannabis, alors que l'alcool expose également à des complications aiguës et chroniques et est autorisé ?» « Je ne connais pas les vrais motifs ! » « Je suis loin de la vérité, il y a certainement d'autres implications économiques politiques juridiques sociales qui m'échappent.»*

Parallèlement, d'autres médecins sont sceptiques sur l'intérêt de légaliser : *«Je ne sais pas exactement », «je maîtrise mal ces questions.» « Je ne vois pas trop pourquoi », « je n'ai pas d'avis.» « Produit si important pour la santé publique ? »*

5.3.2.5.2 Avis pessimistes :

Certains médecins estiment qu'il n'existe aucun cadre légal idéal : *«le problème est insoluble» et «la vente libre serait source de problème.» « Je pense qu'il n'y a pas de bonne solution! » « L'Etat achète une "paix sociale" en laissant la drogue se diffuser sans réellement s'attaquer au problème à la base. »*

D'autres médecins estiment que le cannabis « ne pourra pas être légalisé » pour diverses raisons culturelles (*«mauvaise opinion publique»*), politiques (*«trop compliqué »*), économiques et sociales (*« explosion sociale à craindre dans les quartiers défavorisés »*) ou sur des exemples de légalisation à l'international peu probants, apparemment erronés : *«se référer aux pays européens voisins qui ont choisi la voie de la dépénalisation et ont fait machine arrière», «même les U.S.A. sont en train d'en revenir.»* Pour mémoire, le nombre de pays d'Europe et d'états américains ayant légalisé l'usage médical n'a jamais été aussi important qu'actuellement depuis 1953, date de la 1^{ère} convention internationale sur les stupéfiants.

Parallèlement, d'autres médecins estiment que la prohibition est inefficace : *« la législation en vigueur montre actuellement ses limites», «la prohibition ne sert à rien, au pire, le cannabis est un problème de santé publique et pas pénal.» « Cela permettrait de s'occuper d'autre chose, et, qui sait, des vrais problèmes de santé, de justice, de maintien de l'ordre... » «Il est illusoire d'espérer une consommation nulle» et « les peines sont inapplicables.»*

5.3.2.5.3 Avis tranchés :

Ces avis auraient pu intégrer les catégories établies par les 4 rubriques principales (souvent plusieurs) mais ils sont caractérisés avant tout par un refus catégorique d'argumenter sur le statut légal estimé inconvenant.

Pour certains médecins, il n'y aurait **aucun motif valable à légaliser** le cannabis sous-tendant qu'il serait primordial de maintenir **une rigueur morale** : « *aucun* », « *je suis totalement contre sa légalisation.* » « *Je regrette qu'il n'y ait pas d'autre choix.* » « *Aucune bonne raison* », « *objectivement valable* » : « *interdit comme les autres drogues (sauf tabac et alcool).* » « *Difficile de penser le contraire* », « *le cannabis est une drogue* », « *classé stupéfiant.* » « *Je suis contre toute forme de drogue* » : « *à proscrire simple question de morale.* » « *La prohibition est toujours un choix politique, qui n'a pas à se justifier.* » Par ailleurs, « *il y a d'autres solutions thérapeutiques* », « *d'autres moyens pour soulager douleur et anxiété* » et une médicalisation entraînerait une « *utilisation détournée de produit.* » « *Il y a à mon avis d'autres remèdes que le cannabis, le légaliser ne résoudra rien.* » Une légalisation du cannabis serait ainsi synonyme **de laxisme sociétal**, de *laisser aller*, « *par abandon de nos valeurs morales et spirituelles ou par « stupidité et rêverie.* » « *L'hypocrisie de la société sera un grand obstacle à la lutte anti-drogue qui s'impose.* » « *Etant opposé formellement à la dépénalisation du cannabis, ma réponse n'est pas vraiment juste.* » « *Questionnaire orienté vers la libération des drogues = enquête nulle.* »

Pour certains médecins, **l'interdit se justifie au vu des dommages engendrés par l'usage du cannabis** : « *suivant mes connaissances actuelles plus de risques que de bénéfices à une légalisation d'un produit qui est déjà tellement banalisé...* » « *Y aurait-il de "bonne petite drogue" à autoriser et de "vilaines grosses drogues" à proscrire?* » « *Le cannabis n'est pas une drogue douce.* » « *On ne peut pas en cautionner la consommation* » comme « *avec le tabac et l'alcool qui, dans ce domaine n'ont pas obtenu une réussite en termes de santé publique : on constate tous les jours les effets néfastes sur la santé d'une liberté de consommation surtout chez les plus fragiles qui les mènent vers une vie détruite.* » « *Une société où on ne peut envisager de vie sans drogue manque cruellement d'optimisme, de confiance en l'avenir, en notre jeunesse.* » « *La solution de facilité serait de légaliser mais ça ne tiendrait pas compte des dégâts que cela engendrerait sur la santé de la population et en particulier des plus jeunes.* » « *Adieu les repères édifiant la personne humaine...!* » « *La permissivité favorise les dérapages* » : « *diffusion du produit dans la société bientôt en C.M.2 ?* »

Parallèlement, pour certains médecins, il n'y aurait pas de motif valable à prohiber le cannabis : « *Aucun* », « *le comportement actuel face au cannabis est une aberration, on marche sur la tête : c'est le fonds de commerce des gardiens de prison, des juges, des forces de l'ordre et donc des politiques !* » « *Quand arrêtera-t-on de payer des impôts pour ça ?* » « *Les profits vont là où on ne les attend pas au détriment des addictifs que l'on ne cherche pas réellement à aider.* » « *Tant qu'il ne sera pas légalisé les ados continueront à se fournir illégalement sans contrôle, sans pédagogie. La légalisation permettrait à certaines personnes d'être prises en charge précocement, et d'être réintégrées socialement.* » « *Le cannabis entre dans les mœurs de la société d'aujourd'hui.* » « *L'interdiction renforce probablement la consommation* » et « *la fabrication de produits frelatés (cf. les années de prohibition en Amérique) parfois plus légaux que le produit originel.* » « *La dépénalisation du cannabis ferait tomber la délinquance et le trafic engendré par son interdiction.* » « *La légalisation et la taxation par l'Etat rapporterait beaucoup.* » « *Il suffit de légaliser le cannabis, mais aucun politique ne le fait.* »

5.3.3 Analyse typologique du statut légal

5.3.3.1 Définitions et classement des commentaires

Sur la base des résultats précédents, nous avons fusionné les réponses aux items 20 et 21 et nous avons individualisé 16 argumentaires différents sur le statut légal du cannabis (7 arguments pour expliquer l'interdit, 7 pour motiver une légalisation et 2 pouvant expliquer les deux).

Chacun de ces argumentaires dégage une fibre ou une tendance personnelle sur laquelle le médecin s'appuie spontanément pour élaborer sa réponse, avec une distance plus ou moins grande par rapport à son argumentaire. Certains commentaires sont engagés, impliquant parfois directement le médecin, partisan alors soit d'un maintien, soit d'un assouplissement des lois ; d'autres en revanche restent plus

distants et ne prennent pas franchement position. Nous avons ainsi classé ces argumentaires selon 3 types de perceptions différentes : les perceptions conservatrices (5 arguments), les perceptions réformistes (5 arguments) et les perceptions neutres (6 arguments) qui ne peuvent être classées dans aucune des 2 premières catégories (argument non partisan).

Ces différents arguments reposent également sur deux approches complémentaires en matière de lutte contre les toxicomanies. L'approche sociétale est prédominante avec 8 argumentaires différents, ce qui témoigne de l'importance des aspects sociétaux une fois de plus. L'approche individuelle transparaît à travers 5 argumentaires. Les 3 derniers argumentaires se basent sur une approche mixte.

5.3.3.1.1 Approche individuelle

5.3.3.1.1.1 Argumentaires conservateurs

- Argumentaire **alarmiste = interdit car usage très dommageable sur le plan individuel.**

Il plaide pour un maintien de l'interdit en pointant un type de dommage lié à l'usage de cannabis, tirant en quelque sorte la sonnette d'alarme. Il est défini un propos qui fait part d'une **sous-estimation des dommages** ou qui focalise de manière explicite sur **un dommage en particulier** pour l'usager, quelle que soit son intensité ou sa fréquence.

Cet argumentaire regroupe de manière exhaustive l'ensemble des dommages individuels aigus ou chroniques pour l'usager, à savoir la dépendance, les troubles psychiatriques névrotiques ou psychotiques, les troubles cognitifs, les pathologies organiques et enfin la théorie de l'escalade chimique, qui conduirait la plupart des usagers de cannabis à consommer d'autres produits, et en particulier l'héroïne. Dans la plupart des cas, les dommages évoqués semblent exagérés par leur intensité ou leur fréquence, mais cela n'a pas été retenu comme une condition nécessaire pour classer l'argument dans cette catégorie.

Ainsi l'importance des dommages individuels engendrés par l'usage de cannabis suffirait à expliquer son interdiction et son usage serait systématiquement problématique.

Pour rappel, les dommages individuels liés au cannabis sont évalués supérieurs ou égaux à ceux de l'alcool pour 24% du panel et représentent 19.5% des notions évoquées spontanément à l'item 20.

- Argumentaire **hygiéniste = interdit car produit toxique sans bénéfices sur le plan individuel.**

Il plaide pour un maintien de l'interdit car cela ne serait **pas sain de consommer des drogues**, alcool et tabac compris, sous-entendant que les dommages sont systématiquement supérieurs aux bénéfices liés à leur usage, voire qu'il n'y aurait **aucun bénéfice individuel** à consommer un produit toxique qui altère la conscience. Selon cet argumentaire, l'usage de tels produits serait le plus souvent problématique et le mieux pour limiter les dommages individuels serait alors de ne consommer aucun produit dans une vision très hygiéniste.

Il est défini, au contraire de l'argumentaire alarmiste, par la notion de toxique ou de drogue induisant des dommages généraux, sans précision sur leur nature, ou par l'absence d'intérêt à consommer de tels produits, ainsi que par la notion d'une connaissance solide et avérée de ces dommages. Dans la plupart des cas, les propos tenus semblent plus modérés mais cela n'a pas été retenu comme une condition nécessaire pour classer l'argument dans cette catégorie.

Ainsi, le cannabis serait uniquement un toxique de plus, nuisible ou néfaste à la santé, et le seul intérêt de le légaliser serait de taxer son commerce au détriment de la santé publique. Dans cet objectif, pourquoi ne pas prohiber également le tabac et l'alcool, dans le cadre d'une vraie tolérance zéro ?

Pour rappel, 29 % du panel serait enclin à renforcer l'interdit pour l'alcool et 37 % pour le tabac (item 14).

5.3.3.1.1.2 Argumentaire neutre

- Argumentaire **rationaliste = autorisation médicale si bénéfice avéré.**

Il plaide pour une **utilisation médicale** du cannabis qui serait alors la principale, voire la seule raison pour assouplir les lois actuelles. Cet argumentaire pose une condition rationnelle au préalable : que des études validées prouvent scientifiquement un intérêt médical des cannabinoïdes et une tolérance acceptable dans une pathologie donnée et à une posologie donnée.

Il regroupe tous les propos relatifs à l'utilisation médicale du cannabis, selon un rapport bénéfices-risques rationnel, que cela soit dans un cadre réglementé classique, sécurisé ou d'exception.

Ce produit est une drogue avec des propriétés pharmacologiques, donc naturellement l'apanage des médecins pour 55 % de notre panel (item 18) ;

Pour rappel, 26 % du panel est uniquement favorable à une délivrance médicale du cannabis et 29 % du panel ne souhaite pas gérer seul cette distribution qui serait alors davantage une question sociétale que médicale.

5.3.3.1.1.3 Argumentaires réformistes

- Argumentaire **empathique = légaliser pour limiter les dommages individuels.**

Il plaide pour un assouplissement légal dans l'objectif de réduire les dommages individuels grâce à un **encadrement de son usage**. Il suppose que le médecin soit en mesure d'avoir un contact empathique avec l'utilisateur, c'est-à-dire d'accepter son usage et de comprendre sa relation au produit.

Il regroupe de manière exhaustive les propos relatifs à un encadrement légal de l'usage pour les majeurs et à ses conséquences positives pour l'utilisateur : une meilleure connaissance de ce phénomène de société, un contrôle sanitaire (adultération) et pharmacologique du cannabis (dosage en THC), un respect des usagers améliorant la cohésion sociale (lutte contre la discrimination), un suivi médical facilité, un contrôle des consommations, et in fine une diminution du mésusage.

Il embrasse les objectifs des argumentaires hygiénistes et alarmistes mais diffère en 2 points essentiels. D'une part, il constate les effets pervers de la loi pour les usagers. D'autre part, il conçoit volontiers un usage non problématique du cannabis et n'occulte pas les bénéfices individuels associés à son usage.

Pour rappel, 23% des médecins se représentent la régulation légale de la filière comme un moyen de mieux contrôler le produit et l'usage en population générale dans un objectif de santé publique (item 21) et 13,7% des notions évoquent spontanément une réduction des dommages individuels.

- Argumentaire **complaisant = légaliser car usage peu dommageable sur le plan individuel.**

Il plaide pour un assouplissement légal au vu de **sa relative innocuité**, notamment en comparaison aux drogues légales (alcool, tabac et médicaments) considérées plus dangereuses que le cannabis.

Il rassemble les propos évoquant un usage de cannabis peu dommageable ou présentant un faible taux d'addiction.

Il établit, à l'instar de l'argumentaire alarmiste, une distinction très nette entre cannabis et drogues légales mais s'oppose franchement à ce dernier par la teneur de ces propos, complaisants et banalisant volontiers l'usage : ce dernier ne serait que très rarement problématique et il apporterait de nombreux bénéfices sur un plan individuel.

Pour rappel, les dommages individuels liés au cannabis sont évalués inférieurs à ceux des drogues légales, pour 30 % de notre panel.

5.3.3.1.2 *Approche sociétale:*

5.3.3.1.2.1 Argumentaires conservateurs

- Argumentaire **paternaliste = interdit pour limiter le coût sanitaire et social.**

Il plaide en faveur d'un maintien de l'interdit pour **protéger la population des dérives en cas de légalisation**, considérée comme incitative, selon la théorie du «déverrouillage sociétal». Légaliser reviendrait à ce que l'Etat cautionne la toxicomanie, dans une vision très paternaliste.

Il regroupe les propos relatifs à la protection de la population, particulièrement de la jeunesse grâce au pouvoir dissuasif de l'interdit, mettant en garde en cas de légalisation du cannabis, contre une explosion de sa consommation ou de toutes les drogues, associée à une forte majoration du coût sanitaire et social lié à l'usage de produits. Cette catégorie inclut également les propos expliquant que le cannabis est l'interdit pour qu'il soit considéré comme dangereux, sous-entendant qu'il ne l'est pas nécessairement.

Ainsi, son caractère illégal serait suffisant pour dissuader de l'usage sans nécessiter d'explications supplémentaires.

Pour rappel, un monde sans drogue est possible, sans aucun doute pour 3 % du panel, et probablement possible pour 14 % du panel (item 15).

- Argumentaire **sécuritaire = interdit pour limiter les conséquences sociétales de l'usage.**

Il plaide en faveur d'un maintien de l'interdit pour lutter contre l'insécurité et les troubles du comportement liés à l'usage de cannabis.

Cet argumentaire rassemble les propos relatifs aux accidents de la voie publique et aux troubles de l'ordre public consécutifs à son usage ou à son trafic ainsi que les propos relatifs aux troubles du comportement, au syndrome à motivationnel ou à la désocialisation, source indirecte d'insécurité.

Ainsi, cet argumentaire considère davantage les dommages collatéraux pour la société que les dommages directs pour les usagers et par du principe qu'une légalisation les multiplierait ces dommages.

Pour rappel, les dommages sociétaux liés au cannabis sont évalués supérieurs ou égaux à ceux de l'alcool pour 23% du panel et représentent 13.5% des notions évoquées spontanément à l'item 20.

5.3.3.1.2.2 Argumentaires neutres

- Argumentaire **fataliste = interdit lié à l'absence de bénéfices socio-économiques.**

Il explique l'interdit par l'absence de solution alternative concrète ou l'absence d'intérêt pour l'Etat à légaliser. Cet argumentaire relate qu'il serait difficile, voire impossible, de contrôler cette filière et de tirer des bénéfices économiques et sociaux.

Il regroupe les propos relatifs à la difficulté à mettre en place un réseau de production et de distribution structuré, contrôlé et taxé, ainsi que les propos relatifs à la paix sociale installée par l'interdit dans les quartiers qui vivent de ce commerce illégal.

Ainsi une légalisation serait trop complexe, trop risquée ou pas assez rentable sur le plan économique et social, que cela soit sur le plan de la production ou de la distribution.

Pour rappel, 9 % du panel évoque des raisons économiques et sociales pour expliquer l'interdit (item 20).

- Argumentaire **opportuniste = légalisation liée aux bénéfices économiques et sociaux importants.**

Cet argumentaire souligne que la société aurait beaucoup à gagner sur le plan **économique et social** en le légalisant, à l'inverse de l'argumentaire fataliste.

Il regroupe les propos relatifs aux bénéfices économiques et sociaux potentiels en cas de légalisation et à l'opportunité de mettre en place un réseau de production et de distribution structuré.

Ainsi, légaliser pourrait être une bonne solution, particulièrement en temps de crise, pour créer des emplois et générer des recettes pour l'Etat, grâce à un contrôle et une taxation de son commerce. A noter que cet argumentaire peut volontiers être animé de teintes ironiques ou cyniques, considérant alors les bénéfices économiques et sociaux comme les seuls bénéfices possibles d'une légalisation.

Pour rappel, 24,7% du panel évoque des raisons économiques et sociales pour expliquer une éventuelle légalisation (item 21).

- Argumentaire **conformiste = interdit lié aux mœurs et à la tradition.**

Il explique que la législation actuelle se fonde avant tout sur l'absence de bénéfices culturels en rappelant la norme actuelle et donc **le contexte socio-culturel**.

Cet argumentaire regroupe les propos relatifs à l'absence d'inscription sociale, culturelle, religieuse du cannabis dans les mœurs français, à travers plusieurs éléments représentés par l'usage non traditionnel en France, la méconnaissance du produit dans la population générale, le tabou moral et les peurs irrationnelles associés au cannabis.

Ainsi, le cannabis serait interdit parce qu'il ne serait pas socialement accepté et réciproquement, sachant que le contexte légal actuel cultive la peur du cannabis et incite à la stigmatisation des usagers, ce qui retarde logiquement son entrée dans les mœurs.

Pour rappel, 21,5 % du panel évoque des raisons culturelles pour expliquer l'interdit (item 20).

- L'argumentaire **réaliste = statut légal selon les enjeux politiques ou géostratégiques.**

Il rassemble l'ensemble des propos relatifs à **la politique intérieure**, que cela soit la démagogie sécuritaire ou libertaire et l'idéologie de droite ou de gauche, mais aussi les propos relatifs à **la politique extérieure**, comme les pressions européennes ou les lobbies industriels. Il est qualifié de « réaliste » car la législation sur le cannabis est indéniablement une question politique.

Cet argumentaire prolonge l'argumentaire conformiste sur le plan politique, qu'il soit lié à la démagogie ou aux enjeux géostratégiques internationaux.

Ainsi, nos démocraties exécuteraient avant tout les intérêts des plus puissants (allusion au lobbying et à la corruption), tout en se conformant à l'opinion publique majoritaire, quitte à la manipuler (allusion à la désinformation).

Pour rappel, 23 % du panel évoque des raisons politiques pour expliquer l'interdit (item 20) et 32 % pour expliquer une éventuelle légalisation (item 21).

5.3.3.1.2.3 Argumentaires progressistes

- Argumentaire **pragmatique = légaliser pour réduire les dommages sociétaux.**

Il rassemble les propos relatifs à une **réduction des dommages sociétaux par un encadrement légal** de la filière « cannabis », que cela soit le coût sanitaire et social, le coût légal ou les conséquences sociétales de son usage. Cet argumentaire fait appel à deux éléments pragmatiques : la répression de l'usage génère involontairement de nombreux dommages collatéraux et elle est inefficace sur le plan de la prévention, au vu de la majoration constante de la prévalence de son usage, après plus de 40 ans de « guerre contre la drogue ».

Il regroupe tous les propos évoquant une régulation de la filière pour lutter contre le trafic et l'insécurité qu'il génère, pour diminuer la délinquance et les dérives vers d'autres addictions, pour limiter le coût légal et la prévalence de l'usage chez les jeunes par des mesures de prévention plus adaptées.

Il embrasse les objectifs des argumentaires sécuritaires et paternalistes mais diffère en 2 points essentiels. D'une part, il considère les effets pervers de l'interdit pour la société (coût légal et conséquences sociétales dommageables). D'autre part, il estime que la clandestinité serait source d'abus et que l'interdit serait plus incitatif que dissuasif, notamment chez les jeunes et propose, constatant l'échec, des politiques répressives.

Pour rappel, 83% du panel ne se représentent pas un monde sans drogue comme une éventualité possible (item 15) et 18% des notions exprimées motivent une légalisation pour réduire le trafic et les dommages sociétaux (item 21)

- Argumentaire **libertaire** = **légaliser pour respecter le choix des usagers.**

Il plaide pour un assouplissement légal car l'interdit porterait **atteinte aux libertés privées fondamentales** et ne serait **pas adapté aux mœurs actuelles**.

Il regroupe les propos politiques relatif à la défense des libertés individuelles qui considèrent que chaque adulte devrait avoir le droit de consommer ce qu'il souhaite en privé et par extension, les propos faisant référence à la notion de bénéfices individuels (plaisir, détente, usage social) ou culturel (adapter la loi aux mœurs). Selon cet argumentaire, il serait temps de mettre en conformité la loi avec la réalité des faits. Pour rappel, 4 % du panel évoque des raisons culturelles pour motiver une éventuelle légalisation (item 21).

Il s'oppose fondamentalement à l'argumentaire paternaliste, en considérant que l'individu doit forger son opinion sur son expérience personnelle, et non sur une doctrine ou des clichés populaires, au nom de la liberté de choisir. Ainsi, il serait interdit d'interdire ce qui ne nuit pas à autrui.

Pour rappel, l'interdit porterait totalement atteinte à ces libertés privées pour 3 % du panel et en partie pour 21% du panel (item 17).

5.3.3.1.3 *Catégories limites (approche mixte)*

5.3.3.1.3.1 Argument conservateur

- Argumentaire **réactionnaire** = **aucune raison de légaliser.**

Il témoigne d'une franche hostilité à tout assouplissement légal, jusqu'à refuser de débattre sur une éventuelle légalisation (item 21).

Il regroupe les propos estimant qu'aucune raison n'est valable pour assouplir les lois actuelles.

Ils mêlent probablement une profonde fibre paternaliste aux fibres alarmistes, sécuritaires et hygiénistes. Cette catégorie extrême de perceptions, les plus intolérantes au cannabis, représentent la borne négative.

5.3.3.1.3.2 Argument neutre

- Argumentaire **dubitatif** = **sceptique sur l'intérêt d'interdire ou de légaliser.**

Il regroupe les propos **emprunts de scepticisme**, quant au fondement sanitaire de l'interdit ou d'une éventuelle légalisation.

Cette catégorie neutre, la plus indécise ou la moins engagée au sujet du cannabis, représente la catégorie médiane.

5.3.3.1.3.3 Argument progressiste

- Argumentaire **révolutionnaire = aucune raison d'interdire.**

Il témoigne d'une franche hostilité aux lois actuelles, jusqu'à refuser de débattre sur l'interdiction. Il rassemble les propos estimant que les bénéfices sont sous-estimés et qu'aucune raison ne justifie la pénalisation de son usage, mêlant probablement une profonde fibre libertaire aux fibres complaisantes, empathiques et pragmatiques.

Cette catégorie extrême, la plus tolérante au cannabis, représente la borne positive.

5.3.3.2 *Typologie générale*

Ces 16 tendances coexistent en réalité toutes au sein de chaque individu, dans des proportions plus ou moins importantes. Les différents arguments conservateurs se mêlent volontiers entre eux car ils aboutissent à une position synergique, à savoir une hostilité à tout assouplissement des lois sur le cannabis. Idem pour les différents arguments réformistes aboutissant à une position cohérente radicalement opposée, à savoir la demande d'un assouplissement légal. Les arguments neutres, eux, peuvent se mêler aussi bien à des arguments progressistes ou conservateurs.

5.3.3.2.1 *Représentations conservatrices*

Les représentations **conservatrices** plaident clairement pour un maintien ou un renforcement des lois actuelles. Pour rappel, elles se déclinent en 5 arguments différents : alarmiste, hygiéniste, paternaliste, sécuritaire et réactionnaire. Ces représentations sont caractérisées par plusieurs points communs :

- **La santé publique** est au premier plan pour justifier l'interdit qui est sous-tendue in fine par des valeurs morales.
- Les argumentaires témoignent tous d'une adhésion au **pouvoir dissuasif de l'interdit**, directement pour la fibre paternaliste ou indirectement pour les autres.
- Il existe un souhait plus ou moins conscient **d'éradiquer le cannabis**, même si cela semble difficile, voire impossible.
- Ces représentations prédominent largement chez les médecins ayant un **score de tolérance négatif**, évoquant la difficulté de remise en question des représentations acquises (voir analyse croisée selon le score de tolérance à une légalisation).

5.3.3.2.2 *Représentations neutres*

Les représentations **neutres** ne se positionnent pas sur l'impact de la loi en termes de santé publique et ne permettant pas de trancher entre les 2 grandes tendances établies précédemment, ni de distinguer différents profils. Ce sont surtout des perceptions sociétales et elles se déclinent en 6 arguments différents : rationaliste, opportuniste, fataliste, conformiste, réaliste ou dubitative.

Elles ont en commun la perception d'une **influence nulle ou faible de toute politique de santé publique en matière de lutte contre les toxicomanies.**

Trois éléments distincts, volontiers cumulables, peuvent expliquer l'émergence de ces représentations neutres, selon l'argumentaire évoqué :

- Une réflexion basée sur la conviction que le statut légal du cannabis n'est pas une question de santé publique liée aux dommages, mais plutôt une question de société liée aux bénéfices : absence de bénéfices culturels pour l'argumentaire conformiste, bénéfices économiques et sociaux impossibles pour l'argumentaire fataliste ou au contraire importants pour l'argumentaire opportuniste.
- Un équilibre sur les différents argumentaires conservateurs et progressistes qui amènerait à botter en touche sur des considérations médicales, pour l'argumentaire rationaliste, ou sur des considérations politiques pour l'argumentaire réaliste. Il en découle une position commune

prudente et plus neutre au regard de la loi actuelle, renvoyant chercheurs et politiciens à leur responsabilité. Cette perception mitigée pourrait être mis en lien avec les données contradictoires de la littérature et à la polémique passionnelle, qui nuit au débat scientifique.

- L'absence de connaissances suffisantes pour se forger une représentation précise du statut légal orienterait vers un argumentaire dubitatif.

5.3.3.2.3 *Représentations réformistes*

Les représentations **réformistes** plaident clairement en faveur d'un assouplissement des lois actuelles. Pour rappel, elles se déclinent en 5 arguments différents : complaisant, empathique, libertaire, pragmatique et révolutionnaire. Ces représentations sont caractérisées par plusieurs points communs :

Les raisons sanitaires et sociales sont au premier plan pour justifier une légalisation qui est sous-tendue, in fine, par des valeurs éthiques s'opposant aux valeurs **traditionnelles et à la morale**.

On retrouve la notion plus ou moins consciente d'une **atteinte aux libertés individuelles** représentée par l'interdit, même si cela semble paradoxal.

Tous ces argumentaires témoignent d'une adhésion à l'échec des politiques répressives dans ses objectifs de prévention, de manière directe pour la fibre pragmatique ou indirecte pour les autres fibres.

Ces représentations prédominent largement chez les médecins ayant un **score de tolérance positif**, évoquant une plus grande facilité à remettre en question les dogmes ambiants (voir analyse croisée selon le score de tolérance à une légalisation).

5.3.3.3 *Typologie détaillée*

5.3.3.3.1 *Bases de construction des profils*

Chacun des profils établis est composé de plusieurs tendances majoritaires, coexistant de manière plus ou moins harmonieuse et plus ou moins consciente, associées à des fibres minoritaires. Afin de déterminer des profils types et de mieux cerner les liens entre les différents argumentaires au sein de chaque type de perception, nous avons cherché intuitivement une cohérence et une complémentarité dans l'articulation des différents argumentaires. Ce travail a mis en exergue une opposition entre deux perceptions principales, conservatrices ou réformistes, au sein de deux approches distinctes et complémentaires, une approche plus pragmatique centrée sur le produit, variant alors selon le niveau d'information et une approche plus philosophique centrée sur la place du produit dans notre société, inspiré par des valeurs morales ou éthiques.

Positions pragmatiques centrées sur les dommages globaux et les bénéfices sociétaux :

- Profil désinformé = « l'usage de cannabis est interdit car ce produit entraîne des dommages directs et collatéraux considérables et que sa légalisation apporterait très peu de bénéfices sociétaux ».
- Profil complaisant = « l'usage de cannabis pourrait être autorisé car ce produit entraîne peu de dommages directs et collatéraux et que sa légalisation apporterait des bénéfices considérables à la société ».

Positions philosophiques centrées sur les politiques publiques et les bénéfices individuels

- Profil coercitif = « l'usage de cannabis est interdit pour protéger la population et limiter les dommages liés à son usage car cela dissuade l'individu de consommer un produit toxique qui ne lui apporterait aucun bénéfice ».
- Profil éducatif = « l'usage de cannabis pourrait être autorisé pour limiter les dommages engendrés par l'interdit et dissuader l'individu du mésusage car cela permettrait de réguler les pratiques tout en respectant le choix des usagers, motivé par les bénéfices qu'ils tirent de leur usage. »

Chacune de ces positions est à l'origine d'un profil type dit « modéré » et leur cumul donne naissance à 3 autres profils : un profil neutre (cumul de profils antagonistes) et 2 profils extrêmes (cumul de profils synergiques). Au total, nous avons donc pu dresser 7 profils différents: 3 profils conservateurs, 3 profils réformistes et un profil neutre.

Ces différents profils dressent **autant de visions globales et cohérentes du cannabis**, représentatives de l'ensemble des perceptions de notre panel. Ils résument schématiquement les différents types de perceptions qui peuvent exister sur le cannabis chez les médecins généralistes et peuvent assurément s'étendre à la population générale, les bases de cette typologie étant universelles.

5.3.3.3.2 Profils types

Il est nécessaire de rappeler ici que d'une part, cette typologie se base uniquement sur l'argumentaire des médecins pour expliquer le statut légal du cannabis, et non sur leur position personnelle, d'autre part, que **ces catégories sont perméables** avec le temps, mais aussi selon la question considérée sur le cannabis.

5.3.3.3.2.1 Profils conservateurs (score de tolérance négatif de -10 à -2)

- Profil désinformé (fibres alarmiste, sécuritaire et fataliste)

Ce profil est centré sur le produit et son cortège de désinformation : « l'usage de cannabis est interdit car ce produit entraîne des dommages directs et collatéraux considérables et qu'une légalisation apporterait très peu de bénéfices sociétaux. » Il mêle les argumentaires les plus fournis en informations erronées, à savoir l'argumentaire **alarmiste** sur un plan individuel et les argumentaires **sécuritaires** et **fataliste** sur un plan sociétal. Il s'y associe volontiers un argumentaire paternaliste, dans un esprit légaliste un peu simpliste ou un argumentaire réaliste, taxant la légalisation de politique laxiste et irresponsable (de gauche).

Il se représente le cannabis comme un **produit très dangereux et fortement addictif**, contrairement à l'alcool. Il a une perception très nettement majorée des dommages individuels et sociétaux lié au cannabis, considérés supérieurs à ceux de l'alcool. Par ailleurs, il majore les bénéfices hédoniques, persuadés des effets puissants du produit et ils minorent très nettement les bénéfices sociétaux, le cannabis étant un produit d'importation non cultivable en France (impossible ou non rentable). Enfin, il est opposé à l'usage médical, considérant que le cannabis n'est pas un médicament car son efficacité et son innocuité ne sont pas prouvées (négation du bénéfice thérapeutique).

Profondément ancré dans notre culture judéo-chrétienne, ce profil distingue clairement les produits stupéfiants, assimilé à la drogue, des produits culturels comme l'alcool, assimilé au bon vin. Il est convaincu de la dangerosité considérable des stupéfiants et pour s'en protéger, il cherche à mettre le plus de distance possible avec le produit, animé par une **certaine peur des drogues non culturelles**. Il est plus sensible à une information à caractère dramatisant sur les stupéfiants que sur l'alcool ou le tabac à mettre en lien avec une banalisation des drogues légales, banalisation qu'il ne peut envisager pour le cannabis au vu des dommages supposés très importants, ce qui l'amène à renforcer naturellement ces positions.

Pour conclure, le profil désinformé voit dans l'interdit une mesure salutaire. Il souhaite donc un statut-quo de la législation, mais il mise davantage sur **le pouvoir dissuasif du risque sanitaire** que sur le pouvoir dissuasif du risque judiciaire, les peines prononcées n'étant pas suffisamment exemplaire selon lui.

- Profil coercitif (fibres hygiéniste et paternaliste)

Ce profil est centré sur la place du produit dans notre société : « l'usage de cannabis est interdit pour protéger la population et limiter les dommages liés à son usage car cela dissuade l'individu de consommer un produit toxique qui ne lui apporterait aucun bénéfice ». Il mêle essentiellement

l'argumentaire **hygiéniste** sur un plan individuel et l'argumentaire **paternaliste** sur un plan sociétal. Il s'y associe volontiers un argumentaire sécuritaire, inquiet au sujet des conséquences sociétales de son usage, un argumentaire opportuniste, non sans cynisme ou un argumentaire réaliste, critiquant les enjeux politiques libéraux et libertaires de la légalisation.

Il se représente le cannabis comme un **toxique sans intérêt** (ou très limité) et ne distingue pas les stupéfiants des produits légaux, amalgamant volontiers l'ensemble dans la catégorie « drogue » de manière cohérente. Il confère une grande importance à la valeur coercitive des lois et au respect de la règle, jusqu'à imposer le respect littéral des textes de loi, au détriment de son esprit. Ainsi, ce profil serait opposé à une légalisation de l'usage récréatif, non pas au vu du bilan des dommages individuels, perçus comme modérés, mais plutôt pour des raisons sociétales teintées de moralisme, illustrées par le « verrou sociétal » de l'interdit. Ce profil estime qu'il n'est jamais sain de consommer des produits ou de rechercher des paradis artificiels car cela éloigne l'usager des réalités quotidiennes, ce qui s'associe à un déni des bénéfices individuels avec une minoration probable de ces perceptions. Il occulte également l'économie du coût légal en cas de levée de l'interdit, convaincu que celle-ci entraînera une explosion du coût sanitaire et social et des conséquences sociétales dommageables beaucoup plus onéreuses. Finalement, l'usage de tels produits ne pourrait être autorisé que dans un cadre médical très sécurisé (ordonnance d'exception) et uniquement en cas de bénéfices avérés supérieurs aux thérapeutiques classiques, afin de limiter le risque de dérives comme avec les produits de substitution (Subutex).

Nourri par l'utopie d'un monde sans drogues, ce profil se base essentiellement sur une **peur de la banalisation du cannabis**, y voyant une augmentation considérable des dommages sociétaux, à l'instar de l'alcool et du tabac. Au nom de la morale et de valeurs « saines », il cultive le dogme de la dangerosité d'une légalisation du cannabis et partirait du principe que l'interdit dissuade de l'usage, limite l'accès au produit et protège la jeunesse.

Pour conclure, le profil coercitif voit finalement dans l'interdit une mesure éducative. Il souhaiterait donc conserver la législation actuelle, excepté dans un cadre médical reconnu très réglementé, et mettre en place une application plus systématique des peines, car **les lois sont faites pour être respectées**, quitte éventuellement à mettre en place des sanctions plus concrètes (contravention).

- Profil négativiste (fibre réactionnaire)

Composé presque exclusivement de **fibres conservatrices**, ce profil cumule les aspects les plus intolérants des profils désinformés et coercitif, de manière parfois paradoxale vis-à-vis des drogues légales. La fibre réactionnaire est au cœur de ce profil. Il s'agit de médecins ayant un score de tolérance très négatif (< -6) et bien souvent un score de proximité faible (≤ 3). De tels scores de tolérance peuvent être liés à une expérience émotionnelle particulièrement négative sur le cannabis, notamment par rapport à la consommation de ses propres enfants ou encore à un embrigadement de la pensée par une mouvance anti-cannabis. Ce profil est en effet volontiers militant de la « guerre à la drogue », et se considère prêt à partir en croisade contre ce fléau, d'autant que cela peut apporter des bénéfices en termes de réputation et d'ascension politique.

Ce profil fait preuve de très peu de nuances et ne voit que les aspects négatifs liés au produit: il se représente le cannabis comme un **poison** et nie farouchement tout bénéfice individuel, y compris thérapeutique, et tout bénéfice sociétal, ce produit ne faisant pas partie des traditions françaises. Il refuse d'accepter les drogues issues d'autres cultures, révélant en filigrane **le spectre sous-jacent de la peur et de la xénophobie**. Il refuse également d'admettre l'échec de la stratégie répressive pour lutter contre les toxicomanies, y voyant un manque certain d'optimisme et croit fermement au pouvoir dissuasif de l'interdit. En revanche, il caricature nettement les dommages directs (perturbation de l'identité, aliénation, dépendance extrême) ou collatéraux (vol, violences, homicide) liés à l'usage de cannabis, sans aucune pondération, pas même la fréquence d'usage (notion de roulette russe)

Pour conclure, le profil négativiste estime que légaliser le cannabis serait une aberration en termes de santé publique. Il serait temps, au contraire, de stopper l'hypocrisie actuelle et de **renforcer les mesures répressives** afin d'éradiquer ce poison et de protéger enfin la population de ce fléau. Pour cela, il suffirait de se donner réellement les moyens de lutter contre le cannabis et de se montrer plus ferme vis-à-vis des usagers et des trafiquants, par des sanctions exemplaires et systématiques, avec des peines planchers.

5.3.3.3.2.2 Profil neutre (score de tolérance de -1 à 1)

Ce profil fait appel à tous les argumentaires et aux 3 types de perceptions différentes (conservatrices, neutres et réformiste) **dans des proportions équilibrées**. Seuls les deux argumentaires extrêmes (réactionnaire et révolutionnaire) n'y sont pas ou peu représentés. Ceci implique qu'il reprend des éléments des 4 profils modérés (désinformés, coercitifs, éducatifs et « banalisateur »). Par définition, il ne prend pas de positions engagées et se réfugie dans un **consensus mou**, que cela soit au niveau du produit, considéré comme aussi dommageable que les drogues légales ou au niveau de la législation, considérée sans véritable influence sur la santé publique. Cela pourrait s'expliquer, soit par une carence d'information liée à un désintérêt du sujet, soit par des positions antagonistes équilibrées ou une nature prudente, empêchant de trancher.

Ce profil se représente le cannabis de manière dissociée, à la fois comme **un toxique**, mais aussi comme **un médicament**, lui conférant des vertus antalgiques : il plébiscite donc un encadrement de la distribution médicale, avec une délivrance sur ordonnance sécurisée, comme pour les opiacés. D'un autre côté, il amalgame volontiers cannabis, alcool et tabac dans la catégorie des drogues socialement gérables qu'il oppose aux autres drogues, considérés plus dangereuses. Dans un souci d'harmonisation avec les drogues légales et au nom du respect des usagers, il souhaite timidement dépénaliser l'usage privé du cannabis pour les adultes, même si cela semble risqué, notamment en raison du déplacement de l'interdit qui pourrait entraîner une majoration de l'usage d'autres drogues plus dangereuses. Il n'est pas convaincu du pouvoir dissuasif de l'interdit mais il estime cependant que la prohibition limite probablement l'accès au produit. Enfin, ce profil estime que le statut légal des drogues est avant tout une question politique orientée par les bénéfices sociétaux liés au produit. Ainsi, s'ils étaient suffisants, les bénéfices sociétaux du cannabis pourraient alors justifier, à eux seuls, sa légalisation pour nos dirigeants.

Pour conclure, ce profil mitigé souhaite assouplir prudemment la législation. Il propose un **retour du cannabis dans la pharmacopée** et une dépénalisation de l'usage privé sans pour autant encadrer la filière, afin de limiter les dommages liés à l'interdit mais aussi à une autorisation brutale de son commerce.

5.3.3.3.2.3 Profils réformistes (score de tolérance de 2 à 10)

- Profil « banalisateur » (fibres complaisante, libertaire et opportuniste)

C'est le pendant du profil désinformé. Il est également centré sur les dommages du produit et les bénéfices sociétaux : « l'usage de cannabis pourrait être autorisé car ce produit entraîne très peu de dommages directs et collatéraux et que sa légalisation apporterait des bénéfices considérables à la société ». Il mêle essentiellement les argumentaires **complaisant, libertaire et opportuniste**, banalisant à la fois l'usage du cannabis sur un plan individuel et sur un plan sociétal. Il s'y associe volontiers un argumentaire conformiste critiquant les raisons culturelles de l'interdit ou un argumentaire réaliste taxant la prohibition de décision politique sécuritaire irresponsable (de droite).

Ce profil se représente le cannabis comme **un produit plus bénéfique que dommageable**. Il plébiscite une légalisation de l'usage récréatif et médical pour faire cesser l'hypocrisie sur le produit et l'origine de son statut légal. Il estime que l'usage de cannabis engendre globalement moins de dommages que l'alcool ou que le tabac et qu'il présente un intérêt médical non négligeable avec un rapport bénéfices-risques intéressant. Ainsi, ce profil considère davantage le cannabis comme un médicament que

comme un toxique contrairement aux drogues légales. Par ailleurs, il estime que ce produit est intégré dans les mœurs françaises malgré les lois actuelles interdisant son usage. Une légalisation du cannabis serait donc une mesure adaptée, à la fois juste pour l'utilisateur et d'autre part très profitable pour la société. Sur le plan médical, la délivrance pourrait se faire sur ordonnance classique et pour éviter les dérives et l'hypocrisie d'une filière médicale unique, ce profil souhaite une filière indépendante pour encadrer l'usage récréatif chez les majeurs, avec une législation alignée sur les produits légaux.

Ce profil ne semble pas avoir peur de la banalisation du cannabis, bien au contraire, car celle-ci constituerait le support idéal à une conscience libre et éclairée sur le sujet. La banalisation de l'usage de cannabis dans la société serait ainsi propice au **libre-arbitre** de choisir de consommer ou de ne pas consommer, en levant le tabou, en diffusant les connaissances et en limitant fortement, in fine, la dimension émotionnelle afférente aux représentations du cannabis. Ce profil repose sur une certaine **tolérance sociétale de l'usage** et sur des perceptions remettant en cause le dogme ambiant sur la dangerosité du cannabis et plaidant pour une exploitation de tous les bénéfices qu'il peut générer.

Pour conclure, le profil « banalisateur » souhaite encadrer distinctement les filières cannabiques médicales et récréatives, pour **faire cesser l'hypocrisie scientifique, économique, sociale et politique** sur le cannabis et amener chaque individu majeur à la responsabilité du choix libre et éclairé.

- Profil éducatif (fibres empathique et pragmatique)

C'est le pendant du profil coercitif. Il est centré également sur les politiques publiques et les bénéfices individuels : « L'usage de cannabis pourrait être autorisé pour limiter les dommages engendrés par l'interdit et dissuader l'individu du mésusage car cela permettrait de réguler les pratiques tout en respectant le choix des usagers, motivé par les bénéfices qu'ils tirent de leur usage.» Il mêle essentiellement l'argumentaire **empathique** sur un plan individuel et l'argumentaire **pragmatique** sur un plan sociétal. Il s'y associe volontiers un argumentaire conformiste rappelant les fondements culturels de l'interdit, un argumentaire fataliste, témoignant d'une certaine résignation au conservatisme, ou un argumentaire libertaire, appelant les majeurs à la responsabilité individuelle.

Ce profil se représente le cannabis comme un produit **aussi bénéfique que dommageable**, tout dépend de l'usage que l'on en fait. Il admet volontiers la possibilité d'un usage non problématique, ainsi que l'existence de bénéfices individuels associés à son usage, l'amalgamant aux produits légaux. Il peut être enclin à un usage médical avec délivrance sur ordonnance sécurisée, même si les indications thérapeutiques lui semblent limitées. Il adhère avant tout à un accès légal du cannabis récréatif dans un cadre strictement réglementé pour les adultes, dans la mesure où l'objectif est de réduire les dommages directs et collatéraux, ainsi que les coûts pour la société. Ce profil estime que l'interdit est hélas plus souvent incitatif que dissuasif, notamment chez les adolescents. Il propose ainsi un cadre légal plus réglementé que pour l'alcool ou le tabac (cannabis social club ou carte de consommateur) pour mieux contrôler l'usage et limiter toute incitation dans la jeunesse.

Il confère une grande importance aux valeurs éducatives modernes privilégiant la stratégie de la récompense, dans une approche empathique, à celle de la punition, dans une approche autoritaire. La règle demeure primordiale, seule la manière de la faire respecter diffère. Il axe son raisonnement sur la réduction des dommages, en prenant le parti d'un usage de produit inéluctable car ancestral et planétaire. De plus, il considère, d'une part l'inefficacité des politiques répressives à limiter la prévalence de l'usage, d'autre part les effets collatéraux dommageables de la prohibition, aussi bien pour les usagers que pour la société. Ce profil met ainsi en balance les dommages individuels et sociétaux entraînés par le produit dans un contexte légal et ceux entraînés par le produit dans un contexte illégal et conclue que l'essentiel des dommages n'est pas lié aux effets du cannabis mais plutôt à la politique répressive en matière de stupéfiants. Ce profil repose sur une certaine **tolérance individuelle de l'usage** et sur des perceptions plus éducatives que coercitives, partant du principe

qu'un cadre légal officiel dissuaderait de l'usage abusif et limiterait l'accès au produit, notamment chez les mineurs.

Pour conclure, le profil éducatif ne s'oppose pas à l'utilisation médicale du cannabis mais il souhaite essentiellement une **légalisation encadrée** de la filière récréative pour réduire les dommages individuels et sociétaux dans l'objectif de protéger la population générale du mésusage **et particulièrement les plus jeunes**.

- Profil positiviste (fibre révolutionnaire)

Ce profil est le pendant du profil négativiste. Composé presque exclusivement de fibres réformistes, ce profil se base sur les 2 hypothèses précédentes et cumule les aspects les plus tolérants des profils éducatif et « banalisateur. » La fibre **révolutionnaire** est au cœur de ce profil. Il s'agit de médecins ayant un score de tolérance très positif (>6) et bien souvent un score de proximité très élevé (>8). Ils sont volontiers usagers régulier ancien ou actuel mais cette condition n'est ni nécessaire, ni suffisante. Les usagers réguliers peuvent être en contact avec la mouvance pro-régulation du cannabis mais la plupart du temps, ils ne sont pas militant au vu des risques encourus en terme de réputation et du pessimisme politique qui caractérise les habitués du cannabis (2).

Le profil positiviste tire parti au maximum de l'expérience pour assouvir sa soif de connaissance. Il se représente le cannabis comme **une plante**, et non comme un produit. Il est convaincu des bienfaits de son usage et considère non seulement les bénéfices associées aux variétés à drogue mais aussi aux variétés à fibres ou à graines (fort potentiel industriel et écologique). Il considère que le cannabis est une véritable panacée médicale, au vu de ses indications multiples et de sa sécurité d'emploi, et qu'il pourrait être en vente libre dans toutes les pharmacies. Ce profil présente peu de nuances : il ne nie pas les dommages mais il semble les occulter, convaincu avant tout de ses bénéfices importants, que cela soit sur un plan individuel ou sociétal. Ainsi, l'usage de cannabis permettrait d'élever la conscience (usage mystique) et son inscription sociétale pourrait aider à pacifier les peuples, portant en lui les germes de la non-violence, ce qui n'est pas sans rappeler une certaine mouvance baba-cool. Par ailleurs, il clame également certaines réalités inhérentes à la prohibition, comme son inefficacité à atteindre ses objectifs de prévention en dépit d'un coût légal astronomique, l'abandon du contrôle de la disponibilité et de la pureté des produits, la prolifération du crime organisé et du marché noir ou encore la discrimination des usagers.

Pour conclure, le profil positiviste estime que la prohibition du cannabis est une aberration en termes de santé publique, au vu d'une toxicité très faible du produit, un non-sens sur le plan sociétal, au vu de son inefficacité, des dommages qu'elle engendre et de l'atteinte sévère portée aux libertés individuelles. Il serait ainsi grand temps de stopper cette hypocrisie flagrante et de **libéraliser l'usage de cette plante**, sans restriction particulière, pour pouvoir profiter pleinement et en toute quiétude de ses nombreux bienfaits.

5.3.3.4 Tableaux récapitulatifs

Pour faciliter la lecture, les profils négativistes et positivistes ne sont pas présentés dans ces tableaux.

Tableau 6 : représentations générales du cannabis selon la typologie établie

Profil général		Conservateur		Neutre	Réformiste	
Score de tolérance (items 15 à 19)		-10 à -2		-1 à 1	2 à 10	
Pourcentage		40%		21%	39%	
Statut légal souhaité		Maintien de la répression de l'usage. Pas d'accès médical ou réglementation très strict		Accès médical strict +/- Dépénalisation de l'usage privé	Réglementation accès médical éventuelle Dépénalisation de l'usage privé Accès public plus ou moins encadré	
Profil détaillé		Désinformé	Coercitif	Neutre	Educatif	Banalisateur
1	Connaissances sur le produit par la population générale	Méfais sous estimés par l'opinion public Principes de précaution impératif	Connaissances solides imposant le maintien de l'interdit	Connaissances ambiguës (sources contradictoires)	Connaissances insuffisantes (interdit = frein à l'information et à la recherche)	Bienfaits sous estimés par l'opinion public Principe de précaution très handicapant
2	Toxicité générale	Importante, à court terme	Modérée, à moyen terme			Faible, à long terme
3	Toxicité comparée	Supérieurs ou égal aux drogues légales	Similaire à l'alcool	Entre le tabac et l'alcool	Similaire au tabac	Inférieurs ou égales aux drogues légales
4	Usage problématique	Très fréquent Pondération éventuelle selon le produit (niveau de THC)	Fréquent Pondération éventuelle selon l'individu (age et facteurs de vulnérabilité)	Variable selon la fréquence d'usage et selon l'individu (age et facteurs de vulnérabilité)	Peu fréquent Dépendant de l'individu, du mode de consommation et du contexte légal (pas de contrôle sanitaire)	Rare Dépendant contexte socio-culturel et légale (criminalisation de la jeunesse)
Synthèse dommages		Produit très dommageable	Interdit protecteur	Indécision ou non engagement	Interdit dommageable	Produit peu dommageable
Synthèse bénéfiques		Pas de bénéfiques sociétaux	Pas de bénéfiques individuels	Moyens	Bénéfiques individuels importants	Bénéfiques sociétaux importants

Tableau 7 : perceptions des dommages liés au cannabis selon la typologie établie.

Profil général		Conservateur		Neutre	Réformiste	
Profil		Désinformé	Coercitif	Neutre	Educatif	Banalisateur
Score de tolérance (items 15 à 19)		-10 à -2		-1 à 1	2 à 10	
Pourcentage		40%		21%	39%	
1	Dommages somatiques	Cancers précoces Neurotoxique Stérilité Immunosuppression	Troubles cardio-respiratoires +/- Neuro toxique +/- carcinogène Dommages variables		Troubles cardio-respiratoires liés au mésusage et majorés par les produits de coupe Non neurotoxique	
2	Dommages psychiques	Puissant hallucinogène (psychose cannabique) Troubles psychotiques (BDA, schizophrénie) Perturbation de l'identité Possible dès le 1er usage	Décompensation de troubles psychotiques, induction de troubles névrotiques ou de troubles de l'humeur			Pas de troubles névrotiques ou psychotiques induits à posologie moyenne Usage thérapeutique en psychiatrie
3	Dépendance	Dépendance physique Très rapide (souvent dès le premier usage), Tres forte (syndrome de sevrage important) Sevrage très difficile	Insidieuse Dépendance physique variable selon le taux de THC Sevrage difficile	Variable Psychologique uniquement	Lente Faible (psychologique) Sevrage facile	Très lente Très faible (psychologique) Sevrage très facile
4	Accidents	Plus dangereux que l'alcool Non perception du danger pendant plusieurs jours (relarguage et flashback) Usage incompatible avec la conduite	Aussi dangereux que l'alcool Notions de seuil d'emprise flou Usage récent incompatible avec la conduite			Nettement moins dangereux que l'alcool (effet sédatif essentiellement) Pas d'emprise incompatible avec la conduite
5	Troubles des conduites	Très fréquents Agressivité et perte de contrôle Altérations des capacités de jugements	Fréquents Imprévisibles	Variables	Rares Prévisibles en fonction du contexte Liés en partie à la législation (interdit = source de délinquance)	Très rare Exaltation psychique puis sédation physique légère Facultés de jugement conservés
6	Désocialisation	Tres fréquente Déchéance sociale	Fréquents Marginalisation et oisiveté	Variable Syndrome amotivationnel (altération de la capacité de travail et échec scolaire)	Rare Davantage liée à la législation (interdit = source de marginalisation)	Très rare Produit plus socialisant que désocialisant
7	Escalade toxicomaniaque	Théorie de l'escalade chimique = cannabis renforçant la dépendance à l'heroïne	Théorie du laxisme sociétal = explosion de l'usage de toutes les drogues si assouplissement légal	Théorie de l'interdit déplacé = majoration de l'usage des autres drogues si légalisation	Theorie de la porte d'entrée = escalade liée à l'absence de séparation entre la filière cannabis et les autres produits stupéfiants	Théorie de la substitution chimique = cannabis diminuant l'usage des autres produits (alcool, cocaïne, héroïne, tabac)
8	Coûts sociétaux (sanitaire-social et légal)	Prise en charge des dommages cérébraux très lourde Cout légal justifié	Interdit associé à la diminution du cout sanitaire et social Cout légal justifié	Equilibre à trouver entre le cout sanitaire et social et le cout légal	Interdit incapable de freiner la prévalence de l'usage Cout légal inutile	Interdit associé à la majoration du cout sanitaire et social et à l'explosion du cout légal
9	Lutte contre l'insécurité	Répression indispensable Sanctions pas assez exemplaires Pas suffisamment de moyens pour lutter contre le cannabis	Répression indiscutable Peines inappliquées Sanctions pas assez pragmatique Répression à étendre au tabac et à l'alcool	Répression discutable Dépénalisation de l'usage privé envisagée pour diminuer la délinquance Achat de la paix sociale dans les quartiers	Répression inutile Peines inapplicables Interdit source de délinquance	Prohibition liberticide et contre-productive responsable de l'insécurité
Synthèse dommages		Produit très dommageable	Interdit protecteur	Indécision ou non engagement	Interdit dommageable	Produit très peu dommageable

Tableau 8 : perceptions des bénéfices liés au cannabis selon la typologie établie.

Profil général		Conservateur		Neutre	Réformiste	
Profil		Désinformé	Coercitif	Neutre	Educatif	Banalisateur
Score de tolérance (items 15 à 19)		-10 à -2		-1 à 1	2 à 10	
Pourcentage		40%		21%	39%	
1	Bénéfices médicaux	Bénéfices thérapeutiques non démontrés. Pas d'accès médical	Absence de bénéfices médicaux majeurs Risque de dérives Usage médical éventuel sur ordonnance d'exception	Vertus antalgiques Comparaison aux opiacés Usage médical sur ordonnance sécurisée	Bénéfices médicaux limités Usage médical éventuel sur ordonnance sécurisée	Bénéfices médicaux nombreux et importants Usage médical sur ordonnance classique
2	Bénéfices individuels	Faibles mais bénéfice hédonique important	Très faibles	Moyens	Importants	Importants
3	Bénéfices économiques	Nuls Taxation impossible Commerce non rentable	Faibles Au détriment de la santé publique Gains < couts	Moyens Gains = couts	Potentiellement importants Gains > couts	Potentiellement très importants Indispensable en temps de crise
4	Bénéfices sociaux	Nuls Produit d'importation (non cultivable en France) Population ingérable	Faibles Au détriment de la santé publique	Moyens	Potentiellement importants Nécessaire en temps de crise	Potentiellement importants. Nombreux emplois peu qualifiés potentiels
5	Bénéfices culturels	Aucun Pas d'usage traditionnel (≠ alcool ou tabac) Contre les principes religieux	Faibles (micro-culture) Pas d'usage habituel (≠ alcool ou tabac) Aucun intérêt à inscrire culturellement un nouveau toxique	Moyens (jeunes adultes) Produit d'utilisation récente (effet de mode possible)	Important intégration culturelle en cours Méconnaissance du produit liée au tabou social	Très importants Nécessité d'adapter la loi à la réalité des faits
Synthèse bénéfices		Pas de bénéfices sociétaux	Pas de bénéfices individuels	Bénéfices moyens	Bénéfices individuels importants	Bénéfices sociétaux importants

Tableau 9 : perceptions de la législation sur le cannabis selon la typologie établie.

Profil général		Conservateur		Neutre	Réformiste	
Profil		Désinformé	Coercitif	Neutre	Educatif	Banalisateur
Statut légal souhaité		Maintien de la répression de l'usage. Pas d'accès médical ou réglementation très strict		Accès médical +/- Dépénalisation de l'usage privé	Réglementation accès médical éventuelle Dépénalisation de l'usage privé Accès public plus ou moins encadré	
Score de tolérance (items 15 à 19)		-10 à -2		-1 à 1	2 à 10	
Pourcentage		40%		21%	39%	
1	Interêt supposé de l'interdit	Indispensable Interdit car produit très dangereux	Nécessaire Interdit pour qu'il soit considéré comme dangereux	Discutable	Aucun car non dissuasif Interdit freinant la prévention et la protection de la jeunesse	Aucun car produit non dangereux Interdit ne reposant pas sur des fondements sanitaires
2	Impact de l'interdit	Interdit salutaire A ne surtout jamais banaliser	Impact positif de l'interdit Refus de la banalisation Légalisation = porte ouverte à tous les abus	Impact nuancé de l'interdit Peur d'une généralisation de l'usage Principe de précaution	Impact négatif de l'interdit Criminalise la jeunesse au lieu de la protéger Clandestinité = porte ouverte à tous les abus	Interdit très contre-productif A banaliser
3	Démagogie politique	Contre la démagogie libertaire (jeunisme)	Contre toute démagogie basée sur le laxisme (nuisible à la mise en place des repères)	Contre toute démagogie méprisant la santé publique	Contre toute démagogie basée sur la peur irrationnelle (nuisible à l'information et à la prévention)	Contre la démagogie sécuritaire (langue de bois et politiquement correct)
4	Courage politique	Courage politique de maintenir l'interdit à défaut de consensus transpartisan	Courage de préserver la morale Plus facile de libéraliser que d'interdire	Simple idéologie politique	Courage de définir une nouvelle éthique Plus facile d'interdire que d'encadrer	Manque de courage politique pour légaliser par défaut de consensus transpartisan
5	Lobbying politique	Pas d'intérêts politico-industriels occultes Pression de l'union européenne pour légaliser	Lobbying financier prolibéralisation	Pas d'avis précis	Pas de lobbies pro-libéralisation structurés	Intérêts politico-industriels occultes Puissants lobbies anti-libéralisation (pharmacie, alcooliers, armement)
6	Morale et éthique politique	Rigueur morale évidente (interdit essentiel) Aucun motif valable pour assouplir les lois actuelles	Pas de meilleure solution que l'interdit Ne pas cautionner un "nouveau" produit toxique	Méconnaissance du sujet Sceptique sur influence politique	Interdire n'est pas une solution Légalisation nécessaire pour des raisons sanitaires et sociales	Ethique objective (interdit non rationnel) Aucun motif valable pour maintenir l'interdit

5.4 ANALYSE DES SOUS POPULATIONS :

5.4.1 Evolution des perceptions selon le score de proximité

5.4.1.1 Distribution du score de proximité dans le panel

Notre score gradue la proximité du répondant avec le produit selon 5 niveaux :

- **De 0 à 1,5** : témoin d'une proximité nulle ou très faible, uniquement indirecte= **333 répondants**
- **De 2 à 3** : témoin de proximité faible, indirecte essentiellement (connaissance d'usagers) = **374 répondants**
- **De 3,5 à 6** : témoin de l'usage expérimental au minimum (au moins une fois au cours d'une vie) = **207 répondants**
- **De 6,5 à 8** : témoin de l'usage occasionnel au minimum (au moins 10 fois par an au cours d'une période donnée) = **38 répondants**
- **De 8,5 à 10** : témoin de l'usage régulier au minimum (au moins 10 fois par mois au cours d'une période donnée) = **26 répondants**

Les groupes de proximité forte et très forte sont insuffisamment représentés dans notre panel pour être individualisés sans limiter la significativité de l'analyse et ont donc été regroupés (64 répondants).

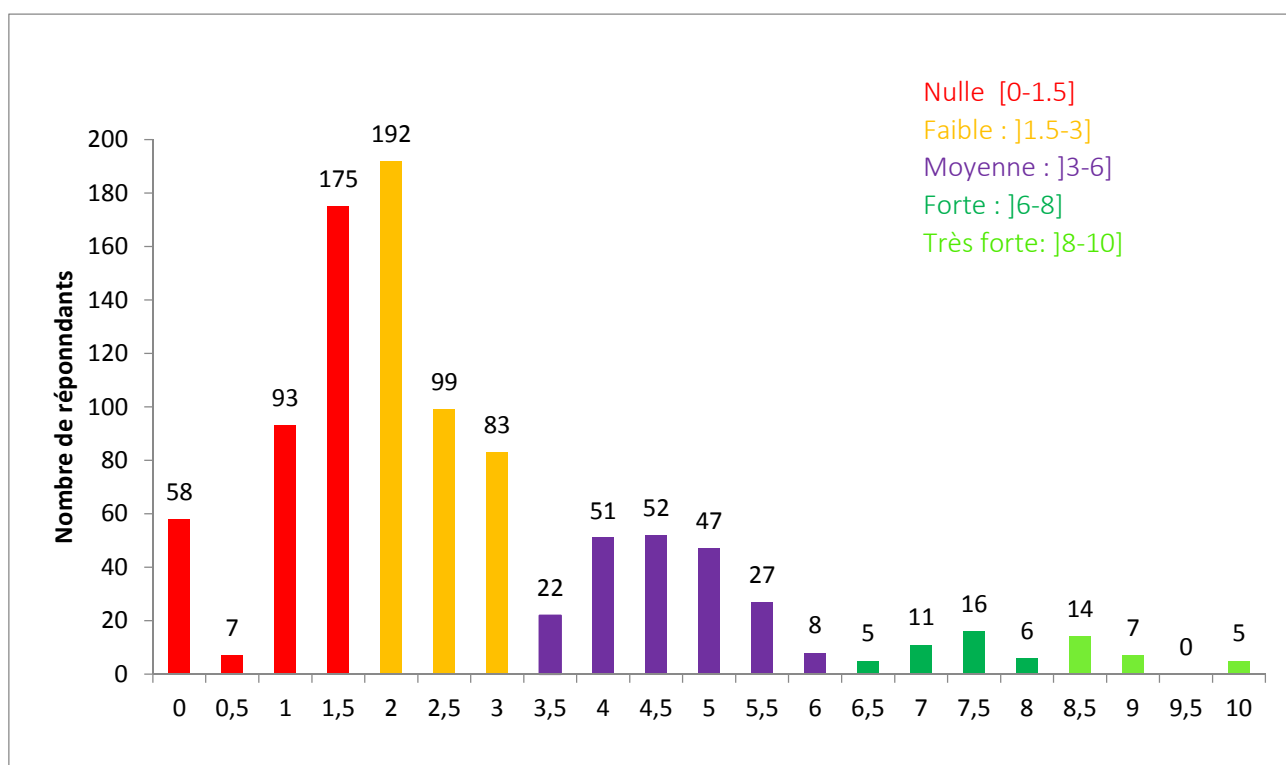


Figure 79 : distribution du panel selon le score de proximité. Les 5 couleurs utilisées différencient les 5 catégories de proximité retrouvées en légende (n=978)

5.4.1.2 Evolution des perceptions de dommages selon le score de proximité avec le cannabis :

Quand le score de proximité croît, on observe une diminution significative des dommages liés au cannabis, non retrouvée pour les autres produits, bien que l'on observe également une diminution très discrète des dommages sociétaux de l'alcool et du tabac dans le groupe de proximité forte, qui se reporte sur l'évaluation des dommages globaux.

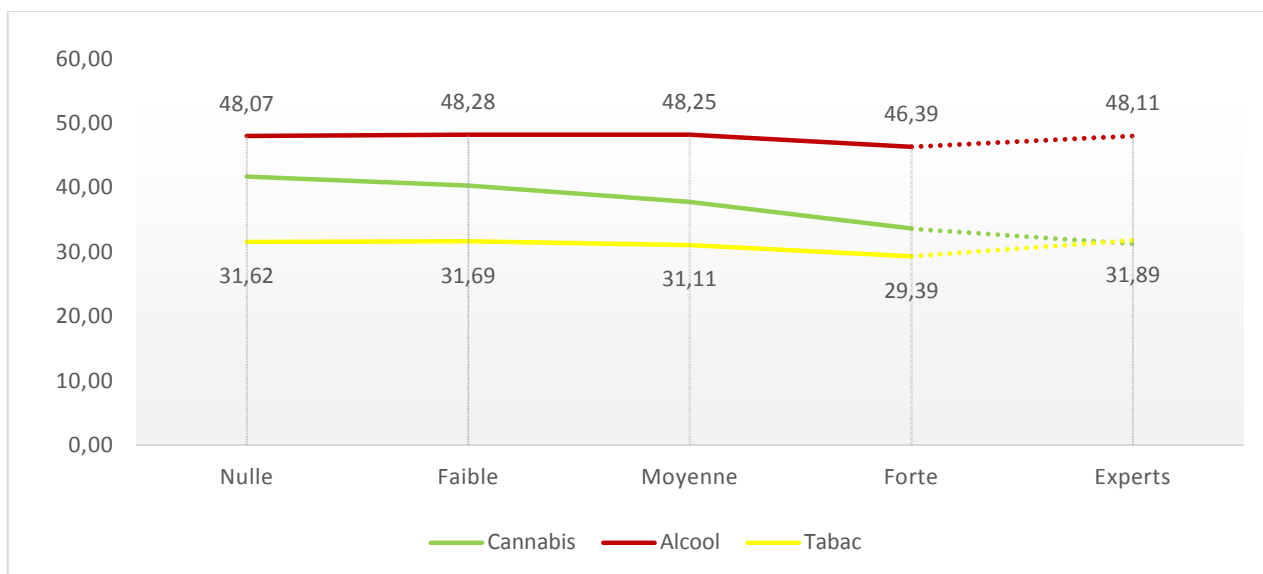


Figure 80 : évolution des perceptions de l'agrégat de dommage global de l'alcool, du tabac et du chanvre selon les catégories de proximité avec le cannabis. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9)

L'analyse des items de dommages liés au cannabis montre que cette corrélation négative se vérifie sur chacun des items, sauf sur la perception du coût légal. Les coefficients de corrélation entre la proximité et les différents dommages, sont les suivants :

- les dommages aigus ($r = -0,116$), les dommages chroniques ($r = -0,125$), la dépendance ($r = -0,259$).
- le coût sanitaire et social ($r = -0,231$) et les conséquences sociales ($r = -0,229$).

Il existe également une diminution significative de la somme des dommages ($r = -0,230$) quand la proximité augmente, aussi bien sur le plan individuel ($r = -0,201$) que sur le plan sociétal ($r = -0,216$).

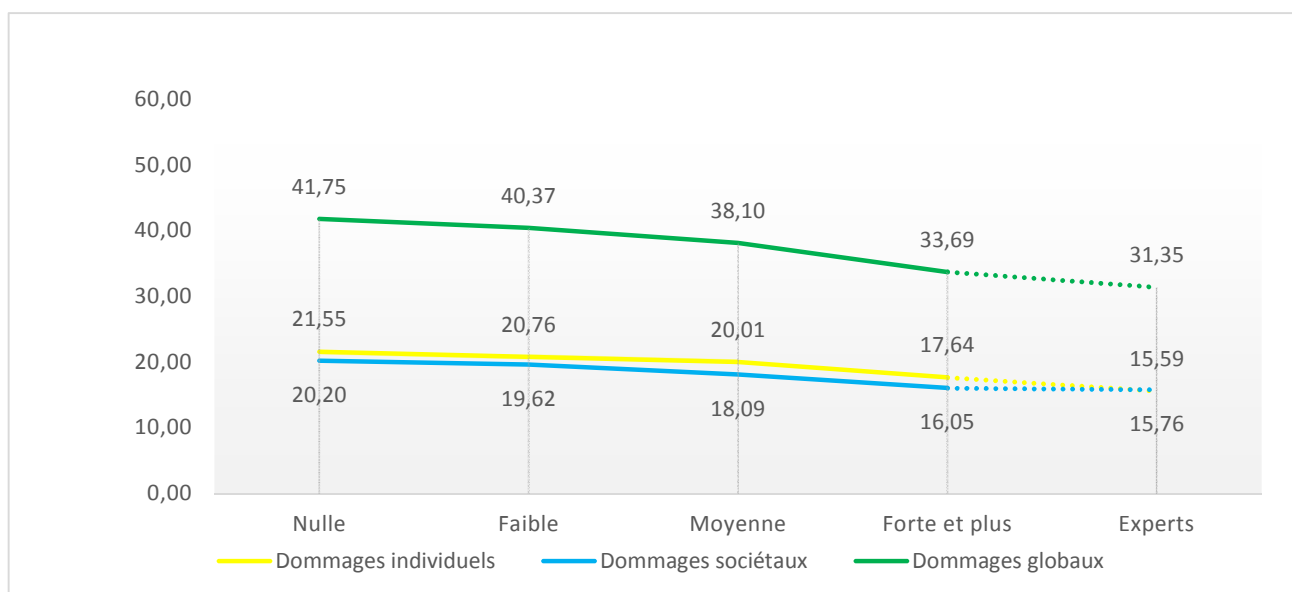


Figure 81 : évolution des perceptions des agrégats de dommage du cannabis selon les catégories de proximité avec le chanvre. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de Bourgain (9)

La fiabilité maximale des perceptions de dommages serait atteinte dans le groupe de proximité forte (>6/10) avec une évaluation des dommages globaux à 33,69/60 vs 31,35/60 pour le panel d'expert. Ces résultats corroborent les récents travaux de M. Reynaud et Al. Menés en population générale qui retrouvait un agrégat de dommage global à 47.9/60 parmi les non-usagers et de 33.4/60 parmi les usagers de cannabis (276), soit un score très proche de celui obtenu dans le groupe de proximité forte et très forte de notre panel. Aussi, bien que les médecins généralistes aient dans l'ensemble de meilleures représentations sur le cannabis que la population générale, cette différence de perception entre les deux populations disparaît si l'on considère uniquement les usagers de cannabis des populations respectives (médecins généralistes Lorrains et population générale).

Pour conclure, une proximité forte avec le cannabis tend à établir une évaluation des dommages plus proche de celles des experts, même s'il persiste une différence significative entre le groupe des médecins ayant la proximité la plus forte et le panel d'experts sur l'évaluation des dommages globaux, ceux-ci les majorant encore. Le score de proximité influe notamment sur la perception de la dépendance, du coût sanitaire et social et des conséquences sociales de l'usage, moins sur les dommages aigus ou chroniques, items plus concrets et moins pétris d'idéologie. L'usage de cannabis pourrait ainsi volontiers faire évoluer un profil coercitif vers un profil éducatif car ces deux profils sont davantage basés sur des principes moraux ou éthiques que sur le produit en lui-même (passage probable par le profil neutre).

5.4.1.3 Evolution des perceptions de bénéfices selon le score de proximité avec le cannabis

Bien que l'on s'attende à ce que la proximité avec le produit, et à fortiori son usage, permette une meilleure évaluation de ces bénéfices, notre étude révèle qu'il n'en est rien pour les médecins généralistes : les bénéfices globaux sont minorés par rapport aux données de référence, quel que soit le score de proximité. Le groupe de proximité nulle présente toutefois toujours la moins bonne évaluation des bénéfices. Par ailleurs, il n'existe aucune relation identifiable entre les items ou les agrégats de bénéfices et la proximité, sauf sur les bénéfices culturels qui augmentent discrètement avec la proximité ($r = 0,128$). Les médecins les plus proches du cannabis accordent peut-être plus d'importance aux bénéfices culturels que les autres à travers les valeurs véhiculées sur le cannabis par les milieux culturels et artistiques.

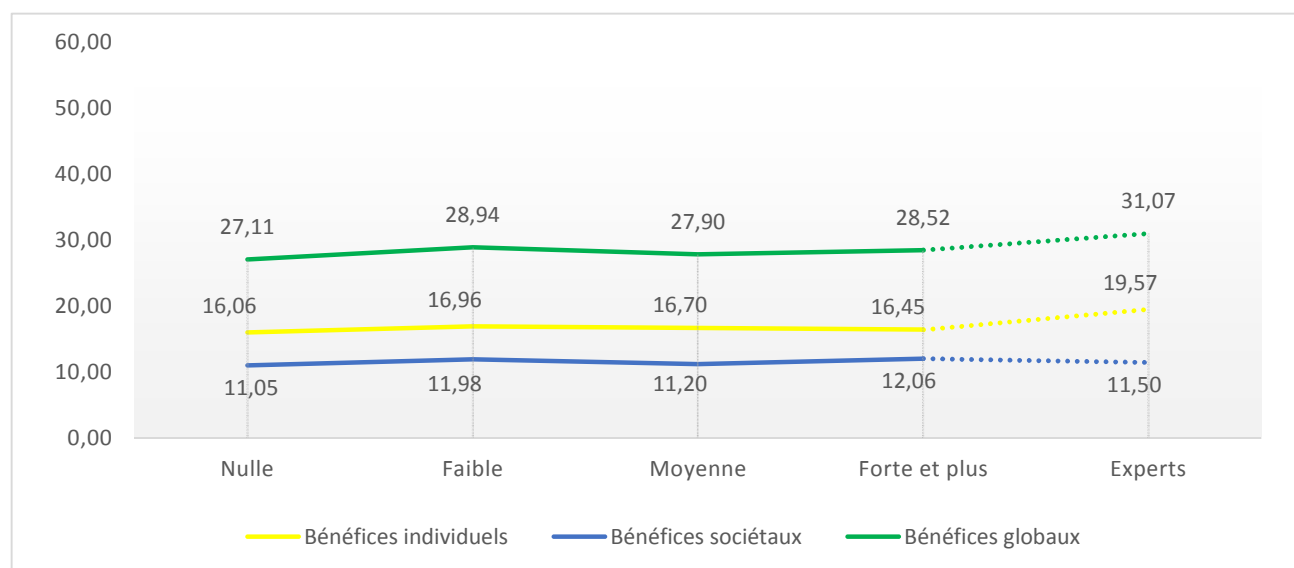


Figure 82 : évolution des perceptions des agrégats de bénéfices du cannabis selon les catégories de proximité avec le chanvre. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9.)

Ces résultats ne retrouvent donc pas l'écart important de perception sur les bénéfices mis en évidence entre les usagers et les non-usagers dans la récente étude de l'équipe de Reynaud en population générale (respectivement 34,2/60 et 24,9/60) mais ils confirment la position intermédiaire des perceptions de médecins généralistes, entre celle des usagers et celle des non usagers en population générale.

5.4.1.4 Evolution des balances selon le score de proximité avec le cannabis

En matière de consommation de cannabis, toutes les balances augmentent significativement de manière linéaire quand la proximité augmente. On observe les coefficients de corrélation positifs suivants :

- balance individuelle ($r = 0,189$)
- balance sociétale ($r = 0,165$)
- balance globale ($r = 0,211$)

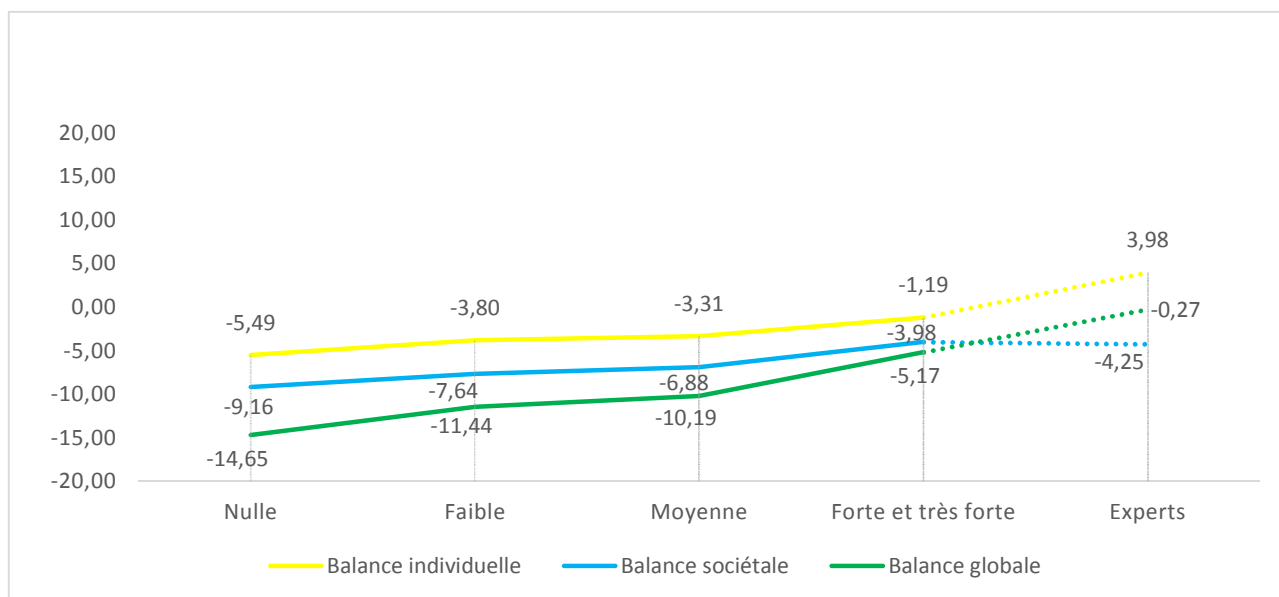


Figure 83 : évolution des perceptions des balances bénéfico-dommages du cannabis selon les catégories de proximité avec le chanvre. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9).

La balance globale varie de **-14.65** pour les médecins ayant une proximité très faible à **-5.17** pour les médecins ayant une proximité forte. Elle reste toujours négative et inférieure à celle des experts, quel que soit le groupe de proximité considéré. L'étude préalable des agrégats révèle que la corrélation entre les balances et le score de proximité repose presque exclusivement sur l'évaluation des dommages, et non sur celle des bénéfices. Il existe en effet une corrélation négative faible entre la proximité et l'évaluation des dommages uniquement ($r = -0.23$), qui se répercute sur les différentes balances. La balance globale est donc corrélée positivement au score de proximité et plus ce dernier augmente, plus la balance globale **se rapproche de celle des experts**. A noter que s'il considère un groupe de proximité très forte ($>8/10$), soit les 32 médecins les plus proches du cannabis, les perceptions des dommages globaux sont légèrement minimisées en moyenne par rapport aux données de référence (30,5/60 vs 31,35/60). Pour les scores de proximité ≥ 9 , soit les 12 médecins les plus proches du cannabis, la somme des dommages chute à 27/60 objectivant une possible tendance à minimiser les dommages par rapport aux experts, au-delà d'une certaine valeur du score de proximité. Cette hypothèse mériterait d'être confirmée dans un groupe de très haute proximité plus important pour une significativité plus élevée.

Les perceptions de dommages plus faibles que la moyenne pourraient s'expliquer par plusieurs raisons selon le niveau de proximité :

- une expérience professionnelle ou privée rassurante au contact des usagers en cas de proximité faible,
- une expérimentation du produit ou un usage rare, occasionnel ou régulier globalement rassurant en cas de proximité moyenne ou forte,
- un usage quotidien passé ou actuel occultant les dommages par un mécanisme de déni en cas de proximité très forte.

Pour conclure, plus la proximité avec le cannabis augmente, plus la perception des dommages liés à ce produit semble faible, jusqu'à un maximum de 8.5/10, ce qui suggère que le contact avec le produit pallie à un manque d'information objective, mais surtout rassure sur les dommages, notamment la dépendance, le coût sanitaire et social et les conséquences sociales de l'usage. La minoration constante des bénéfices individuels par rapport aux données de référence, non spécifique au cannabis et non corrélée avec le score de proximité dans notre panel pourrait être liée à un manque d'intérêt pour l'addictologie dans un contexte sociologique peu propice à l'empathie des usagers de produits.

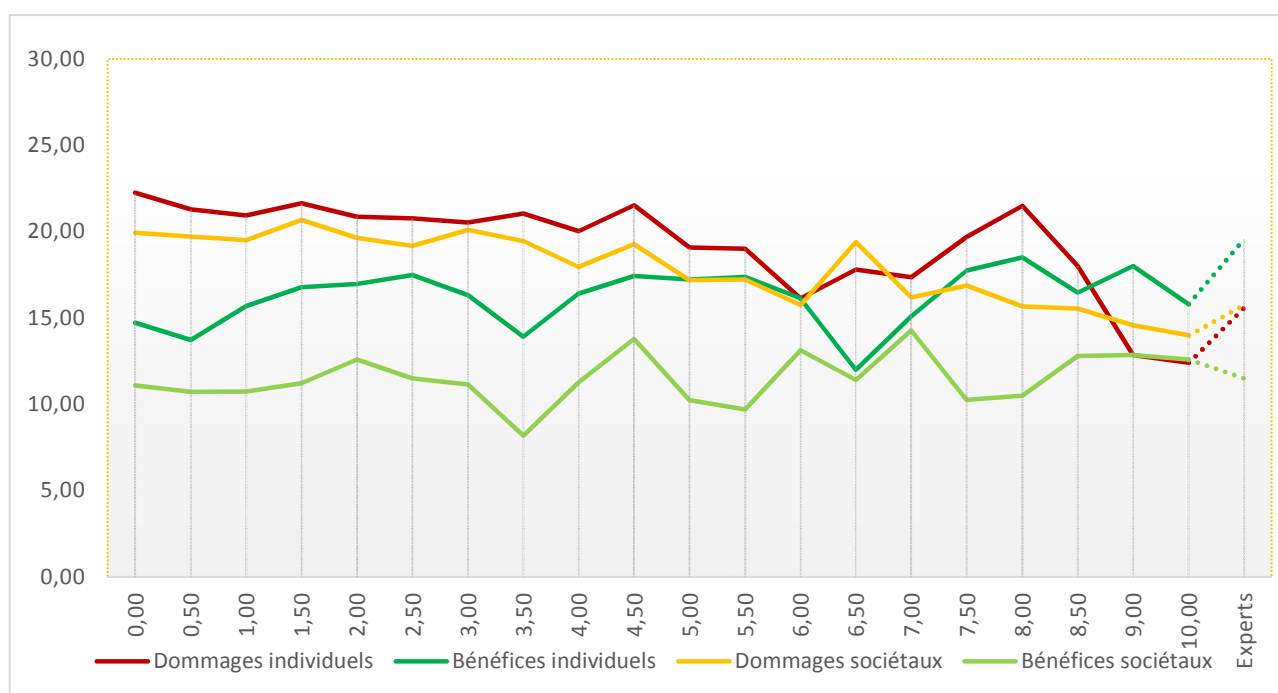


Figure 84: évolution des perceptions des agrégats individuels et sociétaux du cannabis selon le score de proximité avec le chanvre. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9).

5.4.1.5 Evolution du score de tolérance à une légalisation du cannabis selon le score de proximité avec le chanvre

On relève une corrélation positive d'intensité moyenne entre la proximité et la tolérance à une légalisation ($r=0,347$). Il s'agit d'ailleurs de la plus forte corrélation établie quand on observe les variables sous le prisme de la proximité.

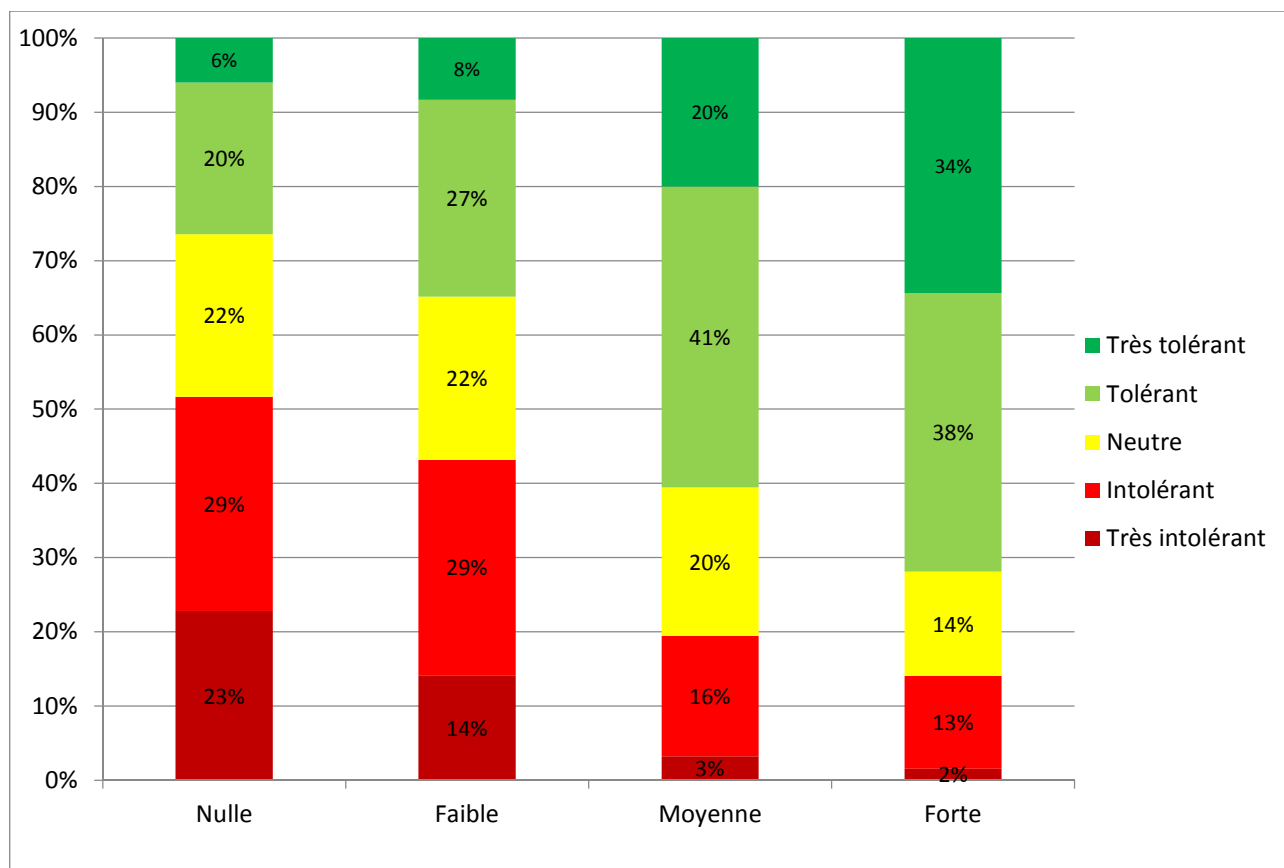


Figure 85 : distribution des catégories de tolérance selon la proximité avec le chanvre.

On observe qu'une minorité non négligeable de médecins ayant consommé le produit de manière occasionnelle ou régulière (14% du groupe de proximité forte) ont un score de tolérance négatif et s'oppose donc à une réforme des lois en profondeur, mettant en avant que les usagers ne sont pas toujours partisans du changement. Néanmoins, 72 % du groupe de proximité forte est plutôt favorable à une régulation de la filière et il apparaît clairement que **la proximité influence le niveau de tolérance et vice versa**. Ces résultats permettent d'avancer deux hypothèses : plus on est proche avec le produit, plus on est susceptible d'avoir un score de tolérance au produit élevé; réciproquement, plus on a un score de tolérance au produit élevé, plus on est susceptible d'être proche avec le produit.

De manière intuitive, le facteur tolérance est probablement primitivement à l'origine du facteur proximité car la rencontre avec les usagers ou avec le produit nécessite que la curiosité l'emporte sur la peur. Dans un second temps, l'expérience modulerait en retour le niveau de tolérance dans un sens ou l'autre, selon la tonalité et l'intensité de la charge affective afférente. Ce rétrocontrôle du score de proximité sur le score de tolérance représenterait finalement l'influence du vécu et de son cortège émotionnel sur les représentations des produits. Cette hypothèse est appuyée par plusieurs éléments mais elle mériterait d'être confirmée par une analyse multivariée. Par exemple, le score de tolérance est bien davantage corrélé aux perceptions du chanvre que le score de proximité. D'autre part, le score de proximité dépend fortement de l'âge, en population générale (1) comme chez les médecins généralistes ($r = 0.31$ dans notre étude) et l'âge n'est corrélé ni aux représentations du cannabis, ni au score de tolérance à une légalisation du cannabis, comme nous le verrons par la suite.

La proximité avec le produit serait finalement liée principalement à deux facteurs : l'âge (lié au mode de vente au détail actuel assuré principalement par la jeunesse) et le niveau de tolérance (lié à la curiosité et l'ouverture d'esprit). Plus les médecins sont jeunes ou plus ils sont tolérants à une régulation de la filière, plus ils risquent d'être proches du produit.

5.4.2 Evolution des perceptions selon le score de tolérance

5.4.2.1 Rappel sur la construction du score de tolérance à une légalisation

Le score de tolérance, calculé à partir des réponses aux items 15 à 19, porte globalement sur la régulation de la filière chanvre psychotrope sur un plan pragmatique (dépénalisation, régulation médicale ou récréative) mais aussi plus philosophiques (possibilité d'un monde sans drogue, atteinte aux libertés individuelles).

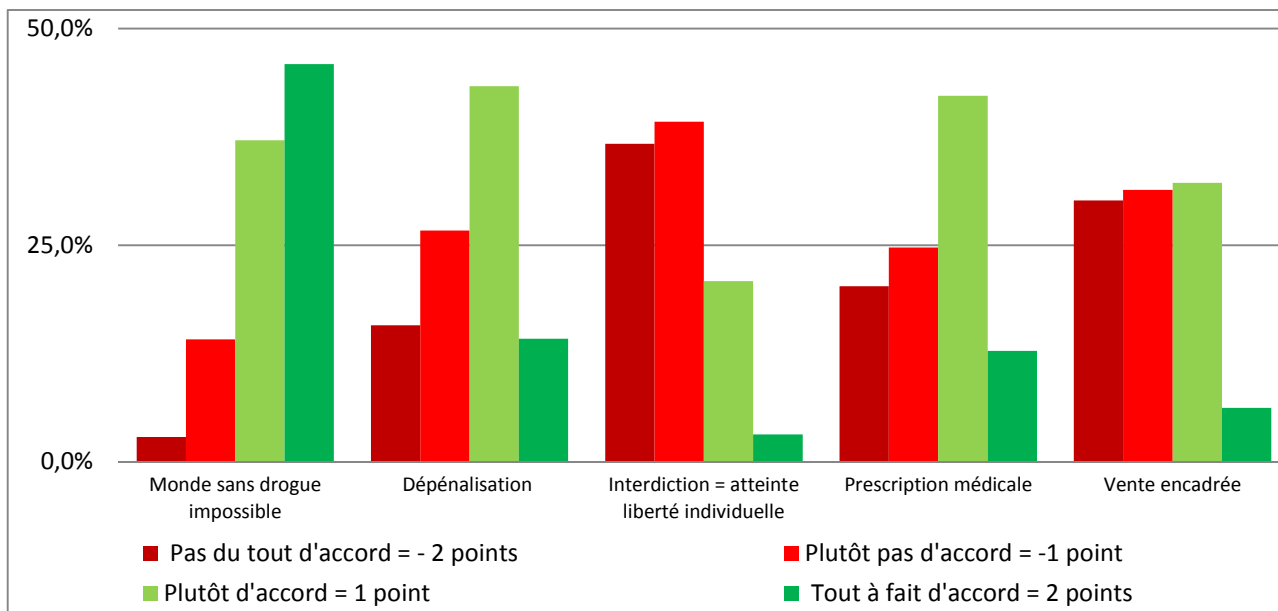


Figure 86 : rappel des résultats sur les politiques publiques et de la construction du score de tolérance à une légalisation du cannabis. Afin de faciliter la lecture, l'énoncé de l'item 15 a été retourné (monde sans drogue impossible vs monde sans drogue possible) et les résultats à cet item ont logiquement été inversés.

5.4.2.2 Distribution du score de tolérance et catégorisation

La répartition des scores ainsi calculés est très équilibrée avec une majorité d'avis au centre et une minorité d'avis extrêmes répartis régulièrement et symétriquement, conférant une allure gaussienne à la distribution de ce score dans notre panel et témoignant de la solidité de ce score de tolérance.

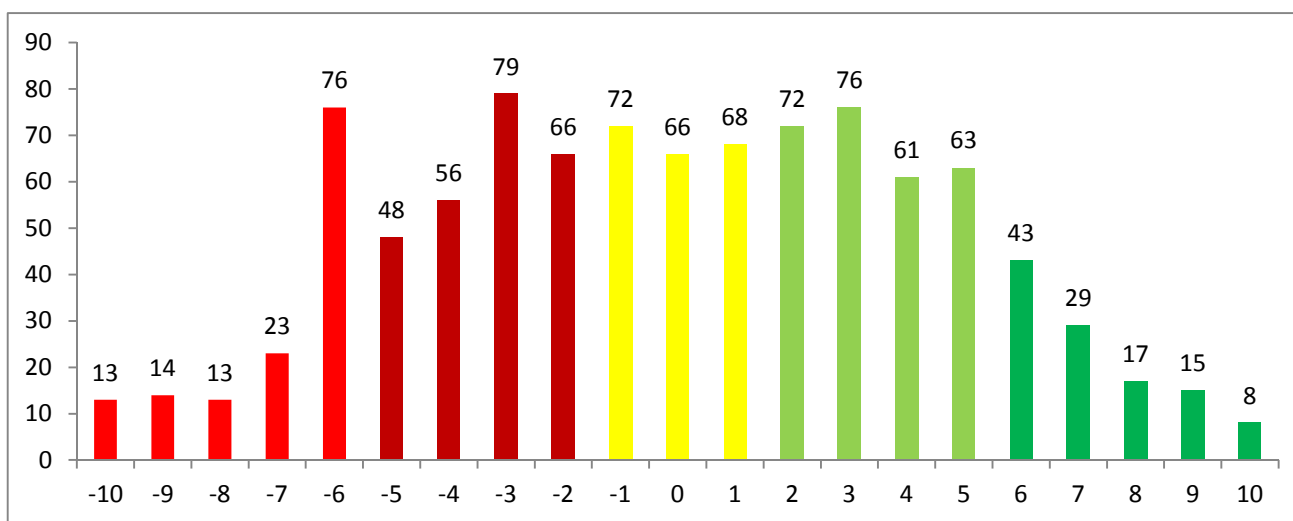


Figure 87 : distribution du score de tolérance au sein de notre panel (n=978).

Cette distribution du score de tolérance nous permet d'envisager l'utilisation des catégories de tolérance qui avaient été choisies préalablement de manière logique (resserrement au centre) et symétrique, afin de ne pas influencer les résultats. Les 2 sous-groupes extrêmes sont moins représentés que les trois autres mais sont suffisamment important pour mener l'analyse selon les catégories pré-établies :

- Très intolérant : de -10 à -6 = 139 médecins
- Intolérant : de -5 à -2 = 249 médecins
- Neutre : de -1 à +1 = 206 médecins
- Tolérant : de 2 à 5 = 271 médecins
- Très tolérant : de 6 à 10 = 112 médecins

5.4.2.3 Evolution des perceptions de dommages selon le score de tolérance à une légalisation du cannabis

Quand le score de tolérance croît, on observe **une diminution significative des dommages liés au cannabis**. Cette variation ne concerne pas l'alcool et le tabac et témoigne de la **spécificité** de ce score aux perceptions de dommages du cannabis. A noter cependant une diminution non significative des dommages sociétaux de l'alcool et du tabac qui se répercutent sur les dommages globaux quand le score de tolérance croît.

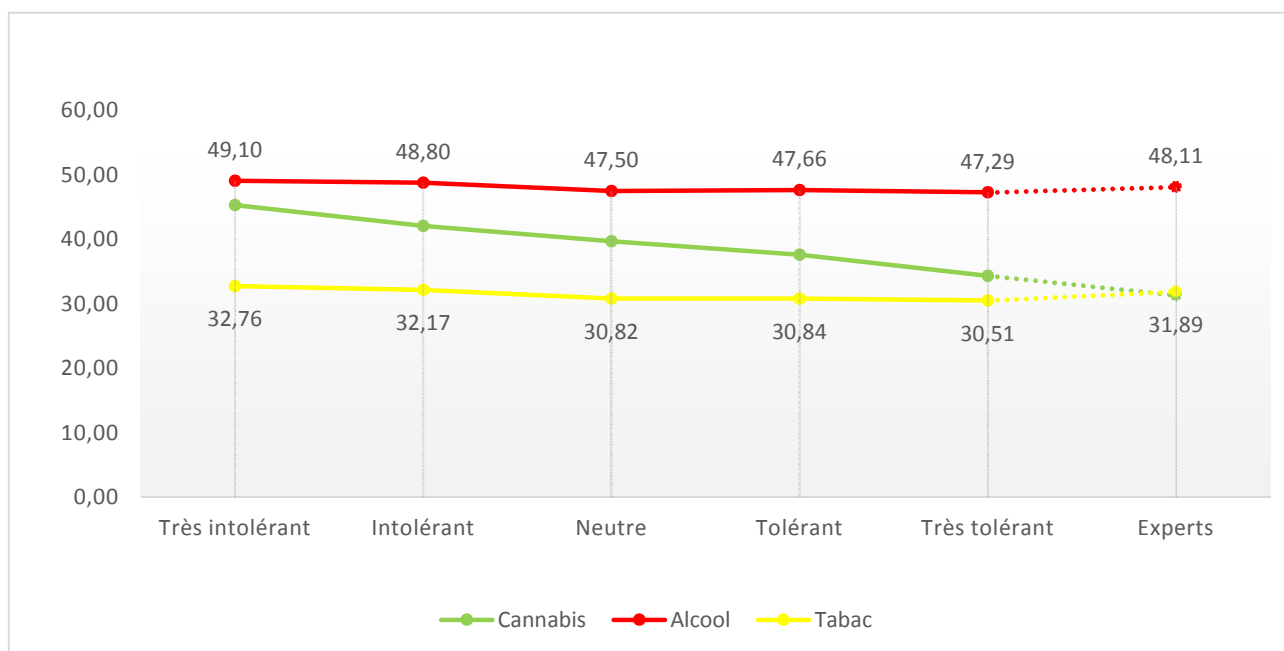


Figure 88 : évolution des perceptions de l'agrégat de dommage global de l'alcool, du tabac et du chanvre selon les catégories de tolérance à une légalisation du cannabis. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9).

L'analyse des items de dommages du cannabis montre que cette tendance se vérifie sur chacun des items qui présentent tous une corrélation négative significative. Les coefficients de corrélation entre la proximité et les différents dommages, sont les suivants :

- dommages aigus ($r = -0,232$), dommages chroniques ($r = -0,226$) et dépendance ($r = -0,302$).
- coût sanitaire et social ($r = -0,118$), coût légal ($r = -0,118$) et conséquences sociales ($r = -0,328$)

Ces corrélations se répercutent logiquement sur **la somme des dommages ($r=-0,338$)**, aussi bien sur le plan individuel ($r=-0,308$) que sur le plan sociétal ($r=-0,306$).

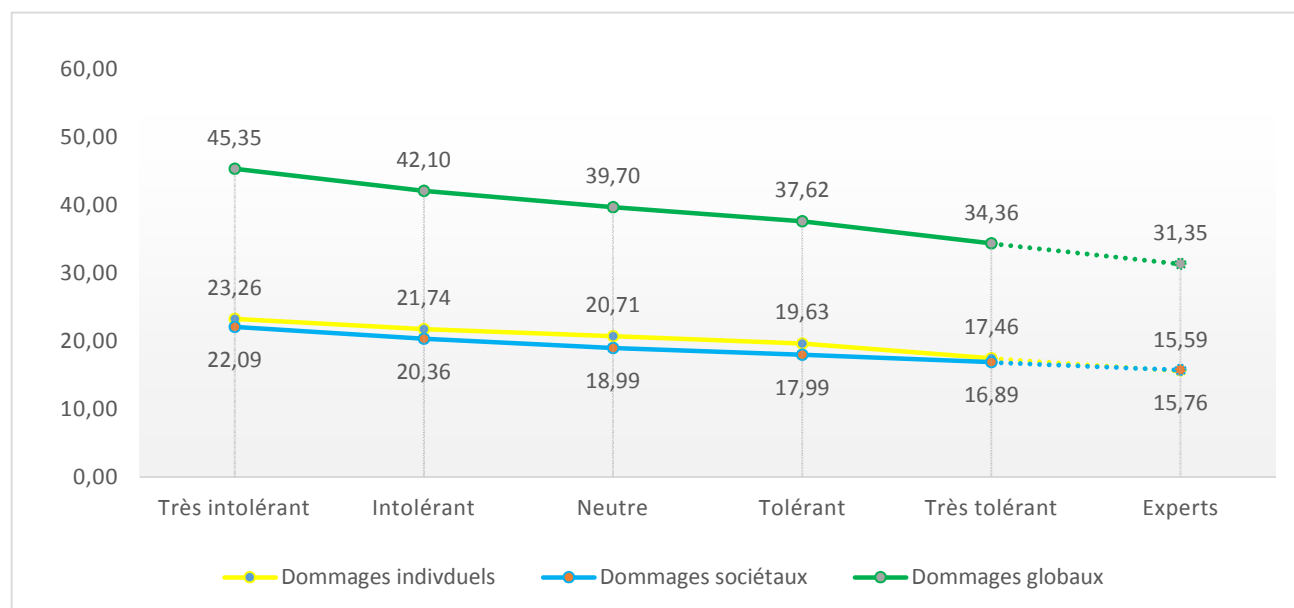


Figure 89 : évolution des perceptions des agrégats de dommages liés au chanvre selon les catégories de tolérance à une légalisation du cannabis. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9).

Une forte tolérance au cannabis tend à établir une évaluation des dommages plus proche de celle des experts, même s'il persiste une différence significative sur l'évaluation des dommages globaux entre les médecins ayant une forte tolérance et le panel d'experts, ceux-ci majorant encore les dommages. Seul un score de tolérance maximum (9 ou 10) semble normaliser les perceptions de dommages autour de la position des experts (pas de minoration des dommages en cas de score de tolérance maximale isolé). Les corrélations les plus intenses avec le score de tolérance concernent la perception de la dépendance et des conséquences sociales de l'usage, avec le spectre sous-jacent de l'aliénation individuelle et de la perte de responsabilité sociale liée à l'usage de produit. Les dommages aigus et chroniques du produit sont également redressés par un score de tolérance élevé qui pourrait probablement permettre d'appréhender plus objectivement l'information sur le sujet, en plus de s'affranchir des dogmes moralistes ambiants.

5.4.2.4 Evolution des perceptions de bénéfices selon le score de tolérance à une légalisation du cannabis

Quand le score de tolérance croît, on observe une augmentation significative des bénéfices globaux liés au cannabis. Cette tendance concerne également l'alcool (corrélation significative), et le tabac dans une moindre mesure (corrélation non significative), mettant en exergue une composante commune aux 3 produits dans la construction du score de tolérance, liée à la perception des bénéfices, ce qui corrobore la thèse d'une origine commune dans la perception des bénéfices des produits, déjà mis en évidence dans l'analyse comparative des évaluations moyennes avec les données de référence (minoration des bénéfices individuels commune aux 3 produits).

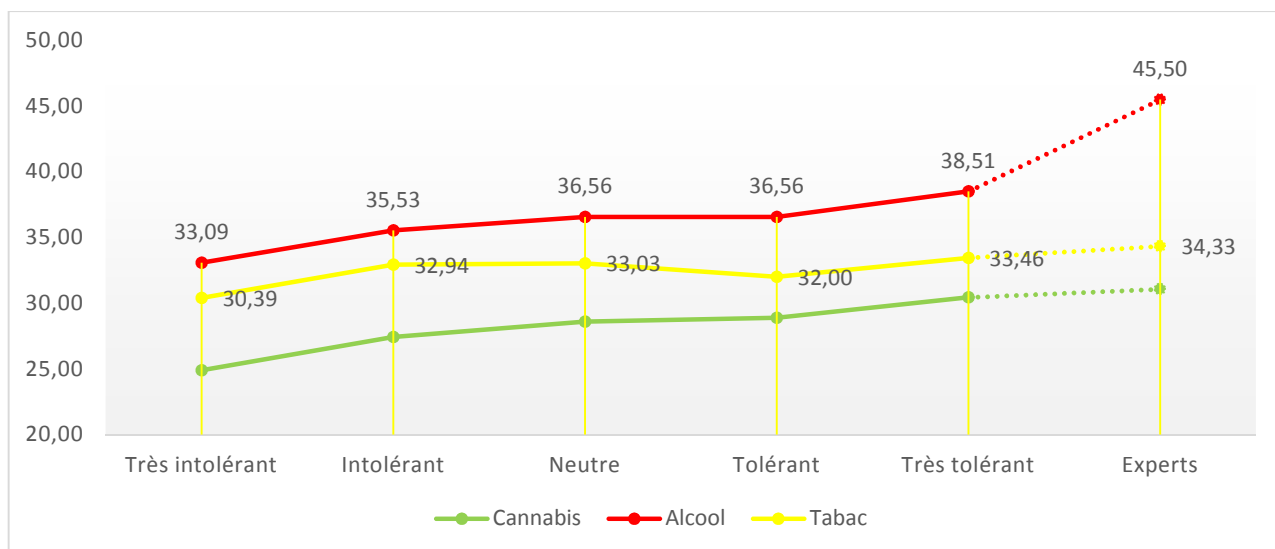


Figure 90 : évolution des perceptions de l'agrégat de bénéfice global de l'alcool, du tabac et du chanvre selon les catégories de tolérance à une légalisation du cannabis. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9).

L'analyse des items de bénéfices montre que cette tendance ne se vérifie que sur la moitié des items. Les coefficients de corrélation significatifs entre le score de tolérance et les différents items de bénéfices sont les suivants :

- Bénéfices auto-thérapeutiques ($r = 0,191$) et bénéfices identitaires ($r = 0,109$)
- Bénéfices culturels ($r = 0,147$)

Il existe également une augmentation faible de **la somme des bénéfices ($r=0,163$)** quand la proximité augmente, significative sur le plan individuel ($r = 0,191$), non significative sur le plan sociétal ($r=0,089$). Cette absence de corrélation significative sur le plan sociétal est assurément liée au consensus général sur l'absence de bénéfices socio-économiques d'un produit prohibé.

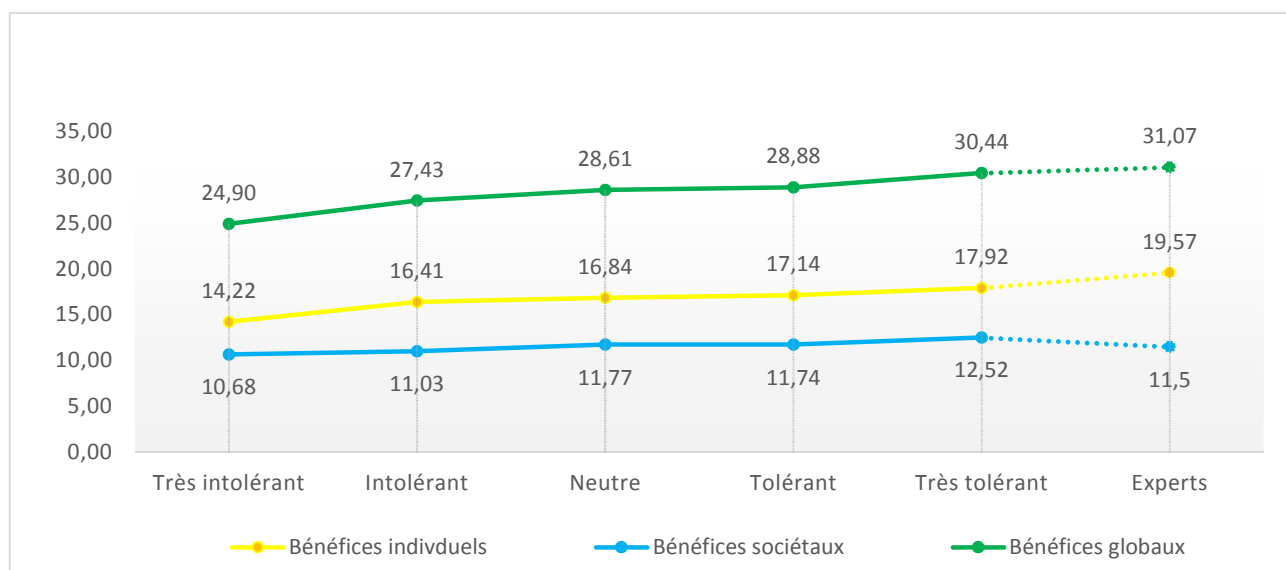


Figure 91 : évolution des perceptions des agrégats de bénéfice du chanvre selon les catégories de tolérance à une légalisation du cannabis. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9).

Une forte tolérance au cannabis tend à établir une évaluation des bénéfices plus proche de celles des experts. Il persiste une différence significative sur l'évaluation des bénéfices globaux entre le groupe des médecins les plus tolérants, qui minorent encore les bénéfices en moyenne, et le panel d'experts. Toutefois, les médecins présentant un score de tolérance maximal objectivent une tendance à la majoration des bénéfices par rapport aux données de référence, prédominant sur le plan sociétal.

5.4.2.5 Evolution des balances selon le score de tolérance

Quand le score de tolérance croît, on observe une augmentation significative des balances liées au cannabis. C'est sur l'analyse des variations des balances en fonction de la tolérance que l'on retrouve **les plus fortes corrélations de notre étude**. Les coefficients de corrélation entre la tolérance et les différentes balances, sont les suivants :

- Balance individuelle ($r=0,377$)
- Balance sociétale ($r=0,291$)
- Balance globale ($r=0,395$)

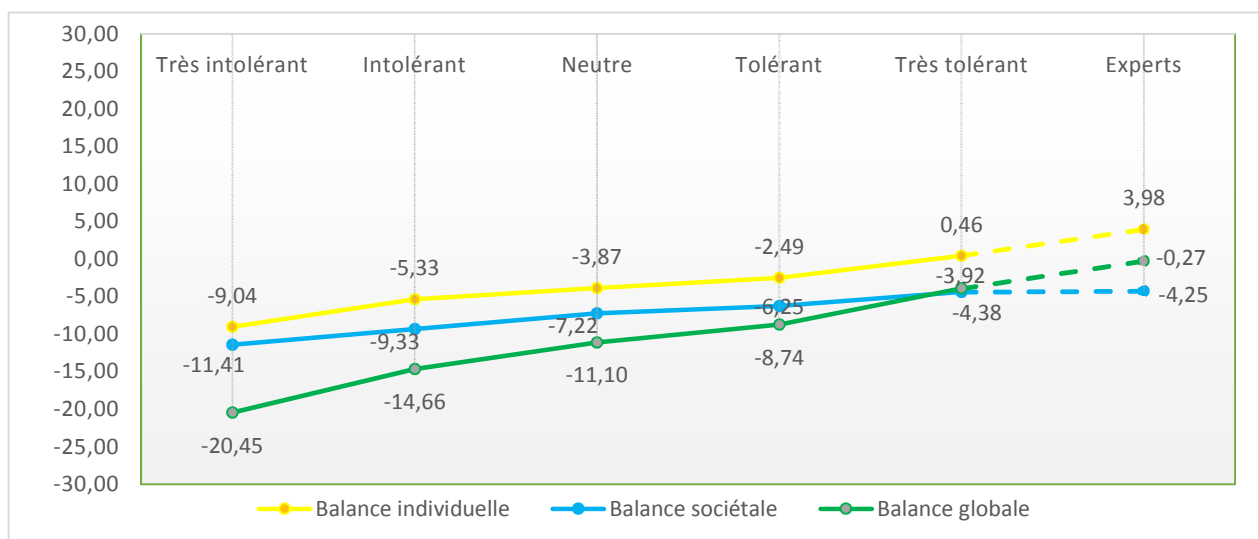


Figure 92 : évolution des perceptions de la balance bénéfice-dommage du chanvre selon les catégories de tolérance à une légalisation du cannabis. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9).

Il existe donc une corrélation positive significative, d'intensité moyenne ($r=0,395$), entre l'évaluation de la balance globale et la perception du statut légal du cannabis, à travers le score de tolérance. Cette corrélation se retrouve sur la perception des dommages essentiellement, mais aussi sur celle des bénéfices individuels. Les médecins les plus intolérants présentent la balance bénéfices-dommages la plus éloignée de celle des experts (la plus alarmiste), aussi bien sur le plan individuel que sur le plan sociétal. A l'inverse, les médecins les plus tolérants ont la représentation de la balance bénéfices-dommages la plus proche de celle des experts (la plus complaisante).

Avec un score de tolérance élevé, il serait donc plus aisé d'avoir de meilleures représentations sur les dommages et sur les bénéfices du cannabis, mais aussi plus risqué d'en être proche (moins de barrière morale) sachant que l'augmentation de la proximité assurerait un rétrocontrôle le plus souvent positif sur le score de tolérance, contribuant in fine à une amélioration des représentations jusqu'à un certain niveau de proximité. En résumé, plus le score de tolérance du répondant est élevé, plus les représentations seraient objectives, à l'exclusion des répondants ayant parallèlement un score de proximité très fort (>8), comme nous l'avons observé précédemment.

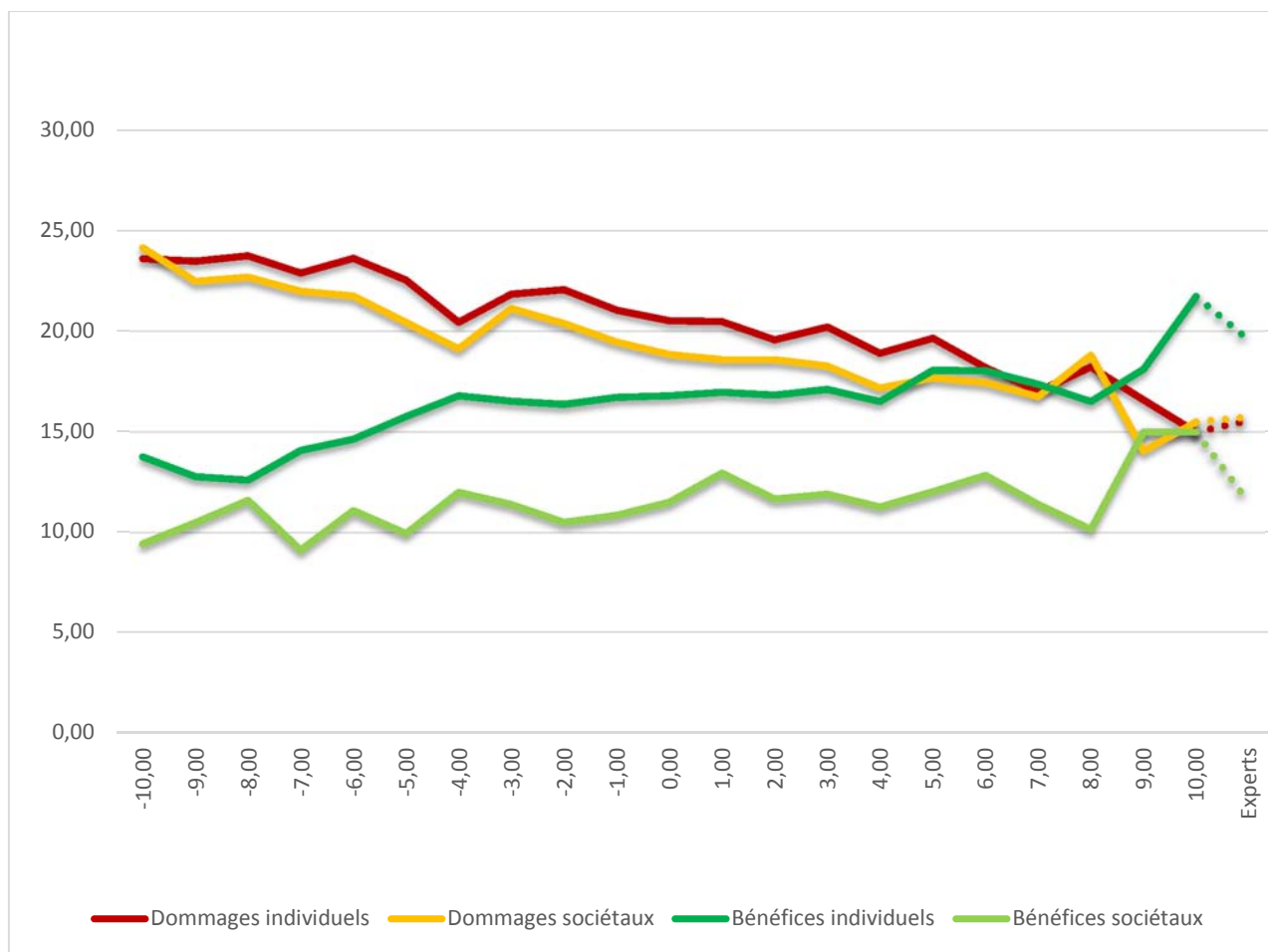


Figure 93 : évolution des perceptions des agrégats individuels et sociétaux du cannabis selon le score de tolérance à une légalisation du chanvre. La position des experts, présentée à titre comparatif, est issue des travaux de C. Bourgain et al (9)

5.4.2.6 Perception des raisons motivant la prohibition ou la légalisation du cannabis selon le score de tolérance

Plus le score de tolérance est négatif, plus l'interdit serait motivé par des raisons de santé publique et plus la légalisation serait motivée par des raisons politiques. A noter que 20 % des perceptions conservatrices modérées envisagent une légalisation pour des raisons de santé publique de manière paradoxale (probable adhésion faible).

Plus le score de tolérance est positif, plus l'interdit serait motivé par des raisons politiques ou culturelles et plus la légalisation serait motivée par des raisons de santé publique ou des raisons économiques et sociales. A noter que 29 % des perceptions réformistes modérées motivent l'interdit pour des raisons de santé publique de manière paradoxale (probable adhésion faible).

Pour le groupe des neutres, l'interdit serait motivé par des raisons de santé publique ou des raisons culturelles, et la légalisation serait motivée par des raisons politiques ou de santé publique, empruntant tantôt un argumentaire conservateur, tantôt un argumentaire réformiste.

Tableau 10 : perceptions des raisons motivant la prohibition ou la légalisation du cannabis selon les groupes de tolérance

Profil général		Conservateur		Neutre	Réformiste	
		tranché	modéré		modéré	tranchée
Score de tolérance		-10 à -6	-5 à -2	-1 à 1	2 à 5	6 à 10
Pourcentage		14,2%	25,4%	21,0%	27,8%	11,4%
1	Motivations de l'interdit	Santé publique (72%) Culturel (8%)	Santé publique (59%)	Santé publique (48%) Culturel (23%)	Culturel (34%) Santé publique (29%)	Politique (58%) Culturel (28%)
2	Motivations d'une légalisation	Politique (50%) Autres raisons (18%)	Politique (42%) Santé publique (20%)	Politique (30%) Santé publique (24%)	Economique et social (32%) Santé publique (30%)	Economique et social (34%) Santé publique (32%)

Ces résultats permettent d'asseoir les orientations dégagées dans la typologie générale et rappellent l'équilibre entre les différents types de perceptions : conservateurs vs réformiste mais aussi conservateurs modérés vs réformistes modérés et conservateurs tranchés vs réformiste tranchés.

5.4.2.7 Répartition des argumentaires selon le groupe de tolérance

Afin de démontrer le bienfondé de notre typologie détaillée et son lien avec le score de tolérance, nous avons étudié la répartition des 1431 argumentaires en fonction du groupe de tolérance. Si le groupe de tolérance ne permet pas de déterminer précisément le profil du répondant, notamment de savoir s'il s'agit plutôt d'un profil pragmatique, axé sur les dommages et les bénéfices sociétaux ou d'un profil plus philosophe, axé sur la législation et les bénéfices individuels, il détermine néanmoins pour chaque répondant l'intensité des perceptions (modéré vs tranché) et l'orientation générale en matière de politique publique sur les drogues selon son signe (négatif = conservateur et positif = réformiste). Ainsi, les profils désinformés et coercitifs (profils conservateurs) se retrouvent essentiellement dans les groupes intolérants, voire très intolérants aux côtés du profil négativiste ; à l'inverse, les profils «banalisateur» et éducatifs (profils réformistes) forment essentiellement les rangs des groupes tolérants, voire très tolérants aux côtés du profil positiviste.

Ces résultats montrent très clairement que **les perceptions réformistes augmentent au dépend des perceptions conservatrices lorsque le score de tolérance augmente**, les dépassant dans le groupe « tolérants.» Cette tendance concerne l'ensemble des perceptions conservatrices ou réformistes, **mais également chacune d'entre elles**. L'évolution de la répartition des types de perceptions évolue approximativement de la sorte en fonction du groupe de tolérance :

- Très intolérant : 70 % conservatrice, 25 % neutre et 5 % réformiste
- Intolérant : 60 % conservateur, 30 % neutre et 10 % réformiste
- Neutre : 40 % conservateur, 40 % neutre et 20 % réformiste
- Tolérant : 30 % conservateur, 40 % neutre et 30 % réformiste
- Très tolérant : 5 % conservateur, 45 % neutre et 50 % réformiste

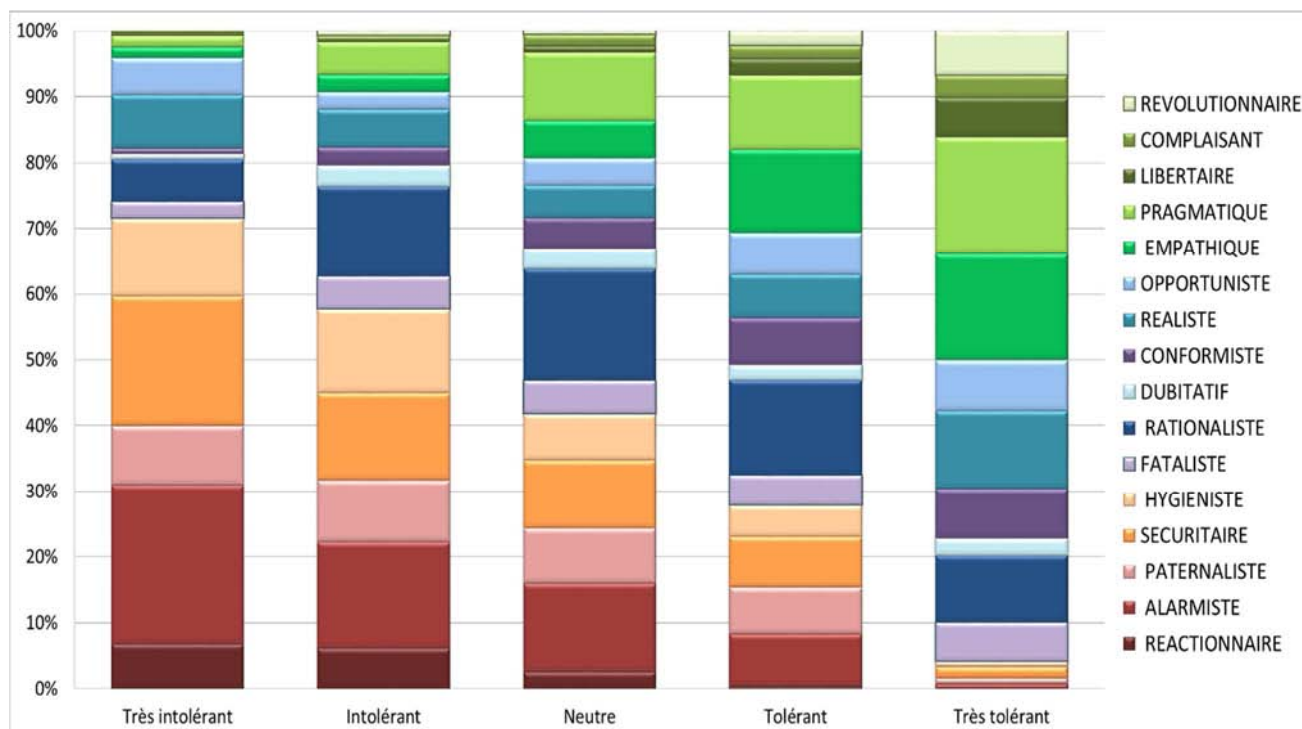


Figure 94: répartition des perceptions sur le cannabis selon la catégorie de tolérance à une légalisation. Les perceptions conservatrices sont identifiées en rouge/orange, les perceptions neutres en bleu/violet et les perceptions réformatrices en vert (n=1431).

Le groupe des tolérants présente des proportions très équilibrées des différentes perceptions, ce qui était plutôt attendu dans le groupe des neutres. Il existe donc un léger déplacement des perceptions conservatrices vers les profils réformatrices et une plus grande proportion de fibres conservatrices que de fibres réformatrices globalement. Ainsi, bien que convaincus que l'interdit n'est pas la solution, les groupes des neutres et des tolérants présentent donc une plus grande proportion de fibres conservatrices que ce qui était attendu, ce qui pourrait expliquer les réticences au changement, lié à la peur des conséquences inconnues d'un assouplissement légal.

Les perceptions neutres sont bien représentées dans chacun des groupes de tolérance mais elles augmentent sensiblement lorsque le score de tolérance augmente, ce qui nourrit l'hypothèse que pour développer des perceptions réformatrices, il faille **d'abord développer les perceptions neutres** et que pour développer les perceptions conservatrices, il faille à l'inverse limiter les représentations neutres.

Les perceptions réalistes et opportunistes sont plus représentées dans les groupes extrêmes qui privilégient les arguments politiques ou économiques, fortement sujet à polémique.

Les perceptions conformistes et les perceptions fatalistes à minima, évoluent dans le même sens que les perceptions réformatrices, évoquant chez les profils réformatrices, une plus grande importance du contexte socio-culturel dans la genèse des perceptions du statut légal du cannabis et une plus grande résignation devant la complexité à encadrer la distribution d'un produit stupéfiant.

Les perceptions rationalistes de nature moins polémique (plaidant pour une utilisation médicale du cannabis) et les perceptions dubitatives, à minima, tendent à augmenter lorsque le score de tolérance se rapproche de zéro.

5.4.3 Evolutions des perceptions selon l'âge

5.4.3.1 Distribution et catégorisation

L'étude de la répartition de la population fait apparaître que la médiane de l'âge des répondants est de 50 ans, que le 1er quartile a pour borne 39 ans et que le 3ème quartile commence à 57 ans. Cette répartition par quartile permet d'obtenir des sous-groupes de taille homogène :

- Jeune (âge < 40 ans) : moyenne= 32.6 ans
- Quadra (39 ans < âge < 50) : moyenne =45.9 ans
- Quinquagénaire (49 ans < âge < 58 ans) : moyenne =54 ans
- Séniors (58 ans et plus) : moyenne = 61.4 ans

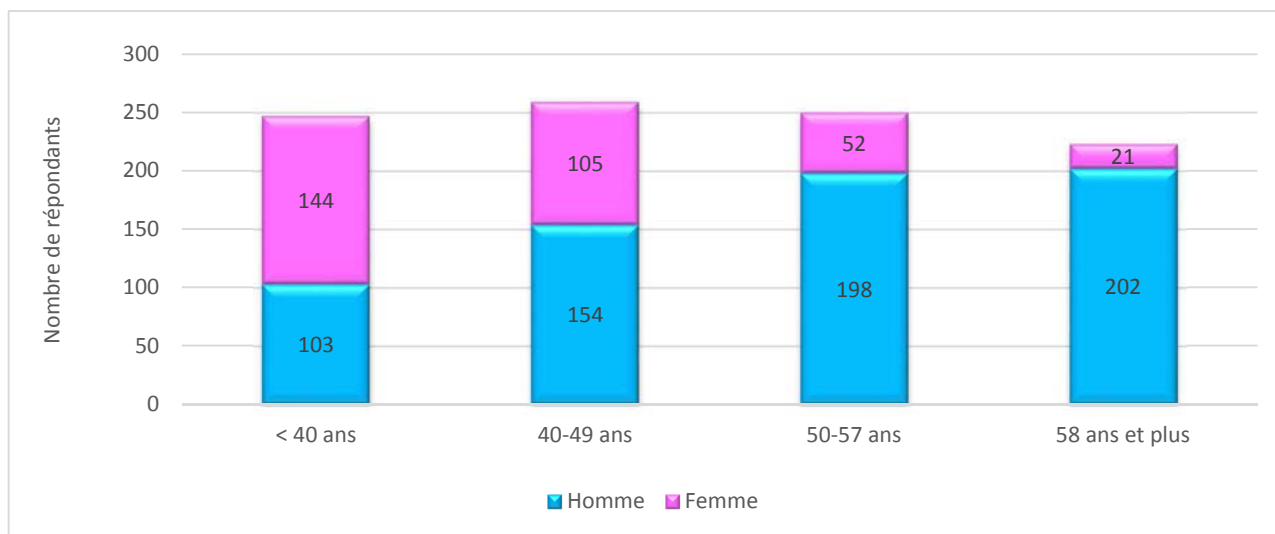


Figure 95 : distribution du panel par tranche d'âge selon le genre (n=978)

La féminisation mise en évidence dans les tranches d'âges les plus jeunes pourrait être un facteur de confusion avec le facteur âge mais une analyse des perceptions globales en fonction du genre **n'a pas révélé de différences significatives d'évaluation selon le genre.**

5.4.3.2 Etude des représentations du cannabis selon l'âge

Contrairement à une idée intuitive, aucune corrélation linéaire significative n'a pu être établie entre l'âge et les représentations du cannabis, alors qu'un lien semble exister, par ailleurs, **entre l'âge et les représentations du tabac**, avec une corrélation significative de la balance globale du tabac ($r = -0,168$) : plus le groupe est âgé, plus la balance globale du tabac est négative. Le tabac bénéficierait donc d'une meilleure image auprès des jeunes que des préretraités dans notre panel, ce qui pourrait être mis en lien avec l'augmentation récente de la consommation de tabac chez les jeunes.

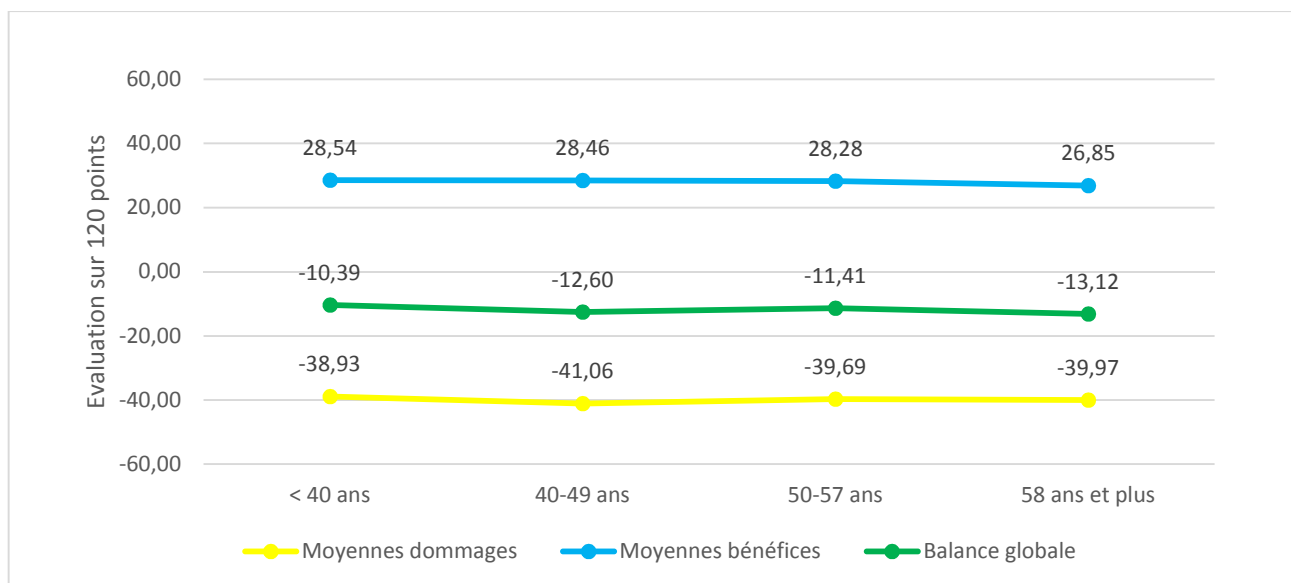


Figure 96 : évolution des perceptions globales sur le cannabis selon la tranche d'âge. Les dommages et les bénéfices sont évalués sur 60 points et la balance globale sur 120 points.

Les représentations du cannabis ne sont pas liées à l'âge même si l'on observe une discrète minoration de la balance globale du chanvre lorsque l'âge augmente, en lien à une minoration des bénéfiques chez les séniors et à une majoration des dommages chez les quadragénaires. De plus, l'âge moyen du quartile inférieur de la balance globale (évaluation de -60 à -20) est de 50 ans contre 47 ou 48 ans dans les autres quartiles. Dans tous les cas, l'influence de l'âge sur les représentations du chanvre reste dérisoire comparée à celle du score de proximité et surtout à celle du score de tolérance.

En revanche, on relève une corrélation d'intensité moyenne entre l'âge et la proximité ($r = -0,310$). Il s'agit d'ailleurs de la plus forte corrélation établie quand on regarde les variables sous le prisme de l'âge. L'âge du répondant est donc corrélé à la proximité avec le produit chez les généralistes, conformément aux données disponibles en population générale (1) : plus l'âge est avancé, moins on retrouve d'expérimentateurs et d'usagers régulier passés ou actuels.

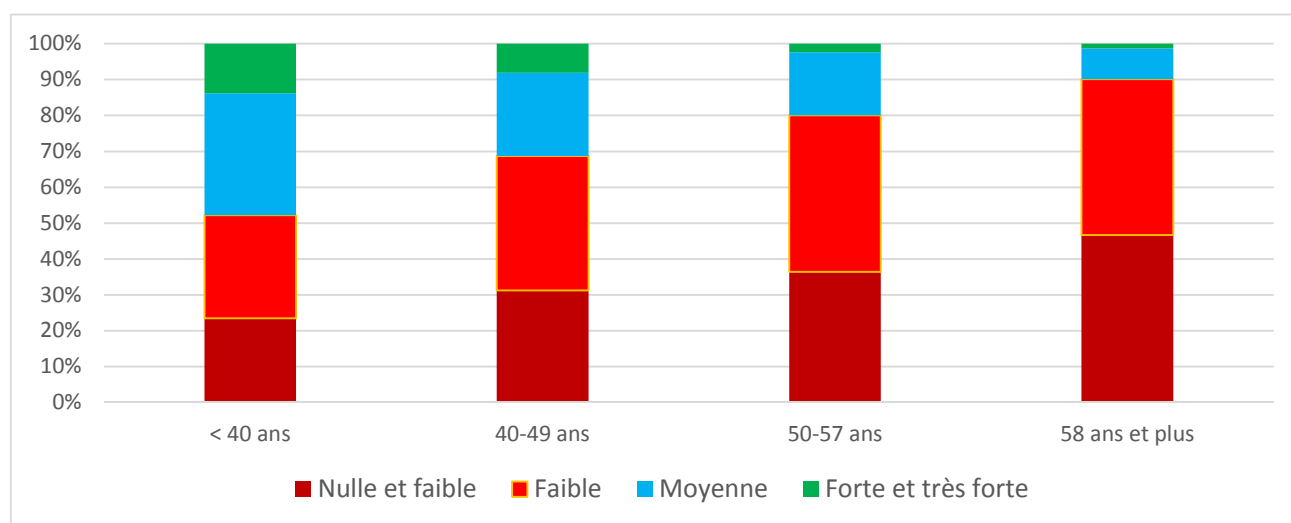


Figure 97 : répartition des catégories de proximité selon la tranche d'âge (n=978)

Un autre élément intéressant réside dans le fait que l'âge n'est pas plus corrélé avec le score de tolérance, qu'il ne l'est avec les représentations de la balance bénéfices-dommages du cannabis. Ceci nous amène à déduire que la corrélation de la balance globale du cannabis avec le score de proximité est probablement en grande partie le témoin indirect d'une plus grande proportion de score de tolérance élevé dans les groupes les plus proches du cannabis (facteur confondant). En effet, si le score de proximité qui est fortement corrélé à l'âge ($r = 0.31$) influençait directement l'évaluation de la balance globale du cannabis, l'âge devrait également être corrélé a minima à la balance globale, par confusion avec le score de proximité, ce qui n'est pas le cas.

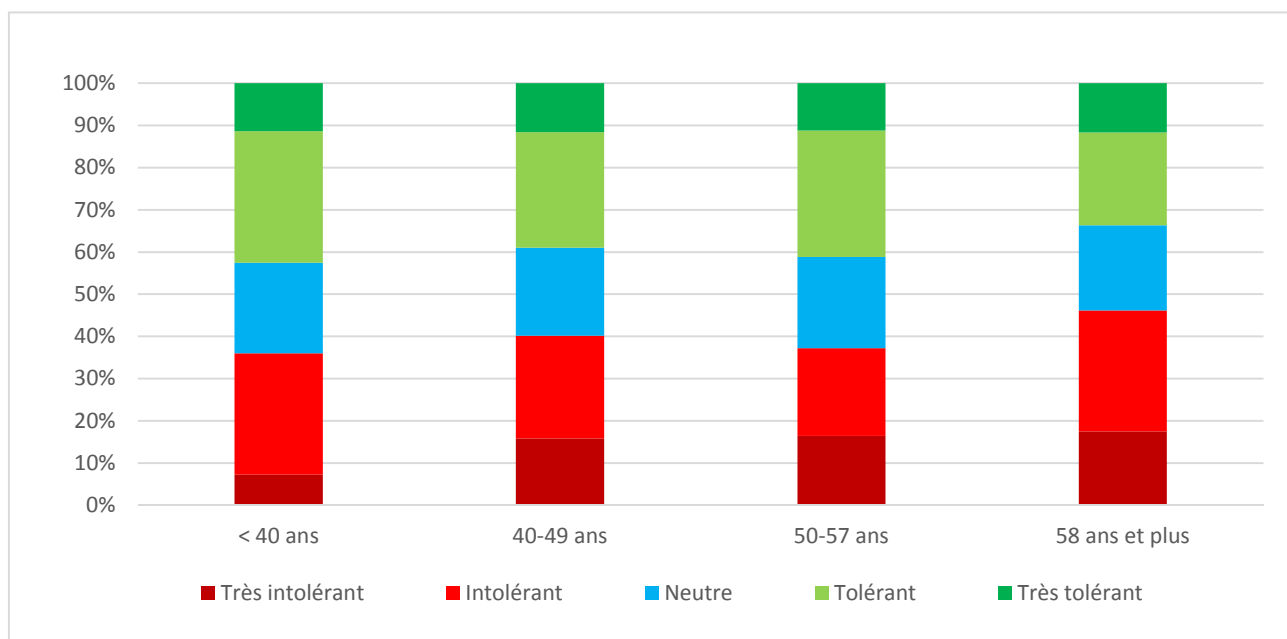


Figure 98 : répartition des catégories de tolérance selon la tranche d'âge (n=978)

Pour conclure, le slogan médiatique « Génération Ricard vs génération Pétard » n'apparaît donc justifié dans notre panel qu'en termes de proximité, mais pas en terme de tolérance, ni de représentations globale du produit.

5.4.4 Evolutions des perceptions selon la formation en addictologie

Aucune corrélation significative n'est établie entre les représentations du cannabis et le niveau de formation en addictologie. Une formation diplômante semblerait être utile pour se forger de meilleures perceptions mais le nombre très faible de médecins entrant dans cette catégorie n'a pas permis pas une analyse suffisamment robuste.

5.4.5 Evolutions des perceptions selon le genre

Aucune différence significative n'est observée en fonction du genre. Cependant, une discrète tendance à la majoration des évaluations est observée parmi la gente féminine par rapport à la population masculine, non seulement sur les dommages de l'alcool et du cannabis mais aussi sur les bénéfices des 3 produits. Cette différence disparaît donc logiquement sur le plan des balances de l'alcool et du cannabis par un effet de compensation.

5.4.6 Conclusion

Notre étude confirme en partie notre deuxième hypothèse secondaire : le score de tolérance semble être le facteur principal dans la genèse des représentations de la balance bénéfices-dommages du cannabis dans notre panel. L'âge du médecin, au contraire ne semble pas influencer sur ces représentations. La proximité avec le produit influencerait également directement sur ces représentations en cas de score de proximité élevé ; dans tous les autres cas, la proximité influencerait indirectement sur ces représentations, en modulant plus ou moins le score de tolérance, selon les expériences personnelles.

Le score de tolérance quantifie en quelque sorte le niveau d'acceptation du cannabis sur un plan individuel et sociétal et il reflète **la part de subjectivité**, inhérente à toute activité humaine, dans la genèse de ces représentations. Ce score de tolérance porte en lui une origine triple, à savoir les expériences vécues avec le cannabis, principale composante des profils négativistes et positivistes, les informations reçues sur le cannabis, principale composante des profils désinformés et « banalisateurs » et la perception de l'impact des politiques répressives, principale composante des profils coercitifs et éducatifs, le tout étant intégré par une personnalité composée de l'ensemble de ces fibres **aménagées dans un contexte socio-culturel donné**.

En résumé, plus le score de tolérance est élevé, plus le profil est réformiste et meilleures sont les représentations globales sur le cannabis, ce qui se répercute probablement sur la prise en charge individuelle et sociétale de ces usagers. La tolérance est en réalité le terreau de la **curiosité intellectuelle**, véritable barrage à l'obscurantisme, s'élevant au-delà des frontières idéologiques.

TROISIEME PARTIE :

DISCUSSION

1. PUISSANCE ET LIMITES DE L'ETUDE

1.1 PUISSANCE DE L'ETUDE

1.1.1 Un recueil de données considérable

Un important travail de prospection a permis de constituer une base de contacts exhaustive et fiable comprenant 90 % des 2424 médecins généralistes exerçant une activité libérale en Lorraine (hors MEP) inclus dans notre étude.

Le taux de réponses obtenues (45 % des 2186 médecins invités à participer) est très satisfaisant. Nous avons reçu 986 questionnaires et nous avons pu en valider 978 remplis intégralement, ce qui a permis une exploitation quasi exhaustive des résultats. Un tel taux de réponses suggère, d'une part que les médecins se sentent concernés par le sujet étudié, d'autre part que le questionnaire en ligne est un support adapté (46 % par internet vs 38 % par papier) et que les items sont suffisamment intelligibles (commentaires limités à ce sujet). La période d'inclusion de 2 mois, ponctuée de relances toutes les décades, ainsi que le contact téléphonique préalable ont certainement permis d'optimiser ce taux de réponse, par une certaine sensibilisation.

Dans tous les cas, ces éléments nous ont permis de recueillir de très nombreuses informations sur les perceptions des dommages, des bénéfices et du statut légal associé au cannabis, aussi bien sur le plan quantitatif que qualitatif. En excluant les données de profil général et celles associées à l'alcool ou au tabac, ce sont **20452 données sur les perceptions du cannabis** réparties sur 21 items (19 en Meuse), **4847 données de proximité** réparties sur 5 items (4 en Meuse) pour la partie quantitative et **1431 commentaires** individualisés répartis sur 2 items pour la partie qualitative (hors étude pilote et commentaire final).

Un tel nombre de sujets inclus garantit pour la partie quantitative la validité des résultats obtenus avec un risque d'erreur très faible (0.01 %) tout en conservant une puissance suffisante dans la plupart des tests et garantit également pour la partie qualitative, l'atteinte de l'exhaustivité par épuisement des argumentaires.

1.1.2 Un panel d'étude représentatif

Les données de profil de notre panel de répondants sont relativement similaires à celle de la population incluse, ce qui confère à notre étude une bonne représentativité des perceptions des médecins généralistes lorrains libéraux. Par ailleurs, nous avons montré que la population incluse dans notre étude ne diffère peu de la population nationale des médecins généralistes en termes d'âge ou de genre, mais aussi probablement en termes de proximité directe avec le produit (24) ou indirecte (1), ce qui crédite une extension possible de ces données au niveau national.

Les femmes ont en moyenne davantage répondu à l'enquête que les hommes (49 % vs 43 %), ce qui semble une constante dans la littérature. Parallèlement, on retrouve une sous-représentation de la Meuse et des remplaçants non diplômés. Le taux de réponse très inférieur à la moyenne régionale (29 %), obtenu dans le cadre de l'étude pilote en Meuse peut s'expliquer par diverses raisons, comme les périodes d'inclusions peu propices (juillet-août), les problèmes de relance ou encore l'absence de contact téléphonique préalable (seulement 20 % des médecins ont été appelés). Le taux de réponse est également très inférieur à la moyenne régionale chez les médecins remplaçants homme non thésés (27 %), alors que cette population d'hommes jeunes est en théorie plus proche du cannabis que le reste de la population sondée. Ceci a peut-être pu entretenir paradoxalement une certaine gêne à aborder le sujet.

1.1.3 Une méthodologie rigoureuse

L'utilisation d'outils validés limite les biais de questionnaire : les items proposés dans notre questionnaire sont repris d'autres études validées. Par rapport à l'étude de Reynaud, seul l'item de bénéfices économiques a été modifié légèrement. Les items évaluant la proximité ont été approfondis par rapport à l'étude de Berger et 2 items ont été proposés de novo : l'impact d'une inversion du statut légal et le choix de prescrire du cannabis en cas d'A.M.M.

Une étude pilote a permis de dépister quelques anomalies méthodologiques et de s'assurer de la pertinence des axes d'analyse choisis. Cela a abouti à quelques modifications du questionnaire et du barème pour calculer le score de proximité.

La rigueur des critères d'inclusion nous a permis par ailleurs d'obtenir un échantillon très homogène, limitant le biais de confusions.

Le protocole d'inclusion afin d'obtenir les coordonnées mails des médecins a été standardisé afin de ne pas influencer les médecins de prime abord, limitant ainsi le biais de sélection.

Les données de notre étude sont contemporaines de celles des données de référence, limitant les biais d'évaluation dans la comparaison avec les données de référence.

La saisie des résultats est automatisée, via le questionnaire en ligne, ce qui a réduit considérablement le risque d'erreur de saisie : seuls les résultats des questionnaires papiers ont dû être saisis (20 % des questionnaires) et cette opération a été vérifiée par un double contrôle (saisie des résultats sur «Questenligne »).

1.1.4 Des conditions optimales pour répondre à l'enquête

La période d'inclusion de 2 mois a été suffisante pour que tous les médecins qui souhaitaient répondre à ce questionnaire le fasse, au regard du taux de participation décroissant au fil des semaines.

Les médecins pouvaient interrompre le questionnaire en ligne à tout moment puis le reprendre plus tard à l'item où ils s'étaient arrêtés, comme pour le questionnaire papier.

Le questionnaire était anonyme pour garantir une réponse plus libre et limiter ainsi le biais cognitif de «conformisme » des répondants. Certes, 9 % des utilisateurs du questionnaire en ligne (75 médecins) ont donné leur e-mail à la fin du questionnaire en ligne (afin de ne pas recevoir de relance), mais la levée de l'anonymat était faite de manière volontaire et surtout à posteriori (après avoir rempli le questionnaire).

Le questionnaire était relativement long, ce qui encourageait à répondre rapidement sans réfléchir trop longtemps, condition idéale pour entrer dans le cœur des représentations inconscientes et révéler les biais cognitifs des répondants (biais mnésique, biais de jugement, bien de raisonnement ou biais lié à la personnalité du répondant).

1.1.5 Une analyse multiaxiale complémentaire

Analyse quantitative : les données quantitatives portant sur les dommages et les bénéfices ont pu être comparées à celle des drogues légales afin d'évaluer et de hiérarchiser les perceptions des 3 produits de notre panel.

Analyse comparée aux données de référence : ceci a permis d'identifier la spécificité des représentations du cannabis par rapport à celles des drogues légales, notamment la majoration des dommages.

Analyse croisée : l'analyse des perceptions des sous-populations de notre panel a permis d'identifier le score de tolérance comme facteur principal influant les représentations sur les dommages et les bénéfices cannabis. Cela met en exergue l'importance de la dimension subjective dans l'élaboration de ces perceptions qui varient considérablement d'un extrême à l'autre du score de tolérance. Par

ailleurs, l'analyse croisée limite les biais de confusion (pas de différence de représentation selon le genre, l'âge ou les autres critères de profil).

Analyse qualitative : elle apporte des éléments de réponses concrets pour comprendre ces représentations et leur genèse. Elle met en exergue l'importance des biais cognitifs dans l'élaboration de ces perceptions et propose un modèle global des perceptions sur le cannabis en lien avec le score de tolérance, basé à la fois sur une dualité des perceptions liées au produit (désinformé Vs banalisateur) et sur une dualité des perceptions liées à la législation (coercitif vs éducatif).

1.2 LIMITES DE L'ETUDE

1.2.1 Biais de comparaison

L'item portant sur les bénéfices économiques n'est pas présenté dans les mêmes termes que dans le questionnaire des experts (dans « l'économie licite » retiré), ce qui fragilise l'interprétation de la comparaison des bénéfices sociétaux avec les experts.

L'étude pilote a été intégrée à l'enquête finale, afin d'accumuler plus de données, ce qui a nécessité une adaptation du score de proximité pour 4 % des répondants et a limité l'analyse des items 14, 20 et 21 à 935 questionnaires.

1.2.2 Biais de questionnaire

Les médecins étant avant tout spécialisés dans les dommages, certains items de bénéfices ne sont pas facilement compréhensibles, notamment les bénéfices identitaires, les bénéfices sociaux (plusieurs commentaires libres à ce sujet). L'analyse de ces items est donc restée très circonspecte mais ces items restent néanmoins représentés à travers les différents agrégats de bénéfices.

L'item « inversion du statut légal des 3 produits » a fait également l'objet d'une analyse circonspecte car cet item n'est pas validé et que nous avons de sérieux doutes sur sa bonne compréhension par une minorité non négligeable, au vu de plusieurs lectures verticales.

L'interprétation des items qualitatifs est parfois délicate, les propos pouvant être emprunts de procédés littéraires tels que l'humour ou l'ironie.

1.2.3 Limitation de la portée de l'étude

Cette étude reste une enquête d'opinion avec ses propres limitations en termes d'honnêteté (277), de volatilité et d'interprétation des réponses (278).

Bien qu'une projection au niveau national, à partir des données régionales, ne semble pas incongrue au vu des quelques données comparables, notre étude est limitée à la région Lorraine dans les faits. Il aurait probablement été plus judicieux de sélectionner aléatoirement un panel de 2 500 médecins généralistes sur l'ensemble du territoire national.

La typologie de l'étude qualitative n'a pas été coordonnée, ni validée par un sociologue ; en outre, elle ne se base que sur deux items, qui ne permettent pas a priori l'étude d'un profil dans sa globalité. Certes, la diversité importante des réponses aux items 20 et 21 a permis d'embrasser l'ensemble des représentations sur le cannabis et d'atteindre sans nul doute l'exhaustivité mais les liens entre ces différentes perceptions n'ont pas pu être clairement déterminés. Nous avons en réalité reconstitué sept profils de représentations sur le cannabis dans un souci de cohérence et de symétrie, à partir des seize argumentaires différents sur son statut légal et de l'analyse croisée des 2 items avec le score de tolérance.

Le temps de l'analyse et de la discussion ont été très longs et les représentations mises en évidence dans cette étude ne sont plus totalement d'actualité, d'autant que les politiques sont en train d'évoluer à ce sujet. Ce délai de 2 ans entre l'enregistrement des résultats de notre enquête et la soutenance de

cette thèse fut nécessaire pour assimiler et synthétiser l'ensemble des données produites, notamment celles des items qualitatifs.

Le score de proximité ne prend pas en compte la tonalité affective de l'expérience avec le cannabis, ce qui pourrait apparaître comme une donnée manquante pour apprécier au plus juste la proximité avec le produit.

2. INTERETS DE L'ETUDE

2.1 DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES INEDITES EN FRANCE

Cette étude nous permet d'établir **pour la première fois à notre connaissance**, les courbes d'expérimentation et d'usage actuel du cannabis chez les médecins généralistes. Nous les avons comparées aux mêmes courbes en population générale (279) afin de corroborer une tendance déjà observée dans les professions libérales, à savoir un **taux d'expérimentation plus élevé et usage actuel plus faible** (1).

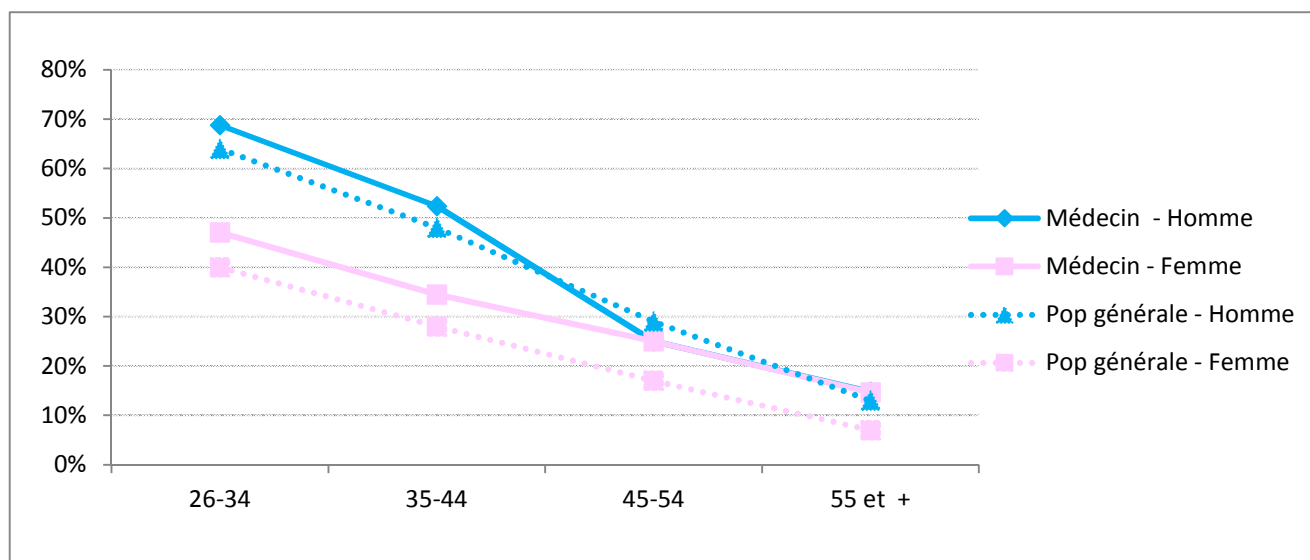


Figure 99 : prévalence de l'expérimentation du cannabis dans notre panel (n=978) comparée à celle observée en population générale en fonction de la tranche d'âge (usage vie). Les données en pointillées sont issues du baromètre santé 2010 (279).

Les médecins généralistes lorrains expérimentent plus le cannabis que la population générale, notamment les médecins femmes (+ 7 % quel que soit l'âge) et les médecins hommes avant 45 ans (+ 5 %). Une enquête chez les étudiants parisiens en DES de médecine générale en 2007 retrouve le même taux d'expérimentation qu'au sein de la catégorie 26-35 ans (24). Ce phénomène pourrait être en rapport à la longueur du cursus universitaire, le milieu étudiant facilitant sans nul doute l'accès au produit, mais il existe d'autres facteurs à considérer, comme par exemple une plus grande curiosité chez les jeunes ayant un niveau universitaire. Au-delà de 45 ans, la prévalence de l'expérimentation des hommes médecins rejoint celle des femmes médecins et reste voisine de la prévalence en population générale masculine.

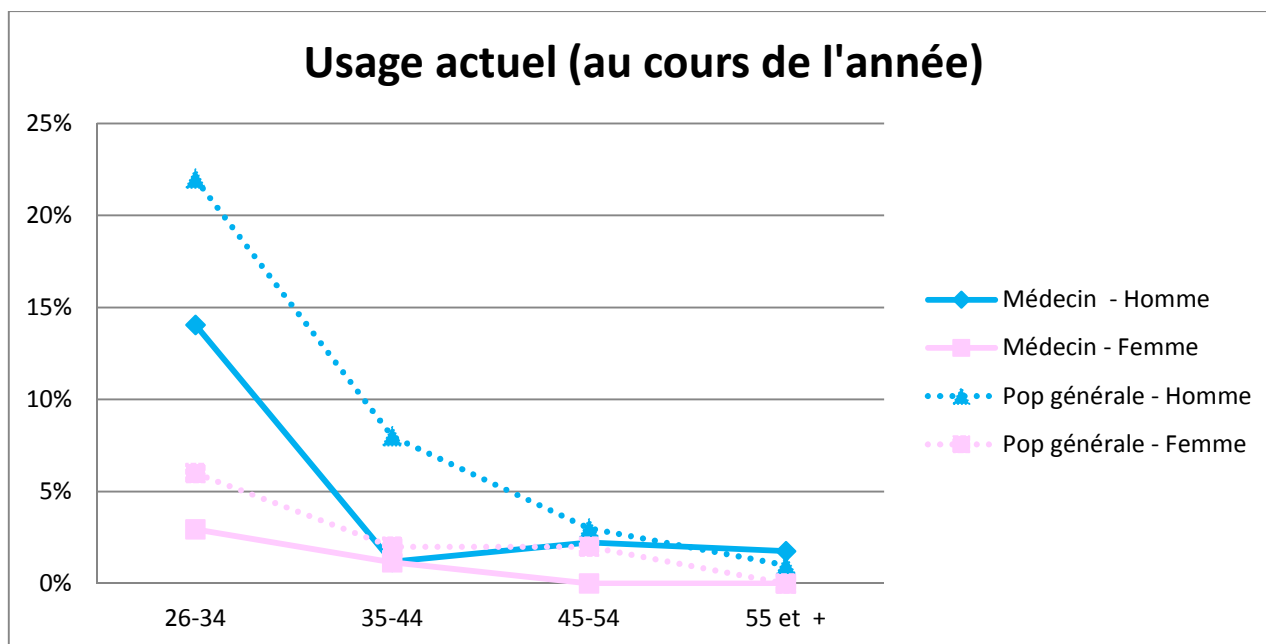


Figure 100 : prévalence de l'usage actuel du cannabis (au moins une fois dans l'année dans notre panel (n=978) comparée à celle observée en population générale en fonction de l'âge. Les données en pointillées sont issues du baromètre santé 2010 (279).

Concernant l'usage actuel, les médecins généralistes lorrains consomment finalement moins de cannabis que la population générale notamment les médecins hommes jusqu'à 45 ans (-7 %) et les médecins femmes tout au long de la vie (-2 %) sachant que la fréquence en population générale féminine est nulle après 55 ans dans notre panel. Au-delà de 45 ans, la prévalence de la consommation actuelle des médecins homme rejoint celle de la population générale masculine, devenant même discrètement supérieure après 55 ans (+1 %). Sur 293 médecins expérimentateurs du cannabis en Lorraine, 24 déclarent consommer encore actuellement et seulement 6 de façon régulière, soit 2 % des expérimentateurs.

Ces données mettent en exergue 2 éléments :

- l'usage serait nettement moindre chez les médecins généralistes que dans la population générale.

Une sous-déclaration liée à son caractère illégal (et donc peu avouable) n'est toutefois pas exclu mais cet effet est probablement limité par les critères stricts d'anonymat et de confidentialité de notre enquête. On peut néanmoins penser que les médecins peuvent avoir plus de réticences que la moyenne à avouer leur usage, de par leur statut social et la valeur d'exemple concernant l'éducation à la santé qu'ils se doivent de véhiculer (278, 279). Verghese, qui a étudié la toxicomanie chez les médecins, dira à ce sujet : « La mesure de la santé de notre profession n'est pas seulement comment nous prenons soin de nos patients, mais bien comment nous prenons soin de nous-même » (282).

- la prévalence de son usage diminue fortement avant 35 ans, confortant les données de la littérature en population générale (1,283–285).

Afin de rendre compte de la poursuite de l'usage chez les expérimentateurs, et non de l'usage dépendant, dont les données épidémiologiques sont très limitées, nous préférons définir un taux d'accroche défini par le ratio du taux d'usagers actuels sur le taux d'expérimentation, selon le genre, la tranche d'âge et la population considérée.

Parmi les médecins expérimentateurs de cannabis, on retrouve les résultats suivants : 20 % des jeunes médecins hommes et 6 % des jeunes médecins femmes (26-34 ans) consomment actuellement

(vs 30% et 15% en population générale respective) ; 4 % des médecins quadragénaires homme et 3 % des médecins quadragénaires femme (35-44 ans) consomment actuellement (vs 17% et 7% en population générale respective). Il ne semble pas pertinent de poursuivre l'analyse dans les tranches d'âge supérieures car les médecins de plus de 45 ans n'ont guère eu l'occasion d'expérimenter le produit dans leur jeunesse, le boom de la consommation du cannabis, et donc de son accessibilité, n'étant observé qu'à partir des années 1990. Les usages parmi les tranches d'âges les plus élevées, dénotent alors assurément à cette époque plus un choix de vie qu'un usage social par entraînement, traduisant un épiphénomène très limité et une tendance progressiste aux connotations hippies, supportée par l'auto-culture du cannabis en extérieur (1).

Pour conclure, le taux d'expérimentation du cannabis est plus important dans notre panel que dans la population générale mais le taux d'accroche au cannabis chez les médecins généralistes lorrains est 2 fois moindre que celui de la population générale. Cette tendance appuyée par d'autres études épidémiologiques (1,24) suggère la mise en évidence d'un facteur protecteur à une éventuelle addiction au cannabis, comme par exemple le niveau d'instruction (286). Ce dernier pourrait être associé à une augmentation du libre-arbitre, à la base de l'esprit critique, autorisant une meilleure lecture de l'information. D'autres facteurs de protection ont été suggérés comme l'estime de soi positive, la sociabilité ou la présence de modèles identificatoires positifs (287–289). Il semblerait ainsi opportun de poursuivre les recherches dans ce sens afin d'asseoir cette position et d'identifier l'ensemble des facteurs de protection, en plus des facteurs de vulnérabilité déjà clairement identifiés, comme l'usage chez les mineurs par exemple (290–292). Par ailleurs, d'autres déterminants pouvant être spécifiques à la profession de médecin pourraient faciliter l'abstinence : en plus de la charge de travail souvent importante, le caractère hygiéniste ou paternaliste inhérent à cette profession.

2.2 UN NOUVEL INDICATEUR DE RECHERCHE EN PERSPECTIVE

La construction théorique du score de tolérance a été confrontée à la pratique : il semblerait au vu de sa distribution gaussienne et des nombreuses corrélations obtenues avec l'évaluation des dommages et des bénéfices du cannabis que ce nouvel outil soit particulièrement adapté pour étudier les représentations du chanvre et de son statut légal.

Ce score est très simple à établir et prend en considération les différentes facettes philosophiques et pragmatiques de la problématique liée aux stupéfiants, permettant une appréciation fine de la tolérance à une régulation de la filière cannabis, et par extension des autres stupéfiants.

Il serait alors judicieux de soumettre cet outil à validation car il pourrait permettre de cibler les différents profils établis dans la typologie et de mieux comprendre les représentations des médecins ou de l'opinion publique, en considérant davantage la part de subjectivité dans la genèse de ces perceptions.

2.3 MISE EN EVIDENCE DES REPRESENTATIONS DU CANNABIS

2.3.1 Une majorité de médecins favorable à sa prescription

2.3.1.1 Etats des lieux en Europe: une situation juridique confuse

L'intérêt médical du cannabis est désormais très largement accepté par la communauté scientifique internationale, suite aux nombreuses recherches récentes. En revanche, la perception qui en est faite par les médecins et les politiciens varie considérablement en fonction des pays et l'Europe est encore largement divisée sur la réglementation concernant le cannabis médical. Si la plupart des états européens ont d'ores et déjà autorisé les produits prêts à l'emploi à base de cannabinoïdes naturels, 5 états seulement autorisent actuellement la délivrance des fleurs brutes en officine (Pays-Bas, Allemagne, Autriche, Italie Finlande). Par ailleurs, dans d'autres états qui accusent un retard de près

de 15 ans, le climat social et l'absence de législation sur le chanvre médical restent particulièrement inacceptables pour les patients, comme par exemple en Irlande, en Grèce, en Hongrie ou en Suède où des débats rationnels débutent seulement.

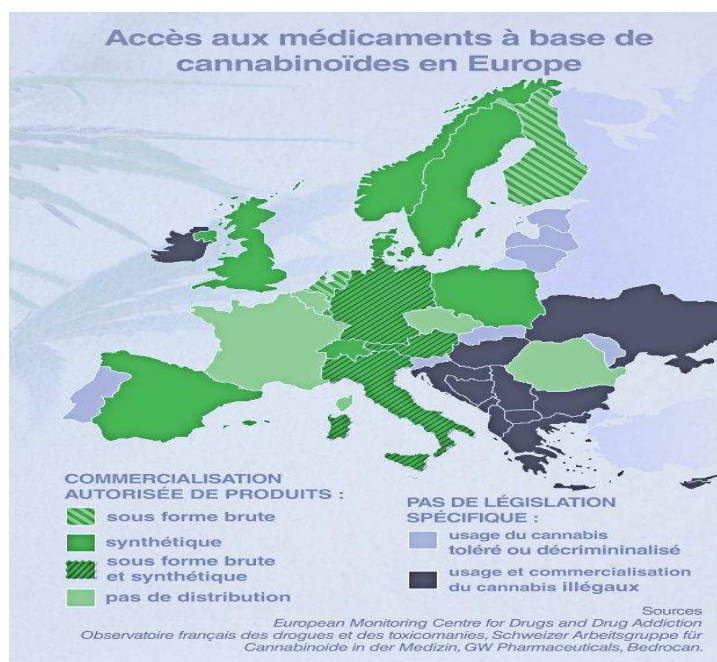


Figure 101 : accès aux médicaments à base de cannabinoïdes en Europe en 2012. Source : E.M.C.D.D.A. ; O.F.D.T. ; I.A.C.M.;GW pharma ; Bedrocan

La représentation du cannabis médical est actuellement en pleine mutation et les législations évoluent dans de nombreux pays à travers le monde entier. Pour exemple, trois pays d'Europe ont légiféré dans ce sens en 2013 : la Tchéquie, l'Italie et la France. Toutefois, il n'existe pas encore d'harmonisation européenne, ni même de véritable volonté politique commune pour encadrer la distribution du cannabis médical : les transports de fleurs entre les états demeurent illégaux et l'autoproduction à des fins médicales, palliant au coût élevé de produits non remboursés, est plus ou moins tolérée selon les pays aboutissant à des situations ubuesques comme en Belgique ou en République Tchèque, où l'usage de cannabis à visée thérapeutique est autorisé en principe mais où aucun patient n'a encore obtenu d'ordonnance pour se fournir en médicaments, la culture domestique y étant dépénalisée.

2.3.1.2 Représentations de notre panel sur le cannabis médical

Alors que l'aspect thérapeutique du cannabis va bientôt devenir incontournable au vu de l'effervescence de la recherche sur les cannabinoïdes, notre étude apporte deux éléments non négligeables sur les représentations du chanvre thérapeutique, qui rappelons le, sont en **pleine évolution** dans l'opinion publique comme le rapporte la revue *Tendance* d'octobre 2013 (293) : 61 % des Français sont d'accord pour autoriser le cannabis sous certaines conditions en 2013 contre 31 % en 2008.

D'une part, les médecins généralistes lorrains sont majoritairement favorables à une délivrance médicale du cannabis et cette tendance émergente a probablement augmenté depuis 2012, au vu de la multiplication des études actuelles sur les bénéfices thérapeutiques du cannabis et des dispositions légales récentes prises par le ministère de la santé français à ce sujet. Pour autant, 45 % de notre panel refusait de le prescrire au moment de l'enquête, ce qui suscite de réelles interrogations : quel médicament reçoit d'emblée un accueil si défavorable auprès des professionnels de santé ? Pour certains médecins à tendance réactionnaire, le cannabis ou sa légalisation sont probablement considérés comme tellement néfastes qu'ils en occultent totalement toute perception des bénéfices

thérapeutiques, par le truchement d'une dissociation artificielle, manichéenne et peu cohérente (drogue néfaste/médicament bénéfique). Il semble évident que l'utilisation d'une forme de médicament à base de cannabinoïdes prêt à l'emploi est plus facilement acceptée par notre panel que la délivrance de fleurs brutes, sujettes à être détournées de leur usage. Les professionnels de santé ont assurément besoin d'être rassurés à ce sujet notamment par **une prise de position claire et sans ambiguïté de la part des autorités sanitaires** sur le cannabis médical, si possible en harmonie avec les autres pays de l'Union Européenne.

D'autre part, notre étude révèle que les médecins généralistes n'ont pas assez de connaissances sur le sujet, comme l'illustre la très grande diversité des points de vue et les interrogations nombreuses mises en évidence dans l'étude qualitative, ce qui explique en grande partie le sentiment de méfiance abordé ci-dessus. Les principales interrogations portent notamment sur le mode de distribution et le risque important de dérives en l'absence de filières légales séparées pour la distribution du chanvre médical et récréatif (déjà suggérées par le « spice »), sur l'innocuité du produit et de son mode d'administration, et sur son potentiel thérapeutique, bien qu'il semble exister un certain consensus concernant ses vertus antalgiques. Cependant, même dans cette indication, les représentations sont floues : la plupart des médecins ignorent que le cannabis agit uniquement sur les douleurs chroniques neuropathiques ou inflammatoires. Avant de mettre au point un système de distribution médicale du cannabis, il semblerait donc justifié d'assurer une **formation plus importante de nos confrères sur l'ensemble de ces éléments** et de mettre à leur disposition un document de synthèse exhaustif des principales études disponibles.

2.3.2 Une majoration spécifique des dommages du cannabis

Selon les moyennes observées dans notre panel, le cannabis engendre **globalement un niveau de dommages intermédiaire** (40/60), plus important que celui du tabac (31/60) et moindre que celui de l'alcool (48/60). Ce classement est partagé par la majorité des médecins de notre panel (66 %) comme par les experts de la F.F.A., ce qui s'avère donc être une **donnée consensuelle** parmi les professionnels de santé. Ces résultats sont observés également sur le plan sociétal, de manière moins consensuelle toutefois (54 % du panel en accord avec le classement des experts).

En revanche, les perceptions des dommages sont beaucoup plus hétérogènes sur le plan individuel (dispersion aussi importante que pour les bénéfiques) et seulement 30 % du panel considère que le cannabis entraîne moins de dommages que les drogues légales sur un plan individuel, à l'instar des experts. Parallèlement, l'évaluation des dommages individuels est franchement majorée par notre panel comparativement aux experts (+ 33 %) et cette majoration concerne également les dommages sociétaux (+ 22 %) et les dommages globaux (+ 27 %). Dans le détail des items, seul le coût sanitaire et social n'est en réalité pas majoré significativement par rapport aux experts. A l'opposé, nos résultats démontrent pour les drogues légales que notre panel partage la vision des experts, et ce sur l'ensemble des dommages induits : on peut donc affirmer, au vu de la dispersion limitée des réponses, que les médecins généralistes lorrains ont une très bonne représentation des dommages de l'alcool et du tabac, dommages qu'ils observent au quotidien dans leur pratique. Concernant les dommages induits par l'usage de produits, il existe ainsi un contraste frappant entre un consensus objectif partagé par tous, pour les produits légaux et l'absence de consensus évident pour le cannabis, produit illégal dont la vision plus hétérogène, comme en témoigne l'étude de la dispersion, est à fortiori emprunte de préjugés subjectifs. Certains signes en sont d'ailleurs très évocateurs comme le refus de répondre à cette enquête prétextant que ces travaux font l'apologie des drogues ou l'indignation de certains au sujet de l'enquête de consommation, offusqués que l'on puisse demander à un médecin s'il consomme du cannabis. Cette perception majorée des dommages **spécifique au cannabis** met en évidence une subjectivité importante de notre panel qui transparait davantage sur les dommages aigus, la dépendance et les conséquences sociales de l'usage, soit la dangerosité sociale et pharmacologique du produit, perceptions expliquant 31.3% de la variance selon le niveau de proximité dans une autre étude (23).

J-M. Costes, fondateur de l'O.F.D.T. explique à propos de cette subjectivité qu' « *il y a peu de domaines de notre vie privée et en société où existe un tel écart entre ce que savent et pensent les spécialistes et l'opinion publique et – encore plus – les responsables politiques, un monde, de l'autre côté du miroir, où règnent les dogmes et les fausses évidences (294).* »

Pour chaque item de dommage, on peut avancer plusieurs idées reçues, tirées de notre analyse qualitative et corroborées par l'étude quantitative, afin d'expliquer pourquoi les dommages du cannabis sont surestimés en moyenne par rapport aux experts, alors que cela n'est pas le cas pour les drogues légales. Le défaut d'expérimentation du produit et les nombreuses informations contradictoires sur le sujet véhiculées par les médias entretiennent les doutes et facilitent probablement le renvoi à différents clichés erronés qui surestiment les dommages individuels induits par l'usage de cannabis. Ces croyances font généralement appel à une information scientifique biaisée, à des clichés populaires stigmatisants ou encore à une expérience personnelle négative où l'usage de cannabis a été mis en cause. Afin de mieux comprendre ces perceptions, nous avons identifié et analysé **les 12 principaux clichés sur les dommages liés au cannabis**, mis en évidence dans notre étude. Cette analyse permet de relativiser les dommages induits par le chanvre, à la lumière des données de la littérature et lorsque les données sont chiffrables (coût social), d'offrir une vision plus objective encore que celle du panel d'experts.

2.3.2.1 Dommages aigus

Une courte moitié seulement de notre panel classe le cannabis comme les experts en termes de dommages aigus. Ce sont les dommages les plus majorés par notre panel comparativement aux experts (+ 59 %) et ils sont considérés équivalents ou supérieurs à ceux de l'alcool pour près de 40 % du panel. Ces perceptions sont probablement sous-tendues par l'idée que le cannabis produit des effets au moins aussi puissants que l'alcool et donc des dommages aigus au moins similaires à ceux de l'alcool, rappelant le lien intime entre dommages aigus et bénéfices hédoniques suggérés par nos résultats. Les accidents de la route (traités dans conséquences sociales) entrent certainement dans le cadre des dommages aigus et la majoration de l'accidentologie induite pourrait expliquer en grande partie ces résultats mais deux autres pistes, évoquées par plusieurs médecins, sont également envisageables : le bad trip et le spectre de la psychose cannabique.

- L'augmentation de la fréquence et des conséquences des "bad trip":

Si l'intensité des symptômes ressentis dépend essentiellement de la dose consommée en fonction du niveau de tolérance de l'usager, l'aspect qualitatif des réactions physiques et psychiques qui apparaissent au cours d'une ivresse cannabique dépend surtout de l'environnement et de l'état émotionnel du sujet avant son usage (set and setting) (295–297). L'apparition d'anxiété ou d'attaque de panique, pouvant mener à la syncope vagale (298), communément appelé « bad trip », n'est retrouvée que chez environ un quart des usagers, de manière ponctuelle (299,300) en lien à un cadre peu sécurisant, un état anxieux préexistant ou une lipothymie réactionnelle (2,297). Le « bad trip est généralement lié à un surdosage, favorisé en cas d'absorption orale, et il survient la plupart du temps chez des consommateurs peu expérimentés, en début de carrière (2,101,299,301–305). Ces épisodes sont spontanément résolutifs en 2 heures environ et ne nécessitent aucun traitement malgré leur caractère impressionnant (1,297,301,306) si ce n'est une simple réassurance. Ces éléments expliquent pourquoi le « bad trip » n'est jamais cité spontanément par les usagers comme un effet indésirable : c'est un risque secondaire, qui ne mérite pas d'être pris en compte au quotidien, au vu de la rareté de sa survenue (2).

- L'augmentation de la fréquence et des conséquences de la psychose cannabique :

Quelques médecins de notre panel évoquent spontanément la psychose cannabique comme motif d'interdiction principal. Dans de très rares cas, l'intoxication aigüe de cannabis peut déclencher des symptômes d'allure psychotique (307,303,122,308), ce qui est le cas avec la plupart des produits,

notamment l'alcool ou les benzodiazépines (309). La prévalence des épisodes est d'environ 0.02 à 0,1 % des usagers (310,311) et serait favorisée par une dose inhabituellement élevée et un contexte nouveau ou stressant (303). La symptomatologie, moins bruyante que dans le trouble psychiatrique avéré (312), régresse spontanément en quelques semaines après sevrage (303) et très rapidement sous traitement neuroleptique (313). Toutefois, l'existence même de pharmacos psychoses cannabiques est controversée (300), tant le polymorphisme de la symptomatologie est important selon divers auteurs (312,314–316) : paranoïde, paranoïaque, maniaque, confuso-onirique, anxieuse avec dépersonnalisation ou même déficitaire. En outre, la distinction reste souvent incertaine entre un trouble psychotique aigu induit par le cannabis et une consommation de cannabis épiphénomène ou consécutive à un trouble psychotique débutant et il faut rester prudent sur ce diagnostic qui ne doit être envisagé qu'à postériori (1), afin de ne pas méconnaître une bipolarité ou une schizophrénie débutante.

En résumé, la majoration des dommages aigus pourrait s'expliquer en partie par ces 2 clichés qui sont en réalité anecdotiques de par leur fréquence et leurs conséquences. Leur évocation pour justifier la prohibition est peu cohérente et risque d'occulter les dommages plus conséquents ou plus fréquents liés à l'usage de cannabis, notamment sur le plan somatique à long terme.

2.3.2.1.1 *Dommages chroniques*

La majoration des dommages chroniques est relativement faible (+ 17 %) dans notre panel et concerne probablement une faible minorité réactionnaire évaluant le cannabis comme très dommageable car plus de la moitié du panel évalue les dommages chroniques du cannabis inférieurs à ceux des drogues légales. Parallèlement, plus d'un quart de notre panel amalgame ces dommages à ceux de l'alcool et au tabac, comme dans l'item dépendance, ce qui suggère des connaissances imprécises dans ce domaine.

2.3.2.1.2 *Dommages organiques*

Sur le plan des dommages organiques, la majoration de l'évaluation pourrait s'expliquer par deux clichés qui représentent 2,6 % des motifs évoqués spontanément, considérés comme acquis par de nombreux médecins alors qu'aucune donnée scientifique sérieuse ne permet de les étayer, à savoir **la neurotoxicité et le pouvoir carcinogène du cannabis nettement supérieur à celui du tabac**.

- La neurotoxicité :

Les PCB miment l'action des endocannabinoïdes, comme les opiacés pour les endorphines : cette constatation est en soit suffisante pour penser que le cannabis n'est pas neurotoxique mais plutôt neuromodulateur. L'utilisation du cannabis, au contraire de l'usage d'alcool, n'entraîne aucune neurotoxicité, tel qu'on peut le définir par des critères neuro-anatomiques, neurochimiques et comportementaux (317–319). L'apport des nouvelles techniques de biologie moléculaire permettant d'évaluer de façon plus fine les régulations de gènes induites par le cannabis a mis en évidence au contraire un rôle neuro-protecteur de la stimulation des récepteurs CB (46,54,320–323). Si la prise aiguë de cannabis perturbe les fonctions cognitives de manière transitoire et spontanément résolutive (319) (modulation de l'attention, de l'empan mnésique et des fonctions exécutives, tachypsychie pendant 2 à 4 heures), l'usage régulier en population adulte n'est pas corrélé à une baisse des performances cognitives en dehors des périodes d'influence (324). L'apport des nouvelles techniques d'imagerie a pu mettre en évidence des modifications structurelles (325,326) et fonctionnelles (327,328) du cerveau chez les usagers chroniques, réversibles après sevrage, sans pour autant conclure à une réduction des performances cliniques quand on utilise des comparaisons avec des témoins sur les temps de réaction ou le nombre d'erreurs commises dans des épreuves de reconnaissance de séquences auditives ou visuelles cliniques (329–331). Ces éléments mis en évidence dans une méta-analyse récente (332) traduisent probablement une adaptation neuronale à l'exposition chronique au cannabis. En revanche, l'usage chez l'adolescent pourrait perturber la maturation neuronale et entraîner une diminution légère du QI à l'âge adulte comme le démontre l'étude prospective de la cohorte de

Dunedin (333), corroborée par d'autres travaux (334,335). Cependant, il n'existe que très peu d'études fiables à ce sujet et l'hétérogénéité des données pose des problèmes méthodologiques, d'autant que le cannabis non réglementé n'est pas standardisé (taux de principes actifs et produits d'adultération inconnus) et que son usage est souvent associé au tabac, ou à d'autres toxiques. Pour conclure, l'usage de cannabis n'est pas neurotoxique chez l'adulte mais il pourrait entraîner une diminution légère des performances cognitives à l'âge adulte, en cas de recours à de fortes doses cumulées durant l'adolescence, justifiant des mesures de protection pour les mineurs, qui devraient par ailleurs être étendues à l'ensemble des produits ; en effet, les alcoolisations massives chez les adolescents (binge drinking) sont nettement plus préoccupantes dans ce domaine entraînant des troubles cognitifs supérieurs à ceux liés à l'usage du cannabis à l'âge adulte (336).

- Le pouvoir carcinogène du cannabis nettement supérieur à celui du tabac :

Selon certains médecins, le cannabis serait nettement plus carcinogène que le tabac, jusqu'à vingt fois selon les auteurs. Cette information est reprise annuellement dans le communiqué de l'ordre des pharmaciens alertant sur les dangers du cannabis. Pourtant, aucune étude actuelle n'a pu à ce jour établir de lien solide entre usage de cannabis et cancer des poumons, probablement en lien avec des difficultés d'ordre méthodologique : l'usage de cannabis étant associé presque systématiquement à celui du tabac (337). Ces effets carcinogènes sont avant tout liés à l'inhalation de fumée et non aux principes actifs du cannabis. Des chercheurs canadiens ont étudié en 2008 la composition chimique des fumées primaires du cannabis et du tabac et concluent à l'absence de différences fondamentales entre les deux (338) comme le rapportait déjà une étude de 1982 rapportée par l'Institut National de Santé et de Recherche Médicale (annexe 8). Au vu de ces éléments, le risque de cancer en fumant le cannabis devrait logiquement être similaire à celui du tabac et pourrait être **réduit considérablement en ayant recours à la vaporisation**. Pourtant, certaines études robustes suggèrent un facteur de sur-risque moindre chez les usagers de chanvre par rapport aux usagers de tabac, concernant les cancers broncho-pulmonaire, les cancers des voies aéro-digestives supérieures, de la cavité buccale et la langue (339) ainsi que les lymphomes non hodgkiniens (85). Les nombreuses études précliniques qui suggèrent un effet anti-tumoral des PCB pourraient expliquer ces résultats. Les mêmes résultats ne seraient pas étonnants sur le plan des pathologies vasculaires au vu des études précliniques sur le rôle protecteur du CBD dans l'athérosclérose (récepteur CB2 médié). Ces données paradoxales se retrouvent également sur le plan fonctionnel : une étude récente a démontré par exemple que la relation entre la dose de cannabis fumée et les troubles ventilatoires n'était pas linéaire comme pour le tabac : à dose faible (2-3 épisodes de consommations dans les 30 derniers jours), il existe probablement un effet protecteur des principes actifs du cannabis sur les fonctions pulmonaires, à côté d'effets délétères qui prennent le dessus dès une certaine dose cumulée (340). Pour conclure, la fumée de cannabis est probablement autant carcinogène et athérosclérogène que celle du tabac. Cependant par rapport au tabac, il est possible que les principes actifs du cannabis limitent légèrement la survenue de tels événements et apporte des bénéfices sur le plan fonctionnel, de par leurs propriétés thérapeutiques, ce qui appuie le bienfondé d'un discours équilibré dans une approche bénéfice-risque pragmatique, considérant à la fois **le mode d'administration et la dose cumulée si le cannabis est fumé**. Ces complications somatiques ne surviennent en effet que si le cannabis est fumé, ce qui concerne actuellement la grande majorité des usages. Dans ce cas, les troubles somatiques dépendent surtout de la dose fumée cumulée, comme pour le tabac, et concerne essentiellement l'usage chronique intensif et ancien, soit une minorité de cas. Ces éléments sous-tendent l'idée qu'un usage modéré, sans association au tabac (fortement addictogène) ni recours à la combustion, pourraient être promus chez les usagers majeurs dans le cadre de la **réduction des dommages et de la lutte contre le cancer**.

En résumé, le cannabis n'est pas neurotoxique, avec un bémol sur le plan neurocognitif chez les adolescents qui consomment régulièrement. Son usage par combustion entraîne a priori des dommages somatiques relativement comparables à ceux du tabac (cancer et troubles cardiovasculaires) et il peut apparaître étonnant que la majorité de notre panel considère, comme les experts, que le cannabis

entraîne moins de dommages chroniques que le tabac. Ceci s'explique vraisemblablement par une perception de la fréquence d'usage nettement inférieure à celle du tabac en lien à une dépendance beaucoup plus faible. Parallèlement, la majoration des dommages chroniques observée est certainement plus le résultat de l'amalgame fréquent avec l'alcool et le tabac, que le fruit d'une minorité des médecins, au profil désinformé ou négativiste, qui majorent sévèrement les dommages chroniques du cannabis, sur le plan somatique comme sur le plan psychiatrique.

2.3.2.1.3 *Dommages psychiatriques :*

Il est possible que les dommages chroniques du cannabis soient associés de manière intuitive pour moitié aux dommages somatiques du tabac (liés à la combustion) et pour moitié aux dommages psychiatriques de l'alcool (liés au caractère psychotrope), notamment dans le quart de notre panel qui amalgame les 3 produits. Parmi la minorité la plus désinformée de notre panel, la majoration des dommages chroniques pourrait s'expliquer par le spectre inquiétant de la schizophrénie et des troubles de l'humeur qui représente 3.5 % des motifs d'interdiction évoqués spontanément dans notre étude. Avant de considérer les troubles psychiatriques induits par l'usage de cannabis, il est nécessaire de préciser que de nombreux travaux soulignent que les sujets présentant des troubles psychiatriques ont beaucoup plus souvent recours à des produits addictifs que dans la population générale (odds ratio de 2,7 selon Régier et al), tabac et alcool en tête (341–344). Ces éléments illustrent d'emblée le poids important des bénéfices individuels, hédoniques, auto-thérapeutiques ou identitaires dans cette population (345,346) et sous-tendent d'emblée l'hypothèse d'une automédication ou d'une vulnérabilité génétique commune entre addiction et troubles psychiatriques.

- **Cannabis, anxiété et dépression :**

Concernant le lien entre usage de cannabis et syndrome anxio-dépressif, les données sont rares et contradictoires. Certaines études mettent en évidence une association modeste entre syndrome anxio-dépressif et usage de cannabis (347–349) sans réels arguments pour un lien de causalité, d'autres ne retrouvent pas de lien après contrôle des facteurs confondants en population adulte, comme chez les adolescents (350,351). Par ailleurs, on connaît désormais les propriétés anxiolytiques du CBD (352,353) et plusieurs études témoignent des effets bénéfiques du cannabis dans les dépressions liées à une pathologie organique chronique (241–243).

- **Cannabis, schizophrénie et troubles bipolaires :**

Concernant les troubles psychotiques, sujet assurément passionnel, une mise au point semble nécessaire au vu des dernières publications scientifiques. De nombreux travaux ont cherché à identifier l'imputabilité de différents produits dans la genèse des troubles psychotiques comme l'alcool, les amphétamines ou le tabac (354,355) mais la plupart des recherches se sont focalisées sur le cannabis. Bien que cet exercice soit particulièrement difficile, nous disposons actuellement d'un fort faisceau de présomptions dans le sens d'un lien de causalité possible (356) entre usage de cannabis et schizophrénie ou trouble bipolaire. Nous traiterons uniquement ici du lien avec la schizophrénie, cas le plus étudié, mais les résultats obtenus pour le trouble bipolaire sont relativement similaires, bien que moins robustes (357). L'usage de cannabis pourrait ainsi être un facteur de risque de schizophrénie dans certaines circonstances, notamment chez des sujets prédisposés génétiquement (1,319) ou par l'environnement (358). En effet, il existe une association robuste entre usage de cannabis préalable et troubles psychotiques ultérieurs. Ce lien reste en effet significatif après contrôle des facteurs confondants dans la plupart des études de cohortes prospectives comme le souligne plusieurs méta-analyses (356,357,359), avec un odds ratio ajusté variant en général de 1.4 à 3,1 ; de plus, un effet dose a pu être constaté dans les études les plus pertinentes (360–362) et la précocité de l'usage pourrait être un facteur aggravant (363,364). Par ailleurs, le séquençage du génome a permis d'identifier plusieurs facteurs génétiques impliqués dans le développement de la schizophrénie, plus particulièrement en tant que fonction d'interaction avec la consommation de cannabis (359), COMT pourrait être en lien à une

plus grande sensibilité aux effets du THC (365), BDNF pourrait être en lié à un âge de diagnostic plus précoce (366) et AKt1 à l'augmentation de l'incidence de la schizophrénie (367). La neuro imagerie accrédite par ailleurs récemment la distinction de 2 formes de schizophrénie, l'une tardive, liée davantage à des facteurs génétiques, l'autre plus précoce liée à des facteurs épigénétiques (368). Enfin, le CBD qui a une action antagoniste au THC, semble être aussi efficace que les neuroleptiques de dernière génération, ce qui étaye le lien entre le système cannabinoïde et la schizophrénie. Parallèlement, nous savons que la schizophrénie est une maladie poly factorielle avec une composante génétique et une composante environnementale comprenant de nombreux facteurs identifiés dans la période prénatale et néonatale mais aussi dans l'enfance et l'adolescence, comme par exemple les infections, les carences nutritionnelles, les abus sexuels ou la prise de toxiques (342,369).

L'ensemble de ces éléments plaide en faveur d'un lien de causalité entre cannabis et schizophrénie. Néanmoins, plusieurs biais méthodologiques ont été identifiés dans ces études (356,359) : la plupart des protocoles n'ont pas requis de validation médicale du diagnostic de schizophrénie (troubles bipolaires ou psychoses cannabiques possibles) et la qualité du cannabis n'était contrôlée dans aucune étude, ce qui empêche toute analyse du ratio THC/CBD et laisse le doute sur une possible confusion avec les produits d'adultération du cannabis comme la kétamine par exemple. De surcroît, ce raisonnement connaît deux limites de taille : la première est **l'absence de cohérence de cette association** : s'il existait un lien de causalité, l'incidence et la prévalence de la schizophrénie aurait dû augmenter (370,371), au vu de l'augmentation importante de la prévalence de l'usage de cannabis chez les jeunes depuis 30 ans, mais aucune étude n'a pu mettre en évidence un tel phénomène, observant une stabilité, voire une diminution de la prévalence de la schizophrénie (372–374). La France n'échappe pas à ce phénomène avec un triplement de l'expérimentation de l'usage à 17 ans entre 1990 et 2000 (1,375) sans majoration évidente de l'incidence de la schizophrénie en parallèle, bien que le recueil de données épidémiologiques précises soit difficile. La deuxième limite est **l'absence de spécificité de cette association** : l'usage de cannabis n'est clairement ni une cause nécessaire, ni une cause suffisante pour le développement de cette psychose, car la majorité des adultes souffrant d'une schizophrénie n'ont pas consommé de cannabis à l'adolescence et la très grande majorité des consommateurs de cannabis à l'adolescence ne développe pas une schizophrénie à l'âge adulte »(376). Seule l'hypothèse d'une majoration faible du risque est donc envisageable au regard de ces éléments et de la démonstration suivante.

Afin de mieux cerner l'enjeu de la question, nous avons effectué une simulation en se basant sur l'hypothèse probante d'une susceptibilité génétique d'AKT1 rs2494732 et en admettant un lien de causalité suffisant chez les usagers quotidiens de cannabis. Les sujets porteurs de la version allélique homozygote c/c du gène auraient alors 7,3 fois plus de risques de développer une schizophrénie en cas d'usage quotidien mais ils ne majorerait pas ce risque en cas d'usage inférieur à 10 jours par mois (367), appuyant l'intérêt d'un **objectif de réduction de l'usage** en l'absence de volonté de sevrage. Chez les 550 000 usagers quotidiens de cannabis en France (sujets à risques), les 3/4 ne présenterait donc pas de sur-risque et environ 1/4 des sujets seraient prédisposés génétiquement AKT1 C/C avec un odds ratio ajusté de 7.3 : cela entraînerait dans la population totale des usagers quotidiens un odds ratio de 2.58 (sans connaissance du génome). Parallèlement, la prévalence de la schizophrénie est relativement faible, de l'ordre 0.5 % à 1 % en population générale et l'incidence annuelle de 0.01 % à 0.02 % (319,342,369), soit en France entre 330 000 à 660 000 cas au total avec 6 600 à 13 200 nouveaux cas/an. Selon l'hypothèse retenue (odds ratio = 2.58), un croisement des données montre que la prévalence de la schizophrénie parmi les usagers quotidiens pourrait augmenter de 1%, soit 5500 cas (pas de lien causal) à 2.58 %, soit 14162 cas (lien causal chez AKT1 C/C). Cela représenterait 8662 cas supplémentaires au total, soit **173 cas/an en moyenne** attribuable à un usage quotidien de cannabis, avec une incidence de la schizophrénie de 0.02 % en population générale. Dans tous les cas, cette proportion d'usagers quotidiens schizophrènes ne représenterait seulement que **1,32 % des cas de schizophrénie**, ce qui relativise la part imputable au cannabis dans la genèse de la schizophrénie et

confirme la prépondérance des facteurs génétiques et environnementaux périnataux (342,377). Cette fraction étiologique est inférieure à certaines estimations autour de 10 % car elle ne considère que les usagers quotidiens comme sujet à risque en s'appuyant sur le facteur de prédisposition génétique le plus probant, découvert récemment, et reste cohérente car une si faible fraction étiologique d'une pathologie rare nécessiterait de très grands effectifs de sujets à risque pour mettre en évidence une augmentation significative de la prévalence de la schizophrénie. D'un point de vue de santé publique en France, d'un côté 3,8 millions d'usagers, dont 550 000 usagers quotidiens potentiellement à risque, de l'autre moins de 200 cas de schizophrénie potentiellement attribuable à un usage quotidien de cannabis chaque année. En d'autres termes, il faudrait une politique de santé publique efficace et ciblée permettant **la réduction de l'usage ou le sevrage de plus de 3 000 usagers quotidiens** (ou 21 000 tous usages confondus), pour faire baisser l'incidence annuelle de la schizophrénie d'un cas par an dans l'hypothèse d'un lien de causalité.

En résumé, aucun lien spécifique n'est actuellement établi entre usage de cannabis et syndrome anxio-dépressif. En revanche, il n'est pas exclu que l'usage quotidien ou précoce de cannabis puisse précipiter ou induire la survenue de pathologies psychotiques dans un nombre de cas limités, chez des sujets prédisposés par un ensemble de facteurs de risques cumulés. Cependant, il n'existe actuellement pas de preuves évidentes d'un tel phénomène au regard du principe de cohérence et ces éléments accréditent donc finalement davantage l'hypothèse d'une vulnérabilité commune, se traduisant par une antériorité fréquente des troubles psychiatriques par rapport à l'usage (378). L'usage de cannabis serait alors plus un **marqueur de risque** d'un certain type de schizophrénie qu'un véritable facteur de risque indépendant. Par ailleurs, les bénéfices secondaires à l'usage du cannabis ne peuvent être écartés de ce lien, notamment les bénéfices auto-thérapeutiques à court terme observés pour tous les produits chez les patients ayant des troubles psychiatriques (345,346). En conclusion, il existe un lien incontestable entre usage de cannabis et troubles psychiatriques, sur le plan clinique comme sur le plan neurobiologique, mais l'imputabilité du cannabis, au demeurant faible, dans la genèse de ces troubles, ne peut être affirmée contrairement à ce que laisse entendre de nombreuses sources. Les troubles psychiatriques associés à l'usage de cannabis ne devraient donc pas **occulter les dommages avérés**, plus fréquents et plus préoccupants en rapport aux usages abusifs par combustion, à la dépendance ou encore à la répression de son usage.

2.3.2.1.4 *Dépendance*

L'item dépendance est probablement celui qui divise le plus notre panel au vu de la répartition des médecins en termes de classement des 3 produits. Ceci peut paraître étonnant car les médecins sont particulièrement familiarisés avec les produits addictogènes, les médicaments psychotropes étant la 3^{ème} drogue la plus consommée en France après l'alcool et le tabac avec 11 millions d'usagers en 2013 (379). Si les perceptions moyennes de notre panel confortent l'idée que la dépendance au cannabis est moindre que celle induite par l'alcool et le tabac, seulement 34 % du panel est en accord avec cette évaluation. Il n'existe donc aucun consensus, ce qui témoigne du large spectre des représentations de la dépendance au cannabis. En outre, cette notion représente 10.8 % des notions évoquées spontanément pour évoquer son interdiction et la perception moyenne de la dépendance au cannabis est largement majorée par rapport aux experts (+ 29 %). Trois clichés ont pu être mis en évidence dans notre étude : une dépendance rapide, fréquente et forte (5,5 % des notions qualitatives), liée à des produits hautement dosés en THC, qui mène à la consommation d'héroïne (5.3 % des notions qualitatives).

- Majoration de la fréquence et de l'intensité de la dépendance :

Pour relativiser la dépendance au cannabis, il faut garder en tête plusieurs points essentiels en termes de tolérance pharmacodynamique mais aussi en termes de fréquence ou d'intensité du syndrome de sevrage.

- Un phénomène de tolérance pharmacologique au cannabis apparait après quelques doses seulement mais s'estompe rapidement après l'arrêt (250). Au contraire de la tolérance à l'alcool, ce phénomène semble davantage provenir de mécanismes pharmacodynamiques que pharmacocinétiques (380) aboutissant à une baisse sélective et réversible de l'expression des récepteurs CB (adaptation plus facile que pour l'alcool, où la tolérance entraîne une augmentation non sélective des neurorécepteurs, suite à une perte d'affinité).
- Il n'existe pas de syndrome de sevrage physique franc à l'arrêt du cannabis sur les modèles animaux, malgré des apports très élevés en THC (absence d'auto-administration), comme sur les modèles humains (318,319), comme le rapportait déjà le comité la Guardia en 1944 (381). La demi-vie terminale très longue du THC, ainsi que les mécanismes pharmacodynamiques adaptatifs observés lors du développement de la tolérance pourraient expliquer ces observations. Toutefois, une étude rapporte que 5 % des gros consommateurs (plus de 2000 usages) présenteront des symptômes physiques légers à l'arrêt du cannabis (382). Ces manifestations, à type d'irritabilité, d'agitation, d'anxiété, d'insomnies avec cauchemars débutent 24 heures à 48 heures après le sevrage et durent environ 10 jours avec un pic à J+4 (383).
- Le taux d'accroche au cannabis est relativement faible en population adulte, la plupart des expérimentateurs arrêtant de consommer spontanément : 75 % ont arrêté de consommer à l'âge de 26 ans et 10 % des expérimentateurs en moyenne continueront à consommer à 40 ans (1,285). Les études les plus robustes rapportent généralement **un taux de dépendance compris entre 5 et 10 %** parmi les expérimentateurs (341,384,385). Selon l'étude N.C.S. au cours de leur vie, 9 % seulement d'entre eux auront un usage qualifié de dépendant, contre 15 % pour l'alcool et 32 % pour le tabac (386). Une étude chez les étudiants lorrains retrouve les mêmes résultats (387). Le risque de dépendance est majoré chez les plus jeunes et chez les gros consommateurs (303,388).
- Dans tous les cas, une dépendance psychique peut s'installer dans toute relation régulière au cannabis, avec une intensité proportionnelle à la fréquence d'usage, comme pour l'alcool, mais contrairement au tabac où le risque est important dès la plus basse fréquence d'usage (389). Chez les gros consommateurs de cannabis, l'intensité de la dépendance est le plus souvent faible à modérée, contrairement à ce qui est observé chez les gros consommateurs d'alcool : 40 % ne présenteront pas de dépendance au cannabis (moins de 3 critères du DSM-IV) contre moins de 5 % pour l'alcool et moins de 20 % présenteront une dépendance sévère au cannabis, contre 60 % pour l'alcool (389).

- Majoration des taux de THC et de ses conséquences sur la dépendance :

Par ailleurs, selon quelques médecins, le cannabis actuel pourrait être nettement plus addictogène que dans le passé à cause de l'augmentation récente de la teneur en principes actifs des produits circulant. Le peu de données dont nous disposons est basé sur les saisies douanières dont les teneurs en principes actifs sont difficilement interprétables. En effet, ces concentrations sont extrêmement variables (390), en fonction de la de la maturité de la plante au moment de la saisie, de la partie prélevée (fleurs ou feuille) lors de l'échantillonnage, ou de l'âge de l'échantillon : il existe à température ambiante, une diminution de 17 % par an de la teneur en principes actifs par phénomène d'oxydation (391). En dépit de ces éléments, la teneur moyenne en THC du chanvre psychoactif semble stable sur le marché européen depuis 20 ans, entre 6 et 8 % (1). Il est évident que des sommités florales fortement dosées, obtenues à partir de méthodes de production intensives (392) sont désormais visibles dans la plupart des pays européens mais leur circulation reste confinée au territoire hollandais et aux pays qui lui sont limitrophes (1) : 20 % des importations françaises en fleurs pourraient ainsi provenir des Pays-Bas (393), ce qui n'est pas négligeable. Cette augmentation de la teneur en THC concernerait également depuis peu le haschich importé (99 % du haschich consommé en France en 2010) afin de s'adapter au marché qui souhaite consommer des produits plus fortement dosés (394) (utilisation de cultivars

occidentaux). Pour conclure, les données sont peut-être sous-estimées par les différents biais évoqués mais les méthodologies utilisées étant similaires quelle que soit la période, nous pouvons affirmer que ce phénomène ne concerne seulement qu'une faible partie du marché, notamment celui issu de l'importation des Pays-Bas ou de la culture française en intérieur. Dans tous les cas, il semble utile de savoir dans quelles mesures cette augmentation du taux de THC peut-elle être préjudiciable et justifier de nouvelles inquiétudes ? S'il est admis qu'un dosage important en THC puisse entraîner plus facilement une dépendance, ce facteur semble faible dans la genèse d'une dépendance parmi l'ensemble des facteurs de vulnérabilité et cet argumentaire ignore 2 aspects fondamentaux, l'un lié au cadre légal, l'autre au produit :

- Si la titration des principes actifs était connue et des unités standards définies, l'utilisateur pourrait adapter la dose préparée en fonction de la concentration en principes actifs, à l'instar de l'alcool (contenant adapté à la concentration en alcool).
- La rapidité d'action des produits fumés permet à l'utilisateur d'adapter immédiatement sa consommation à la puissance de la substance, afin d'obtenir les effets recherchés, tout en évitant l'apparition de symptômes non souhaités (395). Tous les usagers de produits fortement dosés ont su détecter une concentration élevée en THC et aucun ne s'est plaint d'effets indésirables dans une enquête multicentrique française auprès des usagers en 2005 (396).

- Mythe de l'escalade vers les autres drogues :

La dépendance aux autres produits est également évoquée par de nombreux médecins qui associent volontiers l'usage de cannabis à celui de l'héroïne, à travers la théorie « fumeuse » de l'escalade. Ce cliché, fondé sur une biologie imaginaire des appétences croisées, reste en effet très présent dans notre panel puisqu'il représente plus de 5.3 % des motifs d'interdiction évoqués spontanément. Ce mythe de l'escalade du cannabis vers l'héroïne, inventé par l'administration américaine, et encore soutenu de nos jours par certains scientifiques peu objectifs, ne repose sur aucun fondement scientifique sérieux, contrairement à la théorie génétique de vulnérabilité à l'addiction (397). S'il est vrai que la plupart des usagers d'héroïne ont consommé préalablement du chanvre, mais aussi de l'alcool et plus fréquemment encore du tabac, la très grande majorité de ces usagers ne consommera jamais d'héroïne : par exemple en France près de 14 millions d'expérimentateurs de cannabis pour 500 000 expérimentateurs d'héroïne en 2013 (379). Un simple examen des statistiques disponibles en Europe (285) ou aux Etats-Unis (398) en matière d'usages de drogue n'étaye pas davantage cette idée d'escalade, malgré les difficultés d'évaluation (399). La théorie de l'escalade est en réalité un raccourci qui évite de réfléchir en se focalisant sur le produit et en évitant de s'intéresser aux conditions de vie de l'utilisateur et à son environnement. Plusieurs études réfutent également la théorie sociologique de la porte d'entrée (400) dont une récente menée dans le New Hampshire qui conclut (401) : «Alors que la consommation de marijuana pourrait être une porte d'entrée à la consommation d'autres drogues illicites au cours de l'adolescence, les résultats indiquent que ces effets sont moindres, jusque l'âge de 21 ans. De manière intéressante, l'âge agit comme un statut protecteur plus que les autres conditions de vie (éducation, travail ou statut familial) considérées dans l'étude». En résumé, la dépendance (psychologique ou physique) ne concerne qu'une faible proportion des expérimentateurs de cannabis (10 % au plus), soit 4 fois moins que pour le tabac ; chez les usagers pluriquotidien, le syndrome de sevrage de chanvre est généralement d'une intensité faible à modérée, contrairement à celui de l'alcool. Les facteurs de risques de dépendance sont l'âge précoce et la fréquence d'usage élevée, comme pour les autres produits. Les analogies croisées réalisées avec les produits légaux en termes de fréquence et d'intensité de la dépendance pourraient expliquer sur cet item les différentes perceptions observées. Ainsi l'amalgame fréquent retrouvé entre cannabis, alcool et tabac pourrait évaluer une dépendance intermédiaire en termes de fréquence entre l'alcool et le tabac et réciproquement en termes d'intensité, comme pour l'évaluation des dommages chroniques dans le classement de 3 produits en termes de dépendance. Parallèlement, il est probable qu'une minorité désinformée de nos confrères ait tendance

à associer, à l'inverse, le pouvoir addictogène du cannabis à celui du tabac et l'intensité de la dépendance au cannabis à celle de l'alcool. Toutefois, l'item dépendance de notre questionnaire ne distinguait pas ces 2 aspects et ces hypothèses ne peuvent donc être étayées.

2.3.2.1.5 Coût sanitaire et social

L'évaluation des coûts sociaux des drogues est un exercice récent et difficile et il n'existe donc que très peu de données disponibles. En France, une estimation du coût social qui confond coût sanitaire et social et coût légal a été effectuée pour l'année 2003 par l'O.F.D.T. Nous avons individualisé le coût social et le coût légal et projeté ces coûts en 2012. Sur la base du coût social estimé en 2003 qui confond coût sanitaire et social et coût légal, les dépenses totales afférentes à l'usage de cannabis s'élevaient à 919 millions d'euros(1) et le poids relatif du cannabis en 2003 (0,06 % du PIB) était 40 fois inférieur à celui de l'alcool (2,37 du PIB) et 50 fois inférieur à celui du tabac (3,05 % du PIB). Nous allons montrer que ce coût total a probablement doublé en 10 ans pour atteindre **1,8 milliards d'euros en 2012, soit 0.09 % du PIB**, en raison essentiellement du renforcement des mesures répressives envers les usagers suite à un changement de gouvernement en 2002. Ce coût reste toutefois marginal au vu du coût des drogues légales (84 milliards en 2003). Par ailleurs, alors que la part du coût légal afférente à l'alcool ne représente pas plus de **1 % du coût social de l'alcool**, la part du coût légal afférent au cannabis représente de **80 % du coût social du cannabis**, ce qui paraît totalement démesuré, notamment au vu des résultats obtenus. Comme le rapportait déjà Jimmy Carter en 1978, ou encore la fondation de police du Royaume-Uni en 2000 (402), les lois réprimant l'usage de cannabis sont plus dommageables que le cannabis lui-même, pour l'utilisateur comme pour la société.

L'item « coût sanitaire et social », en rapport direct à la toxicité du produit et à la quantité consommée en population générale, est le seul item de dommage à être majoré de manière **non significative** par rapport aux experts de la F.F.A. Le coût sanitaire et social, évalué nettement inférieur à celui des drogues légales par plus de 75 % de notre panel serait donc l'item de dommage évalué le plus objectivement. Ces représentations seraient a priori moins influencées par des préjugés emprunts de subjectivité, ce qui pourrait s'expliquer par la réalité du terrain du médecin généraliste. En effet, l'usage de cannabis et ses éventuelles complications ne représentent que **rarement un motif de consultation** (2,403). D'un autre côté, ce résultat pourrait être également la conséquence fortuite d'une **absence de dépistage systématique** de son usage en pratique courante, ce qui pourrait avoir tendance à minimiser ce coût en occultant la question.

Qu'en est ce coût sanitaire et social en réalité et comment le positionner par rapport à celui de l'alcool ou du tabac ? En prenant en compte les dépenses supportées par la collectivité, au titre du volet sanitaire et social de la réponse publique (hospitalisation = 8,1 millions, prévention et prise en charge = 34,5 millions) et les pertes de revenus et de production afférentes au décès prématuré par AVP (126,4 millions d'euros), on peut estimer le coût social du cannabis à 171 millions d'euros en 2003 (1). A titre comparatif, ce coût était estimé à la même période à **37 milliards d'euros pour l'alcool et 47 milliards pour le tabac** (404), soit environ 250 fois plus élevé que le coût social du cannabis. Mis à part l'effet de l'inflation modérée depuis 10 ans (+17%), le coût sanitaire et social devrait être actuellement relativement similaire à celui de 2003 (incidence stabilisée, consultations spécialisées en hausse mais accidents de la route en baisse). Cela nous amène à **199 millions d'euros** avec l'inflation.

Néanmoins, cette estimation ne considérerait pas les soins ambulatoires, ni les pertes de revenus et de production afférentes aux hospitalisations ou aux arrêts de travail, faute d'indicateurs précis. En outre, nous n'avons aucune connaissance précise de la fraction étiologique imputable au cannabis dans la plupart des pathologies. Ce coût est donc sous-estimé sans aucun doute. Cependant, même dans l'hypothèse d'un coût gonflé à **300 millions d'euros annuel**, cela ne représenterait que **0,015 % du PIB français en 2012** (2032,3 milliards d'euros selon l'I.N.S.E.E), soit environ 5 € par habitant par an (pour 65.7 millions d'habitants), ce qui peut sembler dérisoire au vu du coût social du tabac ou de l'alcool, plus de 100 fois supérieur chacun). Or le coût social du cannabis n'est estimé qu'environ 2

fois inférieur à celui du cannabis par notre panel, comme par le panel d'experts. Certes, une telle amplitude pouvait difficilement être retranscrite par notre EVN (limitée à 11 points) mais un rapport de 1 à 10 aurait pu être matérialisé pour coller au mieux à la réalité. Ces éléments mettent en exergue une **modulation générale des représentations du coût social des drogues** en fonction du contexte légal et socioculturel. Les représentations de notre panel, comme celles des experts, montrent en effet un écart trop faible entre le coût sanitaire et social des drogues légales et celui du cannabis, évoquant **dans ces 2 populations** une minoration du coût social des drogues légales et surtout une majoration du coût social du cannabis. Ces éléments témoignent au passage des limites du référentiel proposé par la F.F.A. et utilisé dans notre étude.

Par ailleurs, ces résultats sont à mettre en lien avec le risque d'une majoration de la prévalence de l'usage et du coût sanitaire et social en cas de légalisation (motif évoqué spontanément pour justifier l'interdit dans 5,3 % des cas). En effet, même si la prévalence de l'usage de cannabis triplait après une légalisation mal encadrée (rejoignant celle de l'alcool), ce coût ne dépasserait probablement pas un milliard d'euros et n'atteindrait jamais 10 % du coût actuel de l'alcool ou du tabac. Ceci s'explique assurément par le faible niveau de dommages engendrés par le cannabis sur le plan individuel.

2.3.2.1.6 Coût légal

La majoration du coût légal (+ 23 %) concerne plus de 75 % de notre panel qui estime que ce coût est égal, ou le plus souvent, supérieur à celui de l'alcool, alors qu'il est estimé légèrement inférieur à celui de l'alcool par les experts. Qu'en est-il en réalité ?

Selon l'O.F.D.T., le coût légal afférent au cannabis peut être estimé à 748 millions d'euros en 2003 (1). 70 % de ce coût concerne les dépenses destinées à la lutte contre le trafic, soit **523,5 millions d'euros** (dont 398,4 millions pour les forces de l'ordre et les douanes et 125,1 millions pour le système judiciaire et pénitentiaire). A titre comparatif, les dépenses équivalentes destinées à la lutte contre l'alcool et le tabac étaient estimées respectivement à **49 et 14 millions d'euros** (404), soit 11 et 37 fois moins que celles destinées à la lutte contre le cannabis. Le reste du coût légal concerne les pertes de revenus et de production afférentes à l'incarcération (224,5 millions pour 5197 détenus). Si on actualise le coût légal de 2003 selon le nombre d'interpellations et d'incarcérations annuelles pour Infraction à la Législation sur les Stupéfiants, liées au chanvre constatées en 2012 (+ 50 % des interpellations et + 15 % des incarcérations pénitentiaires), on obtient un total de plus de 1,16 milliards d'euros en tenant compte de l'inflation en parallèle, ce qui représente « *du temps et des moyens pouvant être réalloués à la prévention et à la lutte contre le trafic des autres drogues* » confie P. Kopp - professeur à l'Université Sorbonne dans le journal « Le Monde » du 3/08/2011. Cette évaluation est encore sous-estimée car elle ne considère pas les pertes de revenus et de production afférentes aux retraits de permis de conduire ou aux autres mesures pénales invalidantes. Au final, cette somme pourrait atteindre **1,5 milliard d'euros**, ce qui représenterait **0,07 % du PIB français en 2012**, soit environ 23 € par habitant, ce qui cadre avec le dernier rapport de l'O.E.D.T (405). Dans tous les cas, le coût légal lié à l'usage de cannabis serait 5 fois plus important que le coût sanitaire et social lié à son usage alors que le coût légal de l'alcool est 100 fois moins important que son coût sanitaire et social. Cette analyse est partagée par les chercheurs de l'O.F.D.T.(406).

Les perceptions de notre panel et du panel d'experts estiment très justement que le coût légal du cannabis est supérieur à son coût social et à l'inverse que le coût social de l'alcool et du tabac sont supérieurs à leur coût légal respectif, conformément à la réalité (interprétation toutefois délicate). Cette différence semble donc **être identifiée largement** et n'est probablement pas choquante pour la moitié conservatrice de notre panel. Par ailleurs, bien qu'une lecture rapide puisse suggérer que notre panel soit plus objectif que les experts sur le cannabis concernant cet item (car supérieur au coût légal de l'alcool), cet effet est probablement lié en définitive à une **nette majoration du coût légal de l'alcool dans les 2 groupes** (médecins généraliste et experts.). Le coût légal de l'alcool est en effet 10 fois moindre que celui du cannabis, mais reste 3 fois supérieur à celui du tabac. Là encore, une telle

amplitude ne pouvait être retranscrite par notre score mais on aurait dû observer un amalgame alcool tabac et non alcool-cannabis sur cet item, si les perceptions du coût légal de l'alcool étaient en accord avec la réalité. Cette majoration de la perception du coût légal du cannabis dans notre panel et du coût légal de l'alcool dans les 2 groupes est sans doute intimement liée à la **sur médiatisation des affaires judiciaires liées aux produits** (contrôles routiers, perquisitions) qui pourrait entraîner une mauvaise appréciation de la réalité du terrain, la peine appliquée en pratique étant bien souvent plus clémente et moins onéreuse que la peine médiatisée à valeur d'exemple. Ces nouvelles discriminantes ont pour but de donner valeur d'exemple, tout en distillant la peur auprès des consommateurs, ce qui semble vain concernant l'usage, mais sensiblement efficace pour l'usage au volant (2). Cette médiatisation effraie en général davantage les proches des usagers (parents, amis) et génère des représentations biaisées, à l'origine d'effets collatéraux néfastes (incompréhension, tensions et inquiétudes).

2.3.2.1.7 *Conséquences sociales de l'usage*

Alors que près de 60 % du panel estime, comme les experts, que le cannabis entraîne des conséquences sociales comprises entre celles du tabac et celles de l'alcool, celles-ci sont fortement majorées en moyenne par l'ensemble du panel (+ 40 %) et ceci pourrait s'expliquer par 3 clichés, qui représentent ensemble 10,5 % des notions évoquées pour justifier la prohibition, à savoir les conséquences lourdes de la conduite sous l'emprise, les troubles hétéro-agressifs et le syndrome amotivationnel.

- L'accidentologie induite par l'usage de cannabis :

Depuis 2003, la conduite d'un véhicule à moteur après avoir consommé (et non sous l'emprise) est sanctionnée lourdement en France et fait l'objet d'une stigmatisation régulière dans les médias qui présentent volontiers ce phénomène comme le nouveau danger du cannabis. De nombreux médecins généralistes lorrains font ainsi référence à l'accidentologie induite par son usage pour justifier spontanément l'interdiction de son usage (5.6 % des motifs évoqués dans notre panel).

Une minorité de notre panel (5 %) y voit un danger bien supérieur à l'emprise d'alcool (6 % en rattachant ces AVP aux dommages aigus) en rapportant soit une emprise prolongée liée la cinétique d'élimination très lente, alors que les taux résiduels sont très faibles (1 % du pic) et qu'aucune donnée ne va dans ce sens, soit une emprise imprévisible évoquant la notion de flashback qui s'appuie sur quelques reports de cas (407) alors que les études n'ont jamais mis en évidence un tel phénomène sans absorption de L.S.D. ou de psilocybine au préalable (408).

Par ailleurs, au moins un quart de notre panel estime que la conduite sous l'emprise de cannabis est aussi dangereuse que sous l'emprise de l'alcool, sans notion de seuil d'emprise pour le cannabis (35 % en rattachant ces AVP aux dommages aigus). Pourtant, la littérature n'est pas aussi catégorique : le cannabis est mis en cause dans 10 fois moins d'accidents mortels que l'alcool, à prévalence de conducteur circulant sous l'emprise équivalente (alcool= 2.5% > 0.5gr/l, cannabis=2.8% > 0,1 ng/l) (409). D'autre part, on peut remarquer que certaines idées reçues sont erronées (levée des inhibitions) ou ne sont plus à jour (datant de la propagande gouvernementale de 2004). Pour mémoire, alors que l'alcool est retrouvé dans 25 % des accidents mortels, le cannabis n'est retrouvé que dans seulement 2,5 % des accidents mortels, soit environ 120 cas en 2010, dont 30 accidents non responsables.

Une méta-analyse récente (410) fait le point sur le sujet en situation réelle : selon les auteurs, «la consommation aiguë de cannabis double presque le risque d'une collision entraînant des blessures graves ou la mort ; cette augmentation a été la plus évidente pour les études de haute qualité, les études cas-témoins et les études de collisions mortelles. L'influence de la consommation de cannabis sur le risque de collisions mineures reste incertaine.» Parallèlement, 3 études mettent en évidence de façon certaine, un effet dose (409,411,412) déjà suggéré par les analyses sur simulateurs (413,414). Pour autant, le sur-risque entraîné par l'usage de cannabis est très relatif, si on le compare à celui de l'alcool. Toutes concentrations confondues, l'odds ratio est de 1,8 pour le cannabis seul et de 8,5 pour l'alcool

seul (409). L'alcool demeure la substance la plus souvent présente dans des accidents, et l'association observée entre la consommation de cannabis et le risque d'accident est nettement moins robuste que celle de l'alcool (60,61). Par exemple, une concentration d'alcool dans le sang de 0,8 g/100 mL, qui est le seuil criminel délictueux dans de nombreux pays, est associée à un risque relatif accru d'accident de 2,69, avec un risque sensiblement plus élevé pour les conducteurs âgés de moins de 35 ans (416,417). Cette différence marquée entre l'influence des 2 produits tient probablement à l'absence d'atteinte des capacités de jugement et à une certaine inhibition avec le cannabis, alors que l'alcool est clairement désinhibiteur : les conducteurs conscients d'une diminution de leurs capacités sous l'influence du cannabis, modifieraient leur comportement en conséquence par une conduite plus prudente dont rendent compte, sur autoroute, moins de tentatives de dépassement, des vitesses moindres et des inter distances plus grandes (319,418,419).

Par ailleurs, l'effet dose justifierait la détermination d'un seuil d'emprise du THC qui se situerait, pour un odds ratio de 2.5 entre 7 et 10 ng/ml selon les auteurs (411,420–423). Toutefois, les difficultés de la détection du cannabis dues à son métabolisme complexe ne permettent pas d'établir, comme pour l'alcool, une relation synchrone entre la présence des métabolites du cannabis et ses effets sur le comportement, (409,416). Le principal danger pourrait être d'ailleurs davantage en lien au CBD, entraînant un effet sédatif avec risque de somnolence, ou à tout autre facteur de confusion. Enfin, le législateur ne peut se contenter des études sur la dangerosité du cannabis au volant pour éclairer ses choix. Il semble en effet utile de considérer l'ensemble des facteurs accidentogènes dans une approche plus globale, comme le suggère une nouvelle étude aux Etats Unis qui montre que la légalisation du cannabis médical est associée à une baisse de 9 % des décès liés aux accidents de la route probablement liée à une diminution de 5 % des ventes de bière (424). Les économistes ont étudié le nombre des décès de tout le pays, et y ont donc inclus les 13 Etats qui ont légalisé l'usage médical du cannabis, entre 1996 et 2009 et les résultats suggèrent que la légalisation du cannabis à usage médical fait diminuer le nombre de décès, en réduisant la consommation d'alcool des jeunes adultes.

En résumé, la sécurité routière est **multifactorielle** et le bienfondé de la loi actuelle peut être remis en cause. Il existe un sur-risque faible de collision mortelle sous l'emprise du THC au-delà de 5ng/ml, rapporté essentiellement par des études transversales, avec un effet dose incontestable. Ce sur-risque serait probablement équivalent à celui entraîné par la prise de benzodiazépines, toute dose confondue (odds ratio=2)(425). En revanche, en dessous de 5ng/ml, la plupart des études cas-témoin mettent en évidence l'absence d'augmentation, voire une diminution du risque de collision (426–429,413,419) et sachant qu'il n'existe à ce jour aucune étude de culpabilité pertinente, il semble opportun de poursuivre les recherches en situation réelle. Par ailleurs, une étude récente (430) conclut que « les cannabinoïdes peuvent être détectés dans le sang des consommateurs quotidiens pendant un mois après la date d'arrêt de la consommation. » A ce sujet, Huestis précise que « ces données n'avaient jamais été obtenues avant, à cause de l'important coût et de la difficulté à suivre quotidiennement des consommateurs de cannabis sur une longue période. » La détermination d'un seuil d'emprise semble donc indispensable avant de réprimer son usage pour toute analyse sanguine positive, afin d'éviter de lourds dommages économiques et sociaux à de nombreux citoyens usagers responsables qui ne conduisent pas sous l'emprise du cannabis. Dans tous les cas, cette détermination est onéreuse et semble difficile à mettre en pratique, sachant qu'une heure après l'usage (soit le temps minimum pour réaliser le prélèvement sanguin), les taux sont bien souvent revenus à un niveau non significativement dangereux (150). Enfin, si le sur-risque est relativement faible, de l'ordre de celui de certains médicaments, il semble intuitivement que de simples précautions d'usage entraîneraient une meilleure balance bénéfices-dommages, sur un plan individuel et sociétal (moins de dépenses pour un résultat identique).

- Les troubles hétéro-agressifs consécutifs à l'usage de cannabis :

Parallèlement, plusieurs médecins de notre panel estiment que l'usage de cannabis accroît le risque de **comportement hétéro-agressif**, probablement animé par le spectre du toxicomane en manque, prêt à tout pour se fournir sa dose. Ainsi, 3.2 % des motifs justifiant spontanément l'interdiction concerne les troubles du comportement et de l'ordre public. On imagine facilement que ce genre d'arguments motive également la prohibition de l'alcool. Pourtant, ces éléments sont réfutés de longue date pour le cannabis comme en témoigne le rapport La Guardia en 1944 (voir annexe 9) ou encore l'académie nationale américaine des sciences en 1982 qui conclut à ce sujet dans son rapport « Marijuana and Health » (381,431): « Les études tant rétrospectives qu'expérimentales sur le comportement humain ont échoué à mettre en évidence que le cannabis conduisait à une augmentation de l'agressivité. La plupart de ces études suggère l'effet contraire. Le cannabis semble avoir un effet sédatif et il réduit d'une façon sensible l'irritabilité et la probabilité de comportement agressif envers autrui ». Les études récentes confirment l'absence de comportements hétéro-agressifs sous l'emprise du cannabis et l'étendent également à la période de sevrage, excepté en cas d'antécédents personnels de violence (432,433). Enfin, il est possible que l'usage de chanvre puisse baisser sensiblement le niveau de testostérone (434,435) et par la même la niveau d'agressivité (phénomène résolutif en 24 heures) mais les études apportent des résultats contradictoires à cet égard (436).

- Le syndrome amotivationnel consécutif à l'usage de cannabis :

Le **syndrome amotivationnel** est cité spontanément dans 1,7 % des cas. On utilise cette expression pour désigner des personnes qui présentent de l'apathie, un manque de motivation, un retrait social, un cercle d'intérêts plus étroit, une léthargie, un déficit de la mémoire, un déficit de la concentration, un jugement affaibli et de mauvais résultats professionnels (319,437). Ce syndrome à mi-chemin entre la dépression et la schizotypie n'est pas clairement relié à l'usage de cannabis. Certains chercheurs proposent que la consommation élevée et chronique participe au développement d'un tel syndrome (437); la désintoxication entraînerait alors la disparition des symptômes (300,438). D'autres chercheurs n'ont trouvé aucune relation de causalité de ce genre (437,439). Dans tous les cas, s'il existait un lien entre cannabis et syndrome amotivationnel, cela ne concernerait qu'une très faible minorité d'usagers intensifs et pourrait simplement être lié à la sédation induite par le produit consommé à haute dose de manière chronique.

2.3.2.2 Conclusion sur les représentations sur les dommages

Bien qu'une minorité de notre panel (8%) sous-estime ces dommages de manière conséquente par rapport aux experts de la F.F.A., 65 % de notre panel les majore de manière conséquente, dont **22% de manière caricaturale**. La majoration spécifique de ces dommages observée dans notre panel, comme en population générale (276), peut s'expliquer par différents clichés erronés ou nettement exagérés qui brouillent l'information. Les 12 clichés analysés sur les dommages sont loin d'être exhaustifs mais ils offrent déjà un argumentaire pour 27.4% des motifs d'interdiction évoqués spontanément, **soit près des deux tiers des raisons de santé publique**. Ces clichés concernent 4 types de dommages évoqués spontanément pour justifier l'interdiction de l'usage de cannabis: les dommages aigus, les dommages chroniques (6.1%) la dépendance (10.8%) et les conséquences sociales de son usage (10.5%). Ces clichés sur les dommages sont plus importants sur le plan individuel que sur le plan sociétal, ce qui est aussi le cas de la majoration moyenne des dommages (+ 33% vs + 22%), de la fréquence de cette majoration (78% vs 70%) ou de la fréquence du classement comme produit autant ou plus dommageable que l'alcool (22% vs 17%). Cette dernière est d'ailleurs plus faible sur le plan global que sur le plan sociétal (11% vs 17%), ce qui montre que le cannabis est considéré en général comme un produit plus dangereux que l'alcool, soit sur le plan individuel, volontiers associé à un profil désinformé, soit sur le plan sociétal, davantage en lien à un profil coercitif, mais plus rarement sur les 2 plans, associé alors à un profil négativiste.

Par ailleurs, une position intolérante, qu'elle soit de nature désinformée ou/et coercitive, semble être une condition suffisante pour majorer les dommages, comme l'établit le lien d'intensité moyenne mis en évidence dans l'étude des sous-populations selon le score de tolérance. A l'inverse, une position tolérante, qu'elle soit de nature « banalisatrice » ou/et éducative, semble être une condition nécessaire pour se forger de bonnes représentations sur les dommages, d'autant que les idées reçues ne sont pas souvent confrontées à la réalité vécue en l'absence d'expérimentation généralisée du produit. Après recoupement multiple des données, cette représentation des dommages semble fortement majorée pour environ un quart de notre panel qui s'appuierait alors soit sur les clichés relatifs **au produit**, en cas de profil désinformé, soit sur les clichés relatifs **à la sécurité publique et la banalisation incontrôlée de son usage**, en cas de profil coercitif. Un bémol cependant en cas de proximité associée $\geq 9/10$ (rare dans notre panel) qui semblerait mener à une sous-estimation des dommages par rapport aux experts (27/60 Vs 31/60), notamment sur le plan individuel (13/30 vs 16/30) par un phénomène de déni, bien connu pour l'alcool.

Alors que les médecins généralistes jouent un rôle de pivot dans la prévention et la prise en charge en addictologie, ces résultats témoignent de perceptions très hétérogènes et peu cohérentes, ce qui explique en partie pourquoi la majorité d'entre eux se sent toujours démunie ou incompétente en addictologie, comme cela déjà été mis en évidence par un confrère en 2007 (440). En effet, la dispersion importante des évaluations de dommages comparativement aux drogues légales, la différence marquée de la perception moyenne de ces dommages par rapport aux experts et son caractère spécifique, l'absence de consensus concernant les dommages individuels ou encore la richesse de l'argumentaire qualitatif, sont autant d'éléments qui nous permettent d'affirmer la grande diversité des représentations du chanvre dans notre panel et en conséquence **d'un niveau de formation insuffisant sur les dommages associés au cannabis**, chaque médecin semblant interpréter les informations reçues à sa convenance. Aussi, il apparaît regrettable qu'aucune formation des médecins généralistes sur les produits ne soit envisagée par l'ambitieux plan gouvernemental de la Mission Interministérielle de la Lutte contre les Drogues et les Conduites Addictives 2013-2017 (441), alors qu'il est pourtant question dans ce plan de renforcer la formation initiale et continue de nos confrères en terme de dépistage précoce, de conduite thérapeutique brève et d'orientation vers les C.S.A.P.A.. Cette formation intéressante suppose toutefois au préalable que les médecins généralistes connaissent bien les produits et soient à l'aise pour en parler avec leur patient, alors que notre étude démontre que cela n'est clairement pas le cas pour une majorité d'entre eux. Cette politique fort louable, en théorie, est donc **fondée sur des sables mouvants** en pratique et le restera tant que les perceptions des dommages ne seront pas harmonisées à minima.

Quelle serait alors cette perception commune assise sur des données consensuelles ? L'usage de cannabis en population adulte apparaît essentiellement dommageable à court terme en cas d'usage associé au tabac (dépendance nicotinique importante) et à long terme en cas d'usage par combustion pluriquotidien, notamment sur le plan pulmonaire et cardio-vasculaire (442). Par rapport aux usagers de tabac, les usagers de cannabis uniquement ont environ 5 fois moins de risque de développer une dépendance. Par rapport aux usagers dépendant de l'alcool, les usagers dépendant du cannabis connaîtront nettement moins de manifestations de sevrage à l'arrêt du produit et deviendront abstinents plus facilement (dépendance moins souvent problématique qu'avec l'alcool). Enfin, les conséquences sociétales de l'usage de cannabis (A.V.P.), pourtant très en vogue actuellement, sont presque anecdotiques en comparaison de celles liées à l'alcool.

Cette désinformation des médecins généralistes est assurément en lien avec le message des autorités, **qui distille la peur depuis des décennies et diabolise un produit**. Ce message taille en effet uniquement la part belle aux dommages imputables à l'usage de produits « stupéfiants », de manière si caricaturale qu'ils en deviennent mensongers. Nous verrons plus loin que certains chercheurs participent à cette vaste supercherie par le truchement de publications douteuses, aux titres subjectifs fortement évocateurs (443–448), ce qui n'est le cas pour les drogues légales, où c'est **la recherche de**

vérité qui dissuade de l'usage abusif. Dans tous les cas, le contexte socio-culturel français et le contexte légal répressif interdisant, à la fois l'usage et la présentation sous un jour favorable, sont deux éléments intriqués qui offrent le terreau propice à la **désinformation populaire ou scientifique**, en se basant essentiellement sur la peur de l'inconnu. Un tel contexte socioculturel, verrouillé par le cadre légal, renforce l'image péjorative du chanvre et contribue à maintenir des différences de perceptions extrêmes dans la population générale, notamment entre usagers et non usagers. Ce contexte stigmatisant l'usage et l'utilisateur entraîne également une émergence accrue des **expériences personnelles négatives** chez les usagers de cannabis (stress, sentiment de culpabilité, risque de discrimination) mais aussi chez leurs proches (conflits familiaux, mensonges, rupture du dialogue).

L'ensemble de ces éléments, corroboré par le faible taux d'usage problématique observé en population adulte, plaide finalement pour une représentation dédramatisante plus consensuelle du chanvre et plus empathique avec ses usagers. Cette représentation admettrait que la plupart des usages sont autant, voire plus bénéfiques que dommageables, en relativisant les dommages faibles, rares ou non démontrés du produit, afin de mieux **cibler l'information** sur les dommages fréquents et avérés ainsi que sur les méthodes de réduction de ces dommages (vaporisation par exemple, à l'instar de la cigarette électronique), ainsi que sur les usagers à risque et non l'ensemble des usagers. Pour réduire les conduites addictives dans la durée, le discours ambiant a besoin de s'affranchir de l'idéologie de la guerre à la drogue, de la symbolique du mal à éradiquer et de la négation des bénéfices jugés malsains et artificiels, afin d'admettre un constat simple et basique : le cannabis est un produit psychotrope banal qui est consommé depuis des millénaires pour ses bénéfices naturels réels, et non pour ses effets secondaires indésirables ou illusoire. En clair, il s'agit de refermer la boîte de Pandore pour reconnaître que l'on peut trouver du positif ou du négatif dans tout produit : tout est question de dose d'équilibre et d'harmonie, perception sous tendue par un discours nuancé et un contexte socioculturel bienveillant envers les usagers de produits. En cela, la dépénalisation de l'usage privé de chanvre et la régulation des bénéfices de son marché semble être un support nécessaire à l'acquisition de perceptions communes et in fine à la prise en charge optimale de l'usage problématique, sans pour autant entraîner une négligence de ces dommages par les professionnels de santé, bien au contraire.

2.3.3 Une représentation ambivalente des bénéfices liés à l'usage de cannabis :

Les représentations des bénéfices liés au cannabis se démarquent de celles de l'alcool et du tabac par des positions opposées sur le plan individuel (produit ayant en moyenne le plus de bénéfices) et sur le plan sociétal (produit ayant en moyenne le moins de bénéfices), mettant en exergue une **représentation ambivalente** et pour le moins paradoxale du cannabis qui serait « intéressant » pour l'individu, mais pas pour la société, à l'inverse des drogues légales.

Selon les moyennes observées dans notre panel, le cannabis engendre globalement des **bénéfices faibles** (28/60), inférieurs à ceux du tabac (32/60) ou de l'alcool (36/60), en raison exclusive d'une évaluation très faible des bénéfices sociétaux (11,5/30). La majorité des médecins considère que le cannabis engendre des bénéfices inférieurs à ceux des drogues légales, aussi bien sur le plan global (55%) que sur le plan sociétal (66%), et des bénéfices individuels intermédiaires (54%), conformément aux données de référence. La perception des bénéfices associés au cannabis de notre panel est donc **relativement consensuelle avec la vision des experts**.

Contrairement à la tendance observée pour l'évaluation des dommages, on observe dans notre panel une **minoration de l'évaluation globale des bénéfices par rapport aux experts**, bien que moins marquée (- 10 % vs + 27 %) et concernant moins de médecins (61 % vs 80 %) que la majoration des dommages. Cette minoration, retrouvée sur 2 tiers des items de bénéfices, est particulièrement visible au niveau de l'agrégat de bénéfices individuels (- 20 %). Les items de bénéfices sont en moyenne significativement minorés par notre panel comparativement aux données de référence, excepté les bénéfices hédoniques, qui eux, sont majorés par rapport aux experts et les bénéfices économiques, dont

la comparaison avec les experts est délicate (majoration artificielle liée au biais de comparaison de l'item 10).

Par ailleurs, la distinction produit légal/produit illégal évoquée dans la genèse des représentations des dommages ne se retrouve pas dans l'étude de la perception moyenne des bénéfices comparée aux experts. Cette dernière démontre en effet que notre panel minore l'évaluation des bénéfices des 3 produits, notamment les bénéfices auto-thérapeutiques et identitaires. Cette minoration des bénéfices semble donc à priori **peu spécifique du produit**. Parmi les scores de bénéfices du cannabis, les bénéfices hédoniques sont en moyenne les mieux évalués par notre panel, de manière étonnante et tout à fait singulière, car ils ne suivent pas la tendance de minoration globale constatée pour les autres items de bénéfices. Ceux-ci sont en effet majorés en moyenne par notre panel par rapport aux données de référence ; ces perceptions pourraient se nourrir de la crainte du produit propice au fantasme d'un effet psychotrope puissant ; leur genèse évoquerait alors une mécanique assurément plus proche de celle observée pour les dommages que de celle des autres bénéfices.

Les perceptions des bénéfices liés au chanvre sont particulièrement **consensuelles sur le plan sociétal** et rassemblent une grande majorité de médecins avec les experts sur le classement des 3 produits, notamment sur les items de bénéfices économiques (74%) et de bénéfices sociaux (81%). De plus, l'évaluation moyenne des bénéfices sociétaux est absolument identique aux données de référence, bien que la comparaison soit délicate (similarité probablement fortuite, au vu du biais de comparaison de l'item 10). Voilà au moins des perceptions sur le cannabis qui ne semblent pas sujet à polémique ! Et c'est précisément sur ces perceptions consensuelles que se fonde la différence entre l'évaluation des bénéfices du cannabis et des drogues légales. Plusieurs bémols peuvent être apportés néanmoins à cette réflexion : la dispersion des réponses obtenues pour les bénéfices sociétaux demeure importante, supérieure à celle des autres agrégats mineurs du cannabis (mais équivalente à la dispersion des bénéfices sociétaux associés aux drogues légales) ; certains clichés erronés récurrents sur les bénéfices sociaux, retrouvés dans l'analyse qualitative, témoignent de la diversité des points de vue ; enfin, l'item bénéfices culturels divise davantage les médecins que les 2 autres items de bénéfices sociétaux, bien qu'il soit le mieux évalué des 3 items dans la comparaison des moyennes par rapport aux données de référence, témoin d'un certain consensus, quant à l'intégration culturelle progressive de ce produit dans notre société.

Les perceptions des **bénéfices individuels** associés au chanvre sont également consensuelles avec une dispersion plus faible que pour les bénéfices sociétaux et un consensus majoritaire sur le classement des 3 produits en accord avec les experts. Toutefois, les bénéfices individuels sont en moyenne minorés significativement par rapport aux experts, sachant que cette minoration est masquée en partie par une majoration des bénéfices hédoniques spécifique au cannabis. A noter que les bénéfices individuels restent malgré tout surestimés en moyenne par rapport à ceux de l'alcool, ce qui est à mettre en lien avec une franche minoration des bénéfices individuels liés à l'alcool. En effet, notre étude met en évidence une minoration constante des bénéfices auto-thérapeutiques et identitaires, **indépendamment du produit considéré** (écart de représentation avec les experts nettement plus important pour l'alcool que pour les 2 autres produits). Aussi, il existerait peut-être un dénominateur commun à tous les produits, dans la genèse de la perception des bénéfices individuels, ce qui pourrait alors expliquer en partie cette tendance globale, tout au moins chez les médecins généralistes.

L'évaluation des items de bénéfices individuels suppose de la part des médecins, soit une curiosité sur le sujet et un bon contact social, soit la pratique **d'entretiens ou de balances motivationnelles** avec les patients, permettant de comprendre ce que le produit peut leur apporter. Une évaluation correcte des bénéfices individuels semble par ailleurs compromise en cas de discours médical culpabilisant ou moralisateur peu propice à la confiance du patient, retrouvé dans **les profils négativiste, coercitif**, et désinformé dans une moindre mesure. Une explication de cette sous-évaluation des bénéfices commune aux 3 produits pourrait alors résider dans un manque d'empathie professionnelle vis-à-vis

des usagers de produit, clef de voûte de l'entretien motivationnel en addictologie. La fibre hygiéniste ou paternaliste, inhérente au profil coercitif est particulièrement développée dans notre profession, ce qui pourrait alors expliquer nos résultats. Cette position, associée à un score de tolérance négatif, a l'avantage de ne pas contredire le message paternaliste véhiculé actuellement par les autorités sur les produits illégaux qui écarte totalement la possibilité de bénéfices individuels à l'usage de stupéfiants et incite à ignorer les motivations qui amènent les gens à en consommer. Dès lors où le médecin aurait lui aussi une pratique professionnelle paternaliste, davantage centrée sur les connaissances théoriques que sur l'écoute du patient, il serait certainement plus sensible à ce message, occultant alors volontiers tout bénéfice à la consommation de produit.

Parallèlement, une attitude du soignant trop positive, complaisante ou désinvolte sur l'usage de produits stupéfiants, respectivement compatible avec un profil éducatif, « banalisateur » et positiviste pourrait aboutir intuitivement à une perception majorée des bénéfices par rapport aux résultats des experts de la F.F.A. Cette piste semble peu probable même si parmi les 23 médecins qui présentent les scores de tolérance les plus élevés (9 et 10), les bénéfices sociétaux sont évalués à 15/30 contre 12/30 pour les experts, mettant en avant une vision plus optimiste que les experts quant aux perspectives futures des bénéfices économiques et sociaux, en cas de régulation légale de sa filière. Cependant, ces éléments sont difficilement exploitables au vu de la taille réduite de ce sous-groupe, du biais de comparaison sur l'item de bénéfices économiques et du biais de confusion important avec le score de proximité dans ce groupe (fréquence élevée d'un haut niveau de proximité dans le groupe de tolérance extrême).

Contrairement aux résultats obtenus en population générale (276), la proximité avec le produit n'est pas corrélée avec la perception des bénéfices dans notre panel. Bien qu'intuitivement une proximité avec le produit trop faible puisse expliquer la minoration des bénéfices auto-thérapeutiques et identitaires du cannabis dont l'usage est peu répandu chez les médecins, elle n'expliquerait pourquoi la minoration la plus importante concerne l'alcool, produit dont les médecins sont assurément les plus proches. Nous savons désormais que la perception des bénéfices n'est pas corrélée de manière linéaire au score de proximité, ce qui écarte l'idée d'une majoration ou d'une minoration des bénéfices proportionnelle à l'usage. Cette absence de corrélation évidente témoigne peut-être de l'absence de prise en compte dans la construction du score de proximité, de l'aspect qualitatif de la rencontre avec le produit ou les usagers, qui peut être émotionnellement négative ou positive, fade ou intense. Une autre piste, considérant un facteur commun à tous les produits dans la genèse des perceptions de bénéfices pourrait expliquer cette absence de corrélation et deux mécanismes déjà décrits pour l'alcool, aux effets opposés et d'intensité équivalente pourraient être mis à contribution dans la genèse des perceptions des bénéfices chez les médecins les plus proches du chanvre. D'un côté, le score de tolérance pourrait être renforcé par rétrocontrôle positif de l'expérience émotionnelle sur la théorie rationnelle, majorant la perception des bénéfices individuels et de l'autre un phénomène de déni de l'influence du produit pourrait être observé comme pour les dommages, minorant alors cette perception, d'autant que la reconnaissance de tels bénéfices est peu avouable, qui plus est pour un médecin exerçant dans une société moraliste.

Pour conclure, la perception des bénéfices globaux liés au cannabis est, contre toute attente, **nettement plus consensuelle avec la vision des experts** que celle des dommages, aussi bien en termes de fréquence, que de moyenne (et de dispersion sur le plan individuel), ce qui peut sembler étonnant car d'une part les médecins sont censés être des spécialistes des dommages (ce qui est le cas pour l'alcool et le tabac) et d'autre part que la littérature traitant des dommages liés au cannabis abonde. La perception des bénéfices sociétaux du cannabis est faible et tranche nettement avec celle des bénéfices sociétaux des drogues légales, ce qui est cohérent au vu de la différence de législation pour les produits stupéfiants (absence de bénéfices économiques et sociaux possibles). En revanche, les bénéfices individuels du cannabis sont perçus par notre panel comme légèrement supérieurs à ceux des drogues légales, ils n'en demeurent pas moins minorés par rapport aux experts. Cette minoration des bénéfices

individuels semble avant tout liée à une distance trop éloignée en théorie, en lien avec **un score de tolérance faible**, retrouvée dans les profils négativistes, coercitifs ou désinformés, comme le suggère le lien, certes faible, établi dans l'étude des sous-populations entre bénéfices et score de tolérance. Cette minoration serait ainsi en partie le témoin d'une insuffisance d'écoute des patients, nécessaire à la compréhension de la place qu'a le produit dans leur vie. A la décharge de mes confrères, cette dynamique n'est évidemment pas favorisée, dans la mesure où il est difficile d'en parler pour les usagers, comme pour les soignants devant le risque d'être jugé, discriminé ou dévalorisé que soit dans la sphère professionnelle ou privée.

2.3.4 Synthèse des représentations sur la balance bénéfices-dommages

D'un côté, notre panel estime que l'usage de cannabis est autant dommageable que les drogues légales : moins dommageable que l'usage d'alcool, surtout sur le plan individuel, mais plus dommageable que l'usage de tabac, surtout sur le plan sociétal. De l'autre côté, notre panel estime que le cannabis serait le produit procurant le plus de bénéfices individuels et le moins de bénéfices sociétaux parmi les 3 produits étudiés. Aussi, parmi les 3 produits étudiés, le cannabis présente selon notre panel la meilleure balance individuelle (dommages intermédiaires et bénéfices les plus forts) et la plus mauvaise balance sociétale (dommages intermédiaires et bénéfices les plus faibles). **La dichotomie des perceptions** liées aux bénéfices selon l'approche individuelle ou sociétale, non retrouvée sur le plan des dommages transparait fortement à travers l'étude des balances, ce qui prouve que la principale différence entre les perceptions du cannabis et des drogues légales réside dans **l'évaluation des bénéfices sociétaux**. Si les perceptions associées au cannabis sont autant, voire plus consensuelles sur le plan des bénéfices que sur le plan des dommages, **contrairement aux drogues légales**, elles sont aussi plus consensuelles avec les experts sur le plan sociétal que sur le plan individuel, **à l'instar cette fois des drogues légales**. Ce dernier élément est corroboré par le classement parmi les 3 produits, de la balance sociétale du cannabis, qui est plus largement partagée avec les experts que sa balance individuelle (51% sur le plan sociétal contre 37 % sur le plan individuel).

Bien que le cannabis soit associé à la **meilleure balance individuelle** parmi les 3 produits, (bien meilleure que celle de l'alcool), cette balance individuelle est pourtant la plus minorée parmi les 3 produits, par rapport aux données de référence (moyenne des écarts=-8.08). La majorité du panel (61%) minore la balance individuelle du cannabis de manière conséquente (>5/30) par rapport aux experts, contre seulement 2 % qui la majore de façon conséquente. Pour le cannabis, les écarts des évaluations de notre panel par rapport aux données de référence s'expliquent par une **majoration des dommages essentiellement** et par une minoration des bénéfices dans une moindre mesure. A l'inverse, ces écarts sont liés exclusivement à une minoration des bénéfices pour les drogues légales. Le cannabis est également le produit associé à **la plus mauvaise balance sociétale**. La balance sociétale du cannabis est en effet fortement minorée, en rapport à une **majoration des dommages uniquement** (conséquences sociales et coût légal), alors que les balances sociétales des drogues légales restent relativement proches de celles des experts.

Notre panel classe à première vue la balance globale du cannabis comme les experts, entre celle du tabac (la meilleure) et celle de l'alcool (la plus mauvaise) mais il n'existe pas de différences significatives dans notre panel entre les balances de l'alcool et du cannabis, alors que les experts évaluaient la balance globale du cannabis très proche de celle du tabac. **La balance globale du cannabis** est la plus minorée des 3 produits par rapport aux experts, sous l'effet conjugué de la majoration importante des dommages globaux et de la minoration modérée des bénéfices individuels. Une grande majorité des médecins (83,7 %) ont une représentation du cannabis plus négative que celle des experts dont une courte majorité des médecins (52 %) qui l'évalue beaucoup plus négativement que les experts et 6 % de manière extrême (>30 points sur 120). Parallèlement, 1 % du panel l'évalue beaucoup plus positivement (dont 1 médecin de manière extrême). La balance globale de l'alcool, quant à elle, est fortement minorée en lien avec la composante « bénéfique » exclusivement. Le tabac,

lui, est globalement le produit le mieux évalué par notre panel, se démarquant de l'alcool, par une meilleure évaluation des bénéfices qui lui sont associés.

Par ailleurs, on peut remarquer que les évaluations globales, c'est-à-dire individuelles et sociétales, (dommages globaux, bénéfices globaux et balance globale) tendent à lisser les perceptions du cannabis par une compensation des évaluations les plus sévères sur le plan individuel par des évaluations nettement moins sévères sur le plan sociétal, et réciproquement dans une moindre mesure. Ces éléments corroborent le choix de la typologie des profils en suggérant qu'il existe des profils qui se basent davantage sur une approche individuelle : (désinformé, « banalisateur ») et d'autres profils qui se basent davantage sur une approche sociétale (éducatif, coercitif).

Enfin, l'analyse croisée des sous populations de notre panel démontre que la représentation des dommages et des bénéfices liés au chanvre est avant tout influencée par le score de tolérance qui reflète l'ampleur de la subjectivité de nos représentations et le décalage péjoratif de l'ensemble des perceptions sur le produit par rapport aux résultats des experts. En effet, la position moyenne attendue des médecins généralistes devrait être centrée par les données de référence, alors que ces dernières représentent dans notre étude la borne supérieure des évaluations. On retrouve donc un décalage global des perceptions par rapport aux données de référence, ce qui laisse très peu de place aux évaluations moins sévères que celles des experts. En résumé, plus le score de tolérance est élevé, plus les représentations sont consensuelles avec celle des experts. Cette tendance s'observe de manière plus prononcée sur le plan des dommages que sur le plan des bénéfices. En cas de tolérance maximale ($\geq 9/10$), les représentations globales du cannabis ne sont pas significativement différentes de celles des experts, bien que la perception des bénéfices sociétaux dans ce sous-groupe semble plus optimiste que celle des experts. L'âge, contrairement aux idées reçues, n'est corrélé ni aux perceptions des dommages, ni aux perceptions des bénéfices, ni au statut légal souhaité (score de tolérance à une légalisation). Le score de proximité, témoin de l'usage, est fortement corrélé à l'âge du répondant, comme en population générale, traduisant l'émergence d'un phénomène de société, et non d'un phénomène de mode. La proximité ne serait probablement qu'un facteur secondaire dans la genèse des perceptions, qui modulerait le score de tolérance via un rétrocontrôle positif ou négatif, sauf en cas de proximité très faible (< 2) ou forte (> 6) du médecin avec le produit. Le rapport personnel au produit interfère alors dans la genèse des représentations et pourrait en effet conduire le médecin à se forger de fausses représentations qui auraient tendance à minimiser l'influence du produit en cas de proximité élevée ou à forte charge émotionnelle positive (déli) ou à l'inverse à maximiser l'influence du produit en cas de proximité très faible ou à forte charge émotionnelle négative (alarmiste). Le score de proximité pourrait alors jouer un rôle prépondérant dans la genèse des perceptions comme le démontre l'étude récente de la F.F.A. en population générale, une proximité importante avec le produit permettant de « redresser les perceptions » au niveau des données de référence (276). Attention cependant en cas de proximité $\geq 9/10$, témoin de l'usage régulier passé, il n'est pas exclu que les représentations des dommages deviennent minorées par rapport aux experts, surtout sur le plan individuel, comme le suggère nos résultats. Ces éléments accréditent l'hypothèse chez les médecins usagers réguliers d'un phénomène de déni de l'influence du produit, phénomène assurément renforcé chez les acteurs de soins et de promotion de la santé, ceux-ci se devant de montrer l'exemple dans une société où des tendances hygiénistes et sécuritaires exacerbées forgent actuellement la vision dominante du médecin généraliste et de son rôle dans la société. Cet effet est toutefois relativement discret concernant le cannabis dans notre panel, en lien à une très faible prévalence de l'usage régulier déclaré chez les médecins, mais pourrait néanmoins devenir plus important dans le futur, en cas d'intégration sociale de son usage, comme cela est observé pour l'alcool.

Pour conclure, la principale différence de perception observée entre le cannabis et les drogues légales repose essentiellement sur la perception des **bénéfices sociétaux** qui est également la perception la plus consensuelle, bâtie autour de l'absence de bénéfices socio-économiques, et intimement liée au cadre légal en vigueur. Par ailleurs les perceptions de notre panel sont beaucoup plus **hétérogènes** pour le

cannabis que pour les drogues légales. Elles sont également **nettement moins consensuelles** avec les données du panel d'experts que pour les drogues légales, particulièrement concernant les dommages et notamment les dommages individuels. Par rapport aux données de référence, les perceptions du cannabis de notre panel sont en effet nettement majorées concernant les dommages, de manière spécifique, et modérément minorées, de manière aspécifique. Ces éléments mettent en avant l'évidence d'une **carence de formation des médecins généralistes** sur les dommages liés au cannabis, ainsi que sur les bénéfices liés à tous les produits. Toutefois, l'analyse croisée démontre également que les **connaissances sont insuffisantes** pour harmoniser les représentations et qu'une autre condition est requise : **un score de tolérance élevé**, associé à une curiosité positive et à une capacité d'écoute suffisante semble indispensable pour se forger de bonnes représentations des produits. Force est de constater que le cadre légal et socioculturel actuel ne facilite pas l'acquisition de ces qualités en stigmatisant les usagers et le produit. Pourtant, la tolérance et l'empathie prônée par l'addictologie moderne dans une démarche globale, davantage centrée sur la relation au produit que sur le produit lui-même, s'avère indispensable à une bonne prise en charge des usages problématiques. Il semble donc légitime pour les pouvoirs publics de favoriser cette démarche en assouplissant les lois, afin de mieux comprendre et, in fine, de mieux prendre en charge les usagers de cannabis.

2.3.5 Représentations du statut légal

2.3.5.1 Une influence limitée de la loi sur la prévalence de l'usage

Notre étude révèle une véritable polémique parmi les médecins généralistes sur l'impact de la prohibition en général, quel que soit le produit considéré, la moitié l'estimant positif pour le cannabis et près d'un tiers pour l'alcool ! L'item portant sur l'impact d'une inversion du statut légal met l'accent sur une tendance globale molle et indécise concernant l'ensemble des produits, traduisant probablement la dualité entre rigueur et souplesse, entre paternalisme et empathie, entre hygiénisme et pragmatisme du corps médical.

L'état est souvent taxé d'hypocrite dans sa lutte contre le tabagisme, au vu de la taxation faramineuse de ce produit et certains médecins perçoivent la légalisation du cannabis, comme l'ajout d'un fléau supplémentaire, après l'alcool et le tabac, lié aux dommages individuels du produit (profil désinformé) ou à la majoration de la prévalence qu'entraînerait en légalisation (profil coercitif). Cette perception dogmatique retrouvée dans les sous-groupes très intolérants et intolérants repose pleinement sur le mythe de la drogue, au sens anthropologique du terme, tel que défini par Morel : « La drogue, c'est le mythe du Mal et de la menace tapie derrière la séduction du plaisir, une menace objectivée à l'extérieur de l'homme et qui l'amènerait à se détruire lui-même, d'où l'opprobre jeté sur ces substances et ceux qui s'y adonnent. Elle évoque une métahistoire sur le plaisir et sa perversion qui n'est qu'une traduction modernisée de celle d'Adam et de la pomme, l'un des grands mythes fondateurs de notre civilisation (449). »

La régulation de la filière cannabis véhicule le cliché d'une augmentation de la prévalence de l'usage par deux mécanismes : la levée de l'interdit pénal (dépénalisation) et un accès facilité (légalisation). Le premier revient à discuter le pouvoir dissuasif ou au contraire incitatif de l'interdit, c'est-à-dire de la vertu éducative de la punition dans un cadre plus général, considérée importante, voire indispensable pour les profils intolérants ou faibles, voire nulle pour les profils tolérants. Le deuxième revient à discuter de la disponibilité du produit, selon que le marché soit encadré ou réprimé par l'Etat (285). Les études menées auprès des usagers en France ne rapportent que de rares périodes de rupture d'approvisionnement, limitées dans le temps (2) et 60 % des 15-64 ans déclarent qu'il leur serait facile de se procurer du cannabis (1), ce qui suggère une disponibilité importante. Par ailleurs, l'interdit pénal et la limitation de l'accès au produit semblent intuitivement davantage protéger la population adulte insérée socialement (>25 ans) que la jeunesse précarisée (carence éducative), car cette dernière se soucie généralement peu du risque légal (pas d'engagement familial), elle dispose d'un réseau social étendu et n'a que de faibles ressources, autant d'éléments qui peuvent amener les jeunes usagers à

distribuer le produit et à devenir dealer, dans le cadre d'une économie de survivance la plupart du temps (450).

Parallèlement, la situation légale actuellement contrastée du cannabis sur le plan européen témoigne de la diversité des réponses publiques face à la problématique de l'usage de produits stupéfiants, comme de l'érosion des conventions internationales qui placent le contrôle du cannabis sous l'égide des Nations-Unies.



Figure 102 : Cadre légal du cannabis en Europe en 2013. (Source : idé)

Ces éléments témoignent d'un véritable questionnement sur l'intérêt de la prohibition et le risque d'une légalisation du cannabis, aussi bien chez les professionnels de santé que chez les politiques. Cette position relativement indécise quant au pouvoir dissuasif de la loi n'est finalement pas dénuée de sens, car aucune corrélation simple ne peut être observée entre les changements législatifs et la prévalence de la consommation de cannabis, comme l'illustre le graphique suivant.

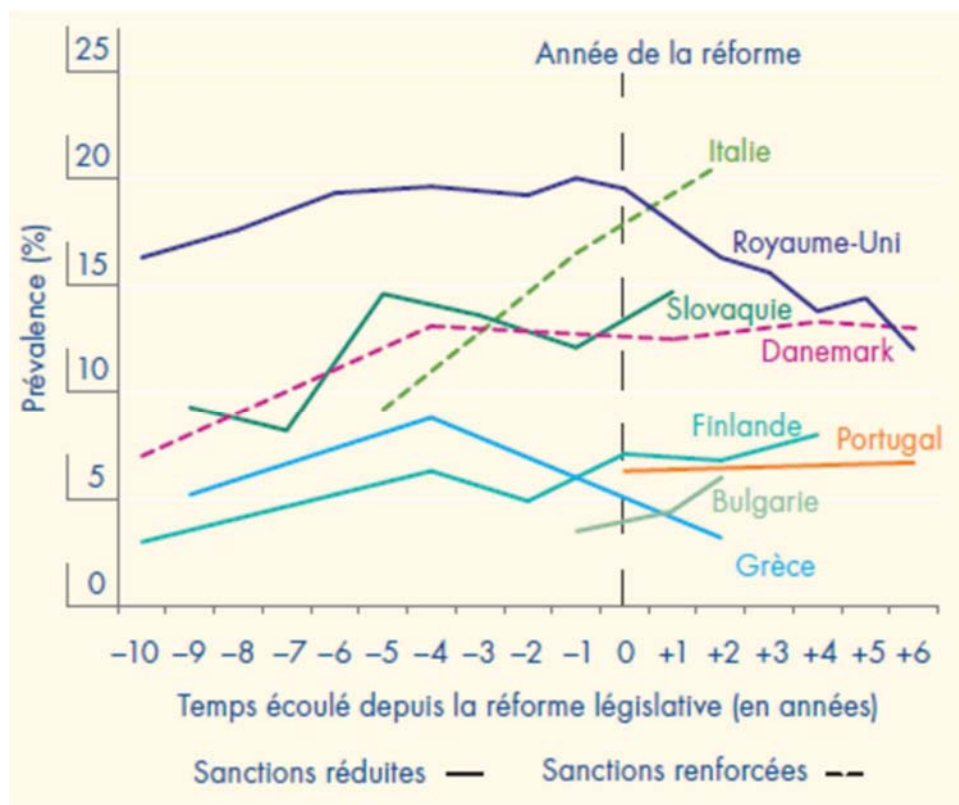


Figure 103 : lien entre la sanction et la prévalence de l'usage dans 8 pays Européens. Ces données sont issues du rapport 2011 de l'observatoire européen des drogues et des toxicomanies (451), (page 49).

Les avis concernant le statut légal du cannabis sont très partagés dans notre panel avec 4 groupes de taille homogène selon le nombre de réformes souhaitées. La grande majorité de notre panel (75 %) souhaite en effet assouplir les lois actuelles d'une manière ou d'une autre : dépénalisation de l'usage privé (58 %), réglementation de l'usage médical (55 %) ou légalisation de son commerce (38 %).

Bien qu'aucune étude n'aille dans ce sens sur le long terme, cet assouplissement risquerait d'augmenter l'expérimentation et la prévalence de l'usage en conséquence, ce qui pourrait avoir de lourdes conséquences en termes de santé publique. Afin de relativiser l'importance et l'enjeu de cette discussion sur l'impact d'une régulation de la filière, il est préférable de disposer de quelques repères. En observant de près les données présentées dans le baromètre santé 2010, on remarque deux éléments frappants :

- Le taux d'accroche est variable en fonction du genre (3 hommes pour 2 femmes) et de l'âge de manière linéaire : plus les sujets expérimentant le cannabis sont jeunes, plus ils risquent de consommer. Le risque semble décroître de manière exponentielle avec l'âge qui serait donc un facteur essentiel à considérer en matière d'accroche au produit.
- La proportion d'usage quotidien, elle, est particulièrement stable variant entre 10.6 % (femmes) et 15.2 % (26-34 ans). Chez les usagers actuels (au moins une fois dans l'année) un ratio de 2 est retrouvé entre chaque fréquence d'usage proposé (occasionnel/régulier, quotidien), et ce quel que soit l'âge ou le genre ! Au final, ceci ramène systématiquement à environ un usager quotidien pour 8 usagers actuels. Les données manquent pour l'usage chronique (> 5 fois par jour), usage pourtant a priori le plus problématique, mais il est probable qu'il concerne au moins un usager quotidien sur 4, ce qui représenterait environ 3 % des usagers actuels (usage au cours de l'année).

Tableau 11 : taux d'usage actuel parmi les expérimentateurs et taux d'usage quotidien chez les usagers actuels selon la tranche d'âge en population générale (279,375).

%	12-17 ans*	18-25ans	26-34ans	35-44ans	45-54ans	55-64ans	Hommes	Femmes	Ensemble
Taux d'accroche (usage actuel/expérimentation)	85,9%	48,2%	26,6%	13,4%	10,6%	7,9%	28,3%	18,5%	24,3%
Taux d'usage quotidien chez les usagers	11,9%	13,6%	15,2%	13,7%	12,5%	12,5%	14,8%	10,6%	13,8%

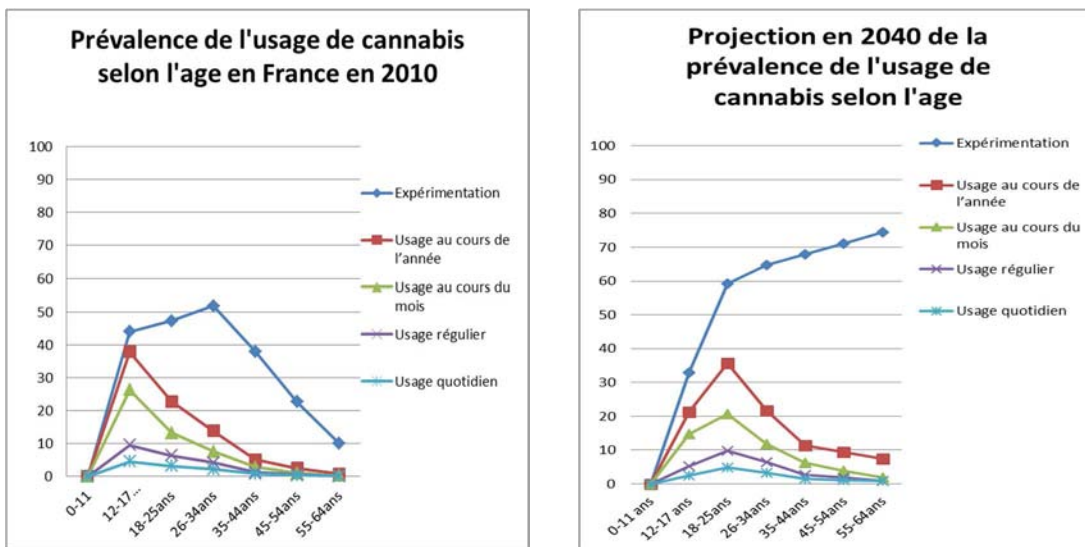
Source : Baromètre santé 2010 (INPES) ET Escapad 2011* (OFDT)

Nous assistons actuellement à une probable saturation du mode d'entrée dans l'adolescence amenant à un taux d'expérimentation en plateau chez les 26-34 ans d'environ 52%, légèrement plus chez les médecins généralistes. Le taux d'expérimentation étant stabilisé à l'âge de 17 ans aux environs de 45% depuis plus d'une décennie en France, seule une démocratisation de son usage en population adulte pourrait augmenter le taux d'expérimentation en population générale à court et moyen terme, ce qui sera très discrètement le cas lorsque le cannabis sera légalisé, comme le suggère les premières études aux U.S.A.

Aussi, au vu de ces considérations, nous avons envisagé une projection de la situation dans 30 ans, soit en 2040 en cas de légalisation en 2020, en modulant le taux d'expérimentation et le taux d'accroche tout en considérant chez les usagers que le ratio habituel entre chaque niveau de fréquence de consommation est inchangé. Nous avons ainsi imaginé 2 hypothèses, en fonction de la politique de santé publique menée par les autorités pour accompagner la « normalisation » du cannabis et la régulation de sa filière à l'horizon 2020. Ces 2 hypothèses considèrent une augmentation réaliste du taux d'expérimentation et du taux d'accroche à partir de 18 ans, ne serait-ce que pour prendre en compte l'effet de sous-déclaration moindre, lié à une pression sociale moins accrue.

Projection 1 : réduction de l'expérimentation et du taux d'accroche de 25 % à 17 ans, associée après 18 ans, à une hausse de l'expérimentation et du taux d'accroche de 25 % (voir annexe 10).

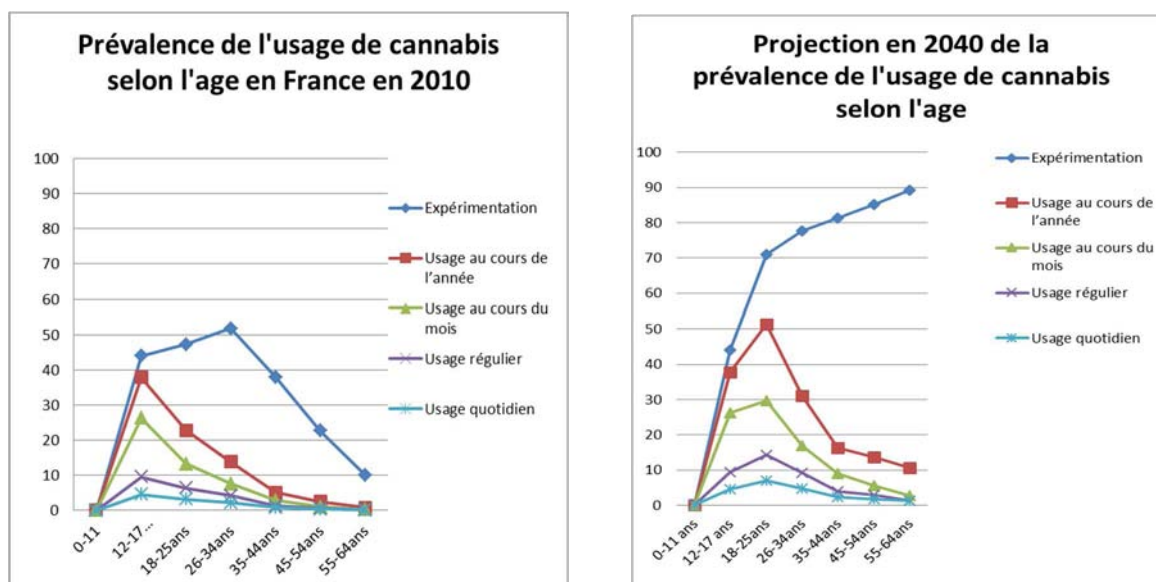
Cette hypothèse suggère un recul des consommations chez les mineurs par un encadrement éducatif plus adapté et plus prégnant. De telles mesures auraient ainsi pour but de protéger la jeunesse avec un recul de l'âge moyen de la première consommation, une division par 2 de l'usage occasionnel à 17 ans (pic tous usages entre 18 et 25 ans). Selon ce scénario, la prévalence de l'usage au cours de l'année et au cours du mois serait diminuée chez les moins de 26 ans alors qu'elle serait augmentée chez les plus de 26 ans par rapport à la situation actuelle. Aucune augmentation des autres fréquences d'usage ne serait observée après 25 ans (usage régulier et quotidien), Globalement, ce scénario générerait moins d'usage problématique, car même si la prévalence de l'usage augmente sensiblement en population adulte, ces usages entraîneront moins de problèmes que chez les mineurs, aussi bien en termes de fréquence que de conséquences négatives.



Figures 104 : prévalence de l'usage de cannabis en 2010 selon les tranches d'âge et projection de la prévalence de l'usage en 2040 en cas de légalisation bien encadrée en 2020 (voir annexe 10).

Projection 2 : aucune réduction de l'usage à 17 ans, associée après 18 ans, à une hausse de l'expérimentation et du taux d'accroche de 50 % (voir annexe 10).

Cette hypothèse suggère une régulation mal encadrée, très proche de la libéralisation, associée à une polémique persistante dans l'opinion publique en lien à la publicité ou à des mesures incitatives dans une logique ultra libérale. Cette simulation révèle en réalité que même dans l'hypothèse la plus pessimiste d'un marché du cannabis mal régulé, le niveau d'usage quotidien resterait probablement très modéré (3,6 % de la population générale vs 1.1 actuellement) et la prévalence de l'usage chronique (>5/j) serait alors au maximum de 1 % de la population générale, soit 500 000 personnes en France. En comparaison, il existe actuellement plus de 2.5 millions d'usagers chroniques d'alcool et plus de 12.5 millions pour le tabac, soit respectivement 5 fois à 25 fois plus que pour le cannabis s'il était légalisé, pour sûr.



Figures 105 : prévalence de l'usage de cannabis en 2010 selon les tranches d'âge et projection de la prévalence de l'usage en 2040 en cas de légalisation mal encadrée en 2020 (voir annexe 10).

Ces simulations ont pour but d'illustrer l'impact d'une légalisation de cannabis, sachant que cette dernière ne peut influencer que très modérément la prévalence de l'usage en population générale. Ce

qui pourrait influencer cette prévalence semble être lié avant tout à la politique de santé publique mise en œuvre par les pouvoirs publics, sachant que cette dernière est fortement conditionnée par le statut légal du produit, et surtout par le statut pénal des usagers et la pression sociale afférente. Nos résultats suggèrent par extension qu'une politique de santé publique tolérante et bienveillante, associée à un cadre médiatique, juridique et social respectueux des usagers, semble être propice à une information objective et constitue à ce titre une base indispensable pour développer de manière efficace toute politique de lutte contre les toxicomanies.

En France, l'assouplissement légal réclamé par une majorité qualifiée de notre panel n'apparaît donc pas dénué de sens car ce support permet une information sanitaire plus objective et moins controversée. On comprend alors mieux pourquoi les législations plus souples comme aux Pays-Bas, au Portugal, en Allemagne constituent de meilleures assises aux actions de santé publique (451–453). Considérant que la France fait partie des plus mauvais élèves d'Europe en matière de consommation de cannabis (293), particulièrement chez les jeunes (354), il ne semble donc pas utopique de parvenir à baisser le niveau de consommation chez les mineurs de moins de 18 ans par une nouvelle approche pragmatique et cohérente de la réalité du cannabis.

2.3.5.2 *Liens entre les perceptions du cannabis et de son statut légal*

La légalisation du cannabis n'a jamais été, jusqu'à récemment, un sujet emportant l'adhésion de la majorité des Français. La différence de perception entre le statut légal du cannabis et celui des drogues légales repose avant tout sur des raisons culturelles, et non sur des raisons de santé publique, comme le démontre l'item 20 de l'étude pilote. Or, le contexte socio-culturel du cannabis est en partie modelé par les politiques, à travers les lois, mais aussi à travers la stigmatisation médiatique (pression sociale) et la teneur de l'information sur le sujet, généralement polémique et rarement nuancée, relevant parfois même de la désinformation. Ainsi, après 10 années d'obscurantisme, on a pu constater une augmentation de l'hostilité de l'opinion publique vis-à-vis du cannabis puisque 70 % des Français était contre sa dépénalisation en 2012, contre 64 % en 2002, selon l'Institut Français d'Opinion Publique (I.F.O.P). La dramatisation des dommages induits par le produit n'est probablement pas directement discriminante dans la genèse de la perception du statut légal, mais elle contribue grandement à diminuer la perception des bénéfices associés à son usage, ce qui, pour le coup, pourrait fortement influencer la perception du statut légal. En clair, tant que l'on argumente sur les dommages, très faibles pour certains ou très importants pour d'autres, on nourrit la polémique qui amène finalement à occulter les bénéfices apportés par le produit mais aussi le respect des usagers.

De manière rationnelle, la perception de la politique de santé publique devrait découler directement de celle de la balance bénéfices-dommages du produit, qui prend en compte à la fois les arguments sanitaires, économiques, sociaux et culturels. Pourtant, notre étude démontre que ce lien de cause à effet est loin d'être évident et que la perception du statut légal pourrait bien influencer réciproquement sur l'évaluation des balances globales. Selon notre panel, le cannabis a une meilleure balance individuelle que les drogues légales et une balance globale comparable à celle de l'alcool, on pourrait donc s'attendre à ce que notre panel soutienne majoritairement une distribution encadrée du cannabis récréatif comparable à celle de l'alcool, ce qui n'est absolument pas le cas puisque 62 % du panel s'oppose à un accès public. L'évaluation des balances bénéfices-dommage ne permet donc pas d'expliquer directement la position très controversée de notre panel concernant le statut légal du cannabis. Par ailleurs En effet, au vu de la distribution gaussienne du score de tolérance et de la répartition symétrique des profils conservateurs, neutres et réformistes (40 %/20 %/40 %) autour d'une position neutre à 0, une position découlant directement de l'évaluation de la balance globale amènerait les courbes de dommages et de bénéfices à se croiser pour un score de tolérance compris entre -1 et 1 et non entre 8 et 10. Autrement dit, s'il existait un lien de cause à effet direct entre l'évaluation positive de la balance globale et une régulation légale de la filière, d'un côté tous les médecins ayant un score de tolérance entre 2 et 8, seraient hostiles à une légalisation du cannabis, ce qui est absurde par définition

et de l'autre, la majorité du panel souhaiterait prohiber l'alcool qui a une balance aussi défavorable que le cannabis (malgré des bénéfices sociétaux importants), ce qui n'est pas le cas.

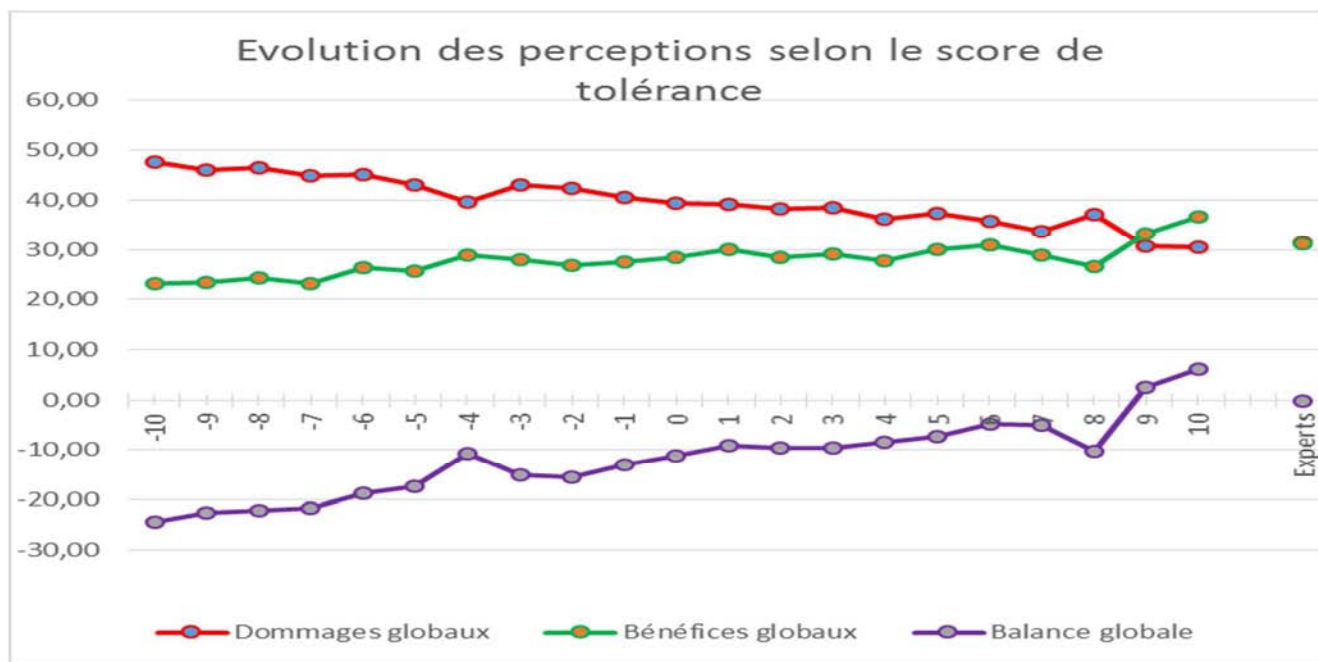


Figure 106 : évolution des perceptions globales selon le score de tolérance à une légalisation.

Il existe probablement une subjectivité double dans la genèse des perceptions sur le cannabis, illustrée à la fois par la minoration de la balance globale par rapport aux experts, mais aussi par l'absence de lien de causalité entre l'évaluation globale du produit et le statut légal souhaité, mesuré par le score de tolérance, résultat retrouvé également chez les experts et pour tous les produits. La majoration spécifique des dommages du cannabis serait ainsi davantage liée à un manque d'information objective sur le chanvre alors que la minoration des bénéfices, généralisée à tous les produits et à tous les individus (experts compris), serait avant tout liée au contexte socioculturel et au poids des dogmes majoritaires stigmatisants (addiction forte, emprise aliénante, perte de contrôle). Ce contexte sociologique néglige globalement les bénéfices des produits, stupéfiants ou non, mais aussi les dommages engendrés par la prohibition des stupéfiants, ce qui contribuerait fortement à ne modeler les perceptions que d'un seul côté du miroir, à savoir les dommages du produit ou les bénéfices attendus de la répression. Un redressement des représentations impliquerait alors d'une part une mise à niveau des connaissances sur le chanvre (réduction de la dispersion des évaluations par rapport aux experts) et d'autre part une l'évolution des dogmes actuels non rationnels véhiculés par l'inconscient collectif vers des constats pragmatiques (décalage de la courbe de bénéfices de tous les produits au-dessus de celle des dommages).

En résumé, l'évaluation de la balance globale du chanvre, bien que liée au statut légal souhaité via le score de tolérance, ne peut prédire la position du répondant concernant le statut légal du cannabis car la perception du statut légal est basée sur d'autres considérations moins pragmatiques et plus philosophiques explorées par le score de tolérance, notamment à travers les items 15 et 17 (monde sans drogue possible et atteinte aux libertés individuelles). Ces éléments pourraient expliquer pourquoi l'item 13 évaluant « plus objectivement » l'impact d'une légalisation du cannabis est corrélé de manière nettement moins intense à l'évaluation de la balance globale que le score de tolérance. Notre analyse typologique corrobore cette hypothèse en démontrant que la perception du statut légal est modelée par des considérations morales indépendamment de l'évaluation de la balance globale et peut

être centrée davantage sur la perception de la loi et de son rôle que sur la perception du produit et de sa fonction. On peut schématiquement distinguer 2 types de représentations du statut légal dans notre panel selon le score de tolérance: les avis modérés (727 médecins), avec un score de tolérance compris entre -5 et 5 et les avis tranchés (251 médecins), avec un score de tolérance < -5 ou > 5.

Pour l'ensemble des avis tranchés, on peut retrouver tous les profils de la typologie, excepté le profil neutre. Parmi ces perceptions tranchées (26 % des perceptions), les profils désinformés ou « banalisateurs », dont l'approche est davantage centrée **sur les dommages individuels** pourraient forger leur perception du statut légal directement sur leur perception de la balance globale bénéfices-dommages. Ainsi, pour la partie du panel la **plus banalisatrice**, ayant un score de tolérance supérieur à 5, il serait nécessaire de réguler la filière, au vu des dommages faibles et des bénéfices importants liés au cannabis, comparativement aux drogues légales. Au contraire, pour la partie du panel **la plus désinformée**, ayant un score de tolérance inférieur à -5, il serait nécessaire de maintenir la prohibition au vu des dommages importants et des bénéfices faibles liés au chanvre, comparativement aux drogues légales. Ce raisonnement aveugle part du principe que le cannabis est un produit plus dangereux que l'alcool, **à l'encontre du consensus scientifique actuel** : au vu de la sévérité des dommages encourus, l'usage de cannabis ne peut pas être légalisé. Par analogie, pour les médecins **les plus éducatifs**, ayant un score de tolérance supérieur à 5, les mesures de prohibition et de répression seraient inefficaces et contre-productives et devraient donc être abolies au profit de mesures de réduction des dommages et d'éducation à l'usage. Au contraire, pour les médecins **les plus coercitifs**, ayant un score de tolérance inférieur à -5, les mesures de prohibition et de répression sont efficaces et doivent donc être maintenues, au détriment des dommages induits par les politiques répressives qui semblent totalement occultés. Ce raisonnement aveugle part du principe que la loi protège les citoyens, **sans jamais en remettre en cause ses fondements** : au vu de la sévérité des peines encourues, l'usage de produit stupéfiant ne peut aucunement être bénéfique pour la société.

Pour l'ensemble des avis mitigés (74 % des perceptions), on peut retrouver tous les profils de la typologie, excepté les profils négativistes et positivistes. Quel que soit le profil du médecin ayant une perception mitigée du statut légal, le lien entre l'évaluation de la balance bénéfices-dommages du cannabis et la perception du statut légal est encore moins claire par essence. En effet, ces médecins sont dans l'incapacité de trancher avec conviction sur la meilleure attitude à adopter par les pouvoirs publics, que ce soit pour le cannabis médical, le chanvre récréatif ou le plus souvent les deux.

De manière générale, la relation entre les perceptions d'un produit et de son statut légal pourrait s'expliquer rationnellement par une considération inconsciente plus importante des bénéfices attendus que des dommages induits dans la genèse de la perception globale des produits, **comme pour compenser leur caractère occulte**. En effet, en affectant aux items de bénéfices un coefficient plus élevé qu'aux items de dommages, il serait possible d'établir une cohérence entre la position sur le statut légal des produits et l'évaluation des balances globales, plaçant la balance globale de l'alcool en tête, celle du tabac en second et celle du cannabis en dernier (selon les résultats aux items 13 et 14). Un tel redressement implique sur certains items de bénéfices du chanvre une évaluation nettement moindre que pour les produits légaux et cette différence ne se retrouve qu'au niveau des bénéfices économique et sociaux, très important pour l'alcool et le tabac, très faibles pour le cannabis, ce qui met en exergue l'importance des bénéfices socio-économiques dans la genèse de la perception du statut légal et corrobore ainsi les résultats de l'étude «source» de la F.F.A.

La problématique soulevée par ce débat est donc finalement celle du deuil du mythe d'un monde sans drogue et **de l'acceptation des bénéfices liés aux produits**, dans une approche plus éthique que morale, c'est-à-dire davantage basée sur la réalité du terrain sur un plan individuel (« banalisateur ») ou sociétal (éducatif) que sur des informations non validées (désinformé) ou sur une idéologie arbitraire (coercitif), comme le définit Spinoza. Ainsi, contrairement à la vision morale qui estimerait subjectivement que la loi distingue le bien et le mal, la « drogue » représentant le mal, la vision éthique

consisterait à fonder la loi sur des arguments objectifs, définis par la mesure des dommages et des bénéfices.

2.3.5.3 Statut légal et bénéfices sociétaux : un lien fort

Ces différents éléments mettent en avant le paradoxe d'un produit de plus en plus intégré par la société, avec des bénéfices culturels évalués supérieurs à ceux du tabac par notre panel, alors que sa distribution n'est absolument pas encadrée par l'Etat, car cela semblerait **impossible ou non rentable**. Notre étude démontre en effet clairement que les représentations des médecins sur le statut légal du cannabis sont fortement déterminées par l'absence de possibilité pour l'Etat Français de gérer la production et la distribution du cannabis, que cela soit sur le plan moral, juridique, structurel, ou même climatique, corroborant au passage d'autres analyses (406).

Pourtant à l'heure actuelle, les conventions internationales n'ont jamais été autant controversées au vu des références bibliographiques actuelles et la question de la déclassification, voire de la sortie du cannabis du tableau 4 des stupéfiants, est actuellement discutée au niveau des plus hautes instances comme en témoigne le rapport de la commission mondiale sur la politique des drogues de juin 2011(454). Aussi, lors de la dernière conférence internationale sur les stupéfiants à Vienne en mars 2014, les voix des pays producteurs de stupéfiants se sont élevées pour la première fois contre la convention unique, comme le rapporte l'association française « Chanvre et libertés » au sein de l'E.N.C.O.D. (plate-forme européenne des associations revendiquant une régulation du marché des stupéfiants) (455).

Parallèlement, de nombreux états ont, d'ores et déjà assoupli leurs lois, notamment aux Etats-Unis, berceau de la prohibition du cannabis. Par ailleurs, de nouveaux mouvements citoyens progressistes émergent un peu partout en Europe sous forme de Cannabis Social Club (456) (Espagne, Belgique, Slovénie) ou en Amérique du Nord sous forme de club compassion. Certains pays, comme l'Uruguay, affirment leur volonté de contrôler ce marché depuis 2012. Une étude du Sénat français compare déjà en 2002 ces différentes politiques au sein des gouvernements de l'Union Européenne, sans exclure la possibilité d'un contrôle étatique français (457) et une sénatrice a très récemment présenté un projet de loi de régulation de la filière chanvre en France (458).

Enfin, le chanvre se cultive sans difficulté dans notre pays : la France est d'ailleurs le 3e pays producteur de cannabis à fibre d'Europe après l'Allemagne et la Pologne et quelques 200 000 Français produisaient déjà au minimum 33 tonnes de chanvre psychotrope annuellement pour leur propre consommation en 2005 (459). L'O.N.U. estime à 172 le nombre de pays et territoires où la plante est cultivée (460) et la grande majorité du cannabis consommé à travers le monde est produit localement (1), ce qui limite la part de l'importation et du trafic international dans le commerce du cannabis. Cela est d'ailleurs même devenu depuis une décennie le cas de la France et de l'Espagne, suite à l'**avalanche verte de l'Euroweed** décrite par l'économiste néerlandais Adrian Jansen (461), alors que ces pays importaient traditionnellement de la résine du Maroc auparavant.

Pour conclure, les représentations des médecins sur le statut légal du cannabis sont en grande partie déterminées par des clichés erronés, non pas sur les dommages mais sur les bénéfices sociétaux, sur un fond de pessimisme ambiant lié à la perception de l'**absence de réelle solution s'offrant à l'Etat pour encadrer cette filière** (406). Et pourtant, la régie marocaine du kif et du tabac, était largement financée par l'Etat Français jusqu'en avril 1954 (462). Il y a fort à parier que cette perception pessimiste des perspectives de bénéfices sociétaux arrange les gouvernements attentistes et peu courageux des pays riches, car ils jouissent de la prohibition des stupéfiants, aussi bien sur le plan international comme moyen de pression sur les pays producteurs, que sur le plan national comme moyen de contrôle des populations (33).

3. PISTES DE REFLEXION

3.1 LE MANQUE D'ACCES A UNE INFORMATION PERTINENTE

Notre étude prouve clairement que les représentations des médecins généralistes sont erronées concernant les dommages liés au chanvre, ce qui n'est pas le cas pour les dommages liés aux drogues légales. Ceci ne semble pas étonnant au vu du message délivré par les autorités depuis près d'un siècle, empreint de la partialité et du manichéisme primaire de la vision politique internationale sur les drogues. Ceci inclut l'extrême caricature des dommages du chanvre, mais aussi et surtout la censure sur ces bénéfiques, dont nous expliquerons ici les tenants et les aboutissants.

3.1.1 L'origine de la désinformation

La campagne de désinformation, qui sévit en France depuis 60 ans, prend ses origines aux U.S.A. au début du 20^{ème} siècle et se base sur la peur de la diversité culturelle et de l'étranger. Le cannabis était alors utilisé de manière traditionnelle pour sa fibre et pour inculquer l'idée nouvelle pour l'opinion publique que cette plante était très dangereuse et qu'il était du devoir du gouvernement de la prohiber, la propagande était omniprésente : elle diabolisait le chanvre et ses usagers, la plupart hispaniques ou afro-américains, en diffusant un tissu effarant de mensonges incroyables sur la marijuana (chanvre en espagnol), selon un scénario sordide prêtant volontiers à de nombreux amalgames.

Écrits pour l'American Magazine, les meilleurs exemples sont archivés dans le Gore File (463), véritable collection de coupures tirées de la presse à sensation, relatant des délits et crimes odieux, pour la plupart commis sans motif, et imputés à la consommation de marijuana : « une famille entière a été assassinée par un jeune forcené en Floride. Quand les policiers sont arrivés sur les lieux, ils ont trouvé le jeune titubant dans une boucherie humaine. Il avait tué à la hache son père, sa mère, ses deux frères, et une sœur. Il semblait être dans un état second... Il n'a aucun souvenir d'avoir commis ce crime multiple. Les agents le tenaient jusqu'alors pour un jeune homme raisonnable et plutôt tranquille ; il est désormais dans un état de folie pitoyable. Ils ont cherché pourquoi. Le garçon a déclaré qu'il avait l'habitude de fumer quelque chose que ses jeunes amis appelaient des muggles, une appellation enfantine de la marijuana ». Les mêmes faits divers sont publiés régulièrement, plusieurs années de suite, dans les mêmes journaux. Des affiches à faire froid dans le dos sont également placardées dans toutes les écoles (464). Les moyens cinématographiques sont également mis à contribution. Plusieurs films de propagande voient le jour en 1936, parmi lesquels le célèbre *Reefer madness* de Louis J. Gasnier (initialement *Tell your children*), *Wild Weed* de Sam Newfield, ou *Assassin of youth* d'Elmer Clifton (465). Les mêmes ingrédients sont employés à chaque fois : messages simplistes et exagérations, mettant en scène le fort potentiel addictif de l'herbe (les protagonistes sont accrochés dès le premier joint), des hallucinations puissantes ou encore le déclenchement du passage à l'acte (viol et meurtre). Aux U.S.A., les états du sud souhaitaient également une loi contre la marijuana afin de persécuter à bon compte les Mexicains qui saturaient le marché du travail avec leur main-d'œuvre à bas prix pendant la dépression des années 30 et cette campagne de presse s'est également fortement appuyée sur les thèmes racistes populaires de l'époque, comme par exemple : « Deux Nègres ont enlevé une fille de 14 ans et l'ont gardée pendant deux jours sous l'influence de la marijuana. Une fois rétablie, elle s'avère souffrir de la syphilis » (463).

La prohibition du cannabis aux U.S.A. puis à travers le monde a été essentiellement orchestrée par un Harry Jacob Anslinger, un politicien et journaliste des États-Unis, essentiellement connu comme le « McCarthy de la drogue. » Il fut dans un premier temps commissaire auxiliaire de la prohibition de l'alcool, avant d'être nommé premier commissaire du bureau fédéral du département du trésor aux narcotiques (FBN), le 12 août 1930. Il occupa ces fonctions durant 32 ans, record de durée en la matière. Il fut ensuite pendant deux ans représentant des États-Unis à la Commission des narcotiques des Nations unies. Bien qu'Anslinger fût effectivement un conservateur convaincu que la marijuana

constituait une menace pour l'avenir de la civilisation américaine, son biographe affirme qu'il était surtout un bureaucrate astucieux, tirant parti de la répression contre la marijuana pour s'élever aux plus hautes responsabilités(466). En 1934, alors que le bureau fédéral des narcotiques, mis en place pour la prohibition de l'alcool devenait subitement inutile, la campagne visant à alarmer le public des dangers du cannabis est tout à coup devenue sa principale priorité. En 1937, la campagne de diabolisation de la marijuana est victime de son succès et le peuple américain exige désormais des lois fédérales pour protéger leur enfants de ce fléau dans un esprit puritain très présent à cette époque et c'est alors qu'est mis en place la marijuana Tax Act, première mesure de prohibition du cannabis à grande échelle, imposée à tous les acteurs de la filière chanvre, interdisant aussi bien l'usage industriel que l'usage thérapeutique. Curieusement, cette taxe est abandonnée de 1942 à 1945 et la culture du chanvre est à nouveau encouragée durant cette période pour soutenir l'effort de guerre, l'armée américaine ayant besoin de chanvre pour équiper ses troupes. Puis, elle s'est à nouveau imposée au sortir de la guerre : à l'époque du maccarthysme, la dangerosité supposée de la marijuana est recyclée pour les besoins de l'anticommunisme : « derrière chaque fumeur de marijuana se cache désormais un communiste ! » entendait-on régulièrement à la radio dans les années 1960, notamment sous Nixon qui est le premier à introduire la notion de guerre contre la drogue. On l'accusait, non sans raison pour le coup, de démotiver les troupes et de rendre les soldats pacifistes, notamment pendant la guerre du Vietnam. Consommer de la marijuana dans les années 70 représentait alors soit un acte antipatriotique, soit une contre-culture hippie menaçant les intérêts des financiers.

La campagne de presse sensationnelle contre la marijuana aurait été mise au point par William Randolph Hearst (magnat de la presse écrite possédant des intérêts dans la papeterie) et Dupont de Nemours (inventeur du nylon et sous-traitant de Hearst) avec l'appui financier de la banque Mellon Financial Corporation (New York) et sous-couvert du secrétaire au trésor des Etats-Unis (Andrew W. Mellon, patron d'Anslinger et oncle de sa femme) afin de défendre leurs intérêts industriels face à la concurrence de la fibre de cannabis. Cette théorie diffusée par Jack Herer dès 1985 est actuellement corroborée par un fait intéressant : le cannabis à fibre est toujours prohibé aux Etats-Unis en 2012 (importation exclusive du Canada) alors que l'usage médical du chanvre à fleur est autorisé ! Jack Herer, républicain et patriote, ancien G.I. au Vietnam, relate les faits suivants dans son ouvrage « L'empereur est nu » (467) : ces géants de l'industrie, qui étaient en train de mettre au point la fibre de nylon, voyaient alors dans le cannabis, un concurrent très sérieux. En effet, cette plante ubiquitaire, de culture facile et traditionnelle, offre des fibres d'une grande résistance et contient peu de lignine (meilleur vieillissement que le papier bois) alors que parallèlement la mécanisation de la récolte du chanvre venait d'enregistrer des progrès spectaculaires avec la mise au point des premières moissonneuses-décortiqueuses-défibreuseuses, qui faisaient la une du populaire magazine Popular Mechanics, lequel titrait en février 1938 «Une récolte d'un milliard de dollars», prédisant un bel avenir industriel au chanvre (468).

Cette propagande a été diffusée très largement à travers le monde via trois conventions internationales sur les stupéfiants (en 1961, 1971, 1988). La France a ratifié sans difficultés la convention unique en 1961 mais les pays producteurs de « stupéfiants » ont été plus ou moins contraints à ratifier ces traités, alors qu'ils allaient à l'encontre des us et coutumes populaires, comme par exemple au Népal (signataire en 1998) où l'usage ancestral est avant tout mystique et religieux (Shivaïtes). En 2010, seul 16 états, dont 10 en Océanie, n'avaient pas encore ratifié l'ensemble des conventions (469). Cette désinformation internationale, appuyée par le système répressif sévit actuellement depuis plusieurs générations, ce qui explique qu'elle soit désormais véritablement ancrée dans **l'inconscient collectif des peuples occidentaux**, et qu'elle nourrisse donc toujours l'opinion dogmatique et moraliste actuelle. Si les motivations économiques à l'origine de la prohibition du cannabis visaient probablement sa fibre, les motivations économiques actuelles, notamment celle du lobbying pharmaceutique très puissant en France, concernent uniquement les fleurs de cannabis et ses propriétés médicinales diverses et variées. De nombreuses sociétés privées voient en effet probablement dans la

légalisation, un effondrement de leur part de marché par effet de substitution aux nombreux psychotropes avalisés par la médecine moderne ou aux drogues légales.

Pour conclure, cet historique nous rappelle les intérêts lucratifs occultes et les vecteurs xénophobes de cette conspiration. Il assoit les lois répressives actuelles sur une calomnie indiscutable, fortement préjudiciable pour les usagers et leur entourage, comme nous le verrons par la suite. Selon l'esprit d'origine des conventions internationales, ces lois interdisent l'usage de produits naturels pourtant à forte connotation culturelle dans les anciennes colonies du sud (opium, feuilles de coca, fleurs de chanvre) tout en autorisant la diffusion très large de l'alcool et du tabac, produits certes plus dommageables, mais de culture occidentale.

3.1.2 Les mécanismes de la désinformation en France

La propagande française se répand, comme aux Etats-Unis, par les rouages classiques et immuables qui visent à diriger l'opinion publique, en surfant sur les peurs de nos concitoyens. Pour cela, la propagande politique fait appel au pouvoir médiatique et aux concours de scientifiques, sous le joug de la pression sociale, afin de contrôler les deux sphères essentielles pour diriger l'opinion publique : l'avis des experts et une large tribune.

3.1.2.1 *Le vecteur médiatique ou l'instrumentalisation politique du discours*

Si la presse écrite et radiophonique est relativement indépendante en France, autorisant des lignes éditoriales diverses et variées, les médias de masse télévisuels sont soumis à des contraintes plus importantes, dans un monde où l'image prime par son omniprésence. Parallèlement, dans le monde contemporain, l'information retenue par le quidam est généralement de nature parcellaire, sortie de son contexte, ce qui est propice à la caricature, dans un sens ou dans l'autre. Cet élément est plus généralement lié aux nouvelles modalités de l'information. En effet, bien que notre société n'ait jamais été dotée d'autant de moyens d'informations par le passé, ce n'est pour autant qu'elle communique mieux, plus librement, ou de manière plus représentative. Nous avons identifié 5 raisons essentielles reposant sur la conjoncture sociétale mais aussi et surtout sur la volonté politique, animée par une idéologie tenace :

Dans le but de doper les ventes, la plupart des médias privilégient **le buzz médiatique, superficiel, instantané et facilement assimilable** par la majorité à l'analyse de la substantifique moelle de l'information et de ses implications, nécessitant plus de recul et plus difficilement accessible au grand public. Il est aisé de s'imaginer que les directeurs des différentes chaînes, avides d'audimat ne s'opposent pas à diffuser des informations alarmistes déformant la réalité par un prisme réducteur, dans la mesure où celles-ci génèrent du buzz et font enfler la polémique, surtout si cela va dans le sens de l'idéologie politique ambiante.

Les médias accordent **une place prépondérante aux représentants des pouvoirs publics ainsi qu'à une poignée de scientifiques** dans la tribune médiatique et n'offre aucune place pour les usagers, ce qui nuit à la diversité des points de vue et rappelle la dimension publique et politique du débat (470). Les décideurs politiques peuvent aisément orienter et manipuler l'information, en collaboration avec les directeurs des principaux médias de masse, afin de légitimer leur politique auprès de l'opinion publique, dans un but démagogique évident. Les politiques et leurs alliés instrumentalisent ainsi les chiffres, selon un registre confondant, souvent énoncés à valeur d'arguments, en faisant de la revendication de certains chiffres, plutôt que d'autres, un acte politique à part entière (471). Ces derniers focalisent alors l'information sur certaines populations et sur certains dommages non représentatifs, ce qui nuit assurément à une vision globale de la problématique. Pour agiter les peurs, ils pointent une population d'usagers problématiques, pourtant largement minoritaire, ou certains dommages relevant davantage du mythe que de la réalité. Pour illustrer ce propos, nous pouvons citer la dépendance liée à l'augmentation des principes actifs du chanvre circulant, le lien de causalité avec les pathologies psychotiques, les conséquences catastrophiques en termes de sécurité routière ou

encore la neurotoxicité lié à l'usage du chanvre. Le 28 août 2012, l'Express titrait ainsi: « l'usage de cannabis chez les jeunes fait baisser le QI de manière irréversible. » Cette étude néozélandaise (333), certes de qualité, a inondé les médias avec un message apparemment clair et évident, mais en réalité inconsistant (318-319,323), inquiétant inutilement de nombreux parents lors de la dernière rentrée scolaire. La jeunesse représente également une population de prédilection pour nos politiques car elle véhicule une forte charge émotionnelle et symbolique respectivement sur le plan individuel et sociétal. Pourtant, les usagers de moins de 18 ans ont toujours été minoritaires parmi l'ensemble des usagers, malgré un âge moyen de premier usage plus précoce et un triplement de l'usage à 17 ans observé depuis 1990, soit 20 ans après la réforme ou encore une génération sans éducation à l'usage plus tard.

Les médias, comme les politiques, n'hésitent pas à utiliser **divers procédés rhétoriques ou linguistiques** propices aux raccourcis simplistes ou manichéens, à l'amalgame ou à la confusion. En l'absence de représentations populaires consensuelles évidentes, ces derniers jouent volontiers d'arguments vendeurs plus ou moins fallacieux ou d'un vocabulaire poly-sémantique imprécis, comme par exemple les termes « drogues » ou « stupéfiants » qui renvoient chacun à des perceptions différentes d'une même information, c'est-à-dire à la perception que chacun a envie de s'en faire. Le vin est-il perçu comme une drogue par les Français ? Difficile de se prononcer ! Ces amalgames permettent ainsi de nourrir encore actuellement la théorie de l'escalade des drogues pourtant dépassée depuis bien longtemps. Parfois, les vicissitudes du discours vont plus loin encore et l'information est **clairement mensongère ou contradictoire**. Ainsi, l'édition du Parisien du 6 août 2005 affirme : « *L'usage de la drogue a tué 1 500 jeunes l'année dernière sur la route* » alors qu'il est indiqué sur la même page que 1 227 jeunes (18-24 ans) ont été tués en 2004, toutes causes confondues. Dans la foulée, le Figaro du 30 novembre 2005 déforme les conclusions d'une étude du Pr Mura effectuée à partir des analyses sanguines de 2003 accidents chez les moins de 30 ans (472) : « *Près d'un tué sur deux avait consommé un produit stupéifiant avant de conduire.* » Le chiffre exploité est en fait 39.6 % et il correspond après lecture du résumé de l'étude, non pas à la prévalence d'un contrôle positif au THC parmi les accidents mortels, mais à la proportion d'un contrôle positif au THC par rapport aux autres stupéfiants (alcool exclu) parmi les accidents mortels. Pour rappel, il n'a jamais été question de plus de 2.5 % des accidents mortels, imputable au chanvre seul, dans l'étude de référence internationale SAM (409) comme dans toutes les méta-analyses sur le sujet.

Les médias surfent sur **la fibre émotionnelle** des individus pour marquer l'opinion publique par l'intermédiaire de titres accrocheurs et de nouvelles sensationnalistes, faisant appel à un style linguistique métaphorique. Par exemple, le 24 février 2005, La Croix annonce en première page : « *Le cannabis devient un fléau sanitaire* » ou le 30 novembre 2005, le Figaro annonce en gros titre : « *Morts au volant, les ravages du cannabis chez les jeunes.* » Cette fibre émotionnelle est d'ailleurs aussi manipulée habilement par nos dirigeants pour légitimer leur politique. En effet, les lois réprimant l'usage privé (en 1970) et la conduite d'un véhicule chez les usagers (en 2003) sont toutes deux catalysées par un fait divers sordide. La loi « Marilou » en dit long sur la composante émotionnelle du débat parlementaire, rien que par son titre: le législateur s'est en effet appuyé pour construire cette loi sur le buzz généré par des parents choqués et dans le déni d'un certain nombre de facteurs, venant de perdre leur fille de 9 ans (dans la nuit du 1^{er} janvier 2002), renversée par un jeune chauffard contrôlé positif au THC. Pourtant, d'autres facteurs non négligeables auraient pu être incriminés, comme la route verglacée, l'état de fatigue avancée (retour de nouvel an) et surtout l'irresponsabilité caractérisée du conducteur qui conduisait un véhicule non assuré et pour cause, il n'avait pas passé le permis de conduire. De la même manière, les politiques ont exploité « le drame de Bandol » en 1969 pour élaborer la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage privé : la découverte d'une adolescente, morte par overdose dans les toilettes d'une station balnéaire varoise avait en effet suscité à l'époque une couverture médiatique sans précédent et une indignation générale de l'opinion publique et de la classe politique. Ce buzz associé aux statistiques de l'époque qui n'étaient pourtant ni fiables, ni concluantes (mille intoxiqués dont 9 étudiants et 2 lycéens en France !) ont permis aux politiques

d'annoncer publiquement les notions de fléaux et d'épidémie de la toxicomanie à venir. En résumé, le fait divers est généralisé et devient prétexte à la règle générale dans un élan volontariste, simpliste et précipité, sous-tendue par une logique de résultats rapides (à visée électorale), alors que cette politique ne peut être pérenne que sur le long terme et demande assurément une réflexion globale basée sur des données consensuelles.

Enfin, les politiques nient tout bénéfice à son usage ou à sa régulation d'un côté, et de l'autre les médias s'**autocensurent** par le biais de leurs services juridiques bien souvent pléthoriques. En France, ce constat est à mettre en rapport au délit de présentation sous un jour favorable (L.3421-4 du CSP), véritable chape idéologique, imposant une vision manichéenne et irrationnelle des produits stupéfiants (sans aucun bénéfice) sous-tendant la pression sociale exercée sans relâche par le lobbying moraliste et processif (associations, fondations, sociétés secrètes). Pour illustrer ces éléments sur le plan politique, il suffit d'observer la négation volontaire des bénéfices du produit mis en évidence dans le nouveau plan gouvernemental de la M.I.L.D.E.C.A. : « *En mettant l'accent sur les motivations à la consommation et les effets artificiels de celle-ci qui donnent l'illusion d'une socialisation et d'un développement personnel accru* » « *En contrebalançant l'image communément répandue du caractère artisanal et convivial de la cannabiculture* (441) ». Sur le plan médiatique, nous avons interviewé les journalistes de Canal + et de M6 qui ont couvert la coupe française du chanvre fleuri en 2002, évènement qui promeut la « chanvrologie », à l'instar de l'œnologie. Chez Canal +, l'agence CAPA a dû modifier le montage du journaliste Alex Jordanov, à 3 reprises afin d'être bien sûr de présenter cet évènement sous un jour défavorable. Quant à M6, la direction nationale a simplement censuré la diffusion du reportage sur l'antenne locale à la dernière minute et cette dernière l'a remplacé par un reportage de secours in extrémis. Selon le journaliste de M6, cette diffusion aurait probablement engendré « *un procès contre la chaîne.* » Cette censure est toutefois timidement en train de se lever au vu de l'actualité internationale qui met en avant les bénéfices médicaux du cannabis, mais aussi les bénéfices économiques et sociaux de sa légalisation comme au Colorado, où l'on assiste à une ruée vers l'or vert.

3.1.2.2 *Le vecteur scientifique ou l'instrumentalisation politique de la recherche*

Le mensuel « La Recherche » de mars 2003 (473) rapporte qu'« *à l'affrontement droite-gauche se superpose une véritable guerre entre une partie de l'establishment hospitalo-universitaire liée aux partis de droite, et l'élite de la communauté scientifique, rompue au démasquage des conclusions hâtives* » rappelant les levées de boucliers des anti-cannabis lors de la sortie du rapport Roques en 1998 (annexe 11) ou au moment de la publication de l'expertise collective de l'I.N.S.E.R.M. demandée par la M.I.L.D.T. en 2001 (318,319). Cette opposition institutionnelle peut être reliée à divers éléments, comme par exemple les conflits d'intérêt liés à l'attribution de marchés publics juteux (dépistage, analyses) ou à la protection de certains monopoles (pharmacie), mais aussi la subvention orientée des unités de recherches ou tout simplement la collaboration avec certains chercheurs rendant régulièrement des conclusions abusives.

L'écho politique de ces informations biaisées est sans doute plus le fruit de l'opportunité du choix des sources et de la sélection soigneuse de chercheurs alliés que celui de manœuvres de corruption, qui ne peuvent toutefois pas être écartées formellement. Ces chercheurs peuvent être affectés par un vécu personnel négatif lié au cannabis (négaliviste convaincu) ou sont parfois plus intéressés par le pouvoir et l'ascension sociale que par la recherche de la vérité (carriériste peu scrupuleux). Parmi les chercheurs présentant régulièrement des conclusions hâtives sur le chanvre, le pionnier est sans nul doute G. Nahas qui a globalement appuyé tous les clichés erronés sur le cannabis, ce qui lui a valu une désolidarisation publique de l'université de Columbia dès 1975 (33). En France, l'académie nationale de médecine relaie pourtant très régulièrement ces informations mensongères depuis 40 ans et les appuient actuellement par les ouvrages de certains membres de l'académie peu scrupuleux ou de leur thésards (443–446) dont les conclusions sont littéralement déconcertantes, de par l'ampleur des contre-

vérités qui y sont exposées et la teneur idéologique du discours. Son dernier communiqué de presse intitulé « Cannabis, alerte rouge à l'épidémie » a d'ailleurs entraîné très récemment une attaque publique en règle de Didier Jayle, ancien président de la Mission Interministérielle de Lutte contre les Drogues et les Toxicomanies, relayée le 27 mars 2014 par le réseau « SOS addiction » présidé par le Dr William Lovenstein, qui estiment à juste titre que « L'académie nationale de médecine ne remplit pas sa mission » (annexe 12).

Les méthodes employées font généralement appel à des expériences sur des modèles animaux et peuvent recourir à des doses très élevées, jusqu'à 1000 fois supérieures aux doses usuelles ; d'autres conditions artificielles qui n'aident pas vraiment à reproduire les conditions réelles sont bien souvent ajoutées, comme par exemple l'utilisation de masque à gaz permettant l'asphyxie des singes par manque d'oxygène pour prouver la neurotoxicité du cannabis (447) ou encore l'injection préalable d'un antagoniste du THC pour prouver la dépendance physique au cannabis (445) ; puis ces résultats sur modèle animal sont transposés littéralement ou presque sur les modèles humains, en omettant au passage de considérer de nombreux facteurs de confusion ou bien en extrapolant des théories neurobiologiques fumeuses. Pour affirmer la théorie de l'escalade à l'héroïne, il suffirait ainsi pour certains pseudo-chercheurs de constater un lien entre le système des cannabinoïdes et des endorphines (443). Dans le domaine de l'accidentologie, un autre pont de la médecine n'hésite pas à exclure l'alcool des facteurs de risques d'A.V.P. et à ne pas considérer la prévalence élevée de conducteurs circulants positifs au THC dans la tranche d'âge considérée, afin d'élever artificiellement la part d'imputabilité du cannabis dans les accidents mortels (472). Tout porte à croire que ces recherches visent uniquement à trouver des justifications sanitaires à la loi, alors que ses fondements n'ont jamais été réellement d'ordre sanitaire. Pas étonnant dans ces conditions que les conclusions de ces travaux soient systématiquement biaisées.

L'instrumentalisation des données scientifiques par une interprétation biaisée des résultats est donc monnaie courante sur le cannabis, aussi bien pour les politiques que pour les médias et le chanvre semble être un bouc émissaire idéal à bien des égards. Cette instrumentalisation peut amener le législateur à se prononcer, avant même la parution des résultats des études censées éclairer leur choix, et donc dans la plus grande controverse, comme cela a été le cas pour la répression des conducteurs ayant fait l'objet d'analyse positive au THC en janvier 2003 (résultats de l'étude S.A.M. publiés 2 ans plus tard). Cette instrumentalisation peut également s'exprimer par des menaces exercées sur les chercheurs intègres : la démission de J-M. Costes en 2010, directeur et fondateur de l'O.F.D.T. suite à des pressions « *quant à l'interprétation des données* » comme il le rapporte dans un entretien pour le Figaro le 6 avril 2011, en est le parfait exemple. Que dire encore de la mise sous tutelle par le gouvernement de cet organisme de recherche qui pouvait se targuer jusqu'alors d'une réputation internationale, liée à son indépendance ? Le président du collège scientifique de l'O.F.D.T. est en effet désormais nommé directement par le président de la M.I.L.D.E.C.A., et non plus élu par ses pairs, explique l'ex-directeur de cette institution dans un article du Nouvel Observateur du 16 avril 2011.

3.1.3 Le contrôle de la recherche et la censure sur les bénéfiques

Dans notre univers occidental bercé par l'utopie d'un monde «sans drogue», le seul discours socialement acceptable sur le sujet ne peut être que péjoratif. Il est en effet très risqué mais aussi particulièrement incongru d'évoquer d'éventuels bénéfiques à ces produits supposés très dangereux, comme en témoigne la vive indignation de certains médecins par rapport à la thématique ou à l'orientation de ce travail de recherche retrouvée dans les commentaires de l'enquête ou par courrier joint (voir annexe 13). Présenter le cannabis sous un jour favorable est en effet illégal en France depuis 1970 (délit selon l'article L.3421-4 du code de santé publique, passible au maximum de 5 ans d'emprisonnement et 75 000 € d'amende), ce qui entrave à fortiori la liberté fondamentale de s'exprimer. Et pourtant l'état des connaissances de l'époque permettait déjà de s'interroger sérieusement sur le bienfondé de cette politique, la première étude rétablissant la vérité sur cannabis,

datant de 1944 (381). De la même manière, toute motivation à la recherche scientifique est sapée par un parcours du combattant administratif, au plus haut niveau de l'Etat, amenant systématiquement toute équipe de chercheurs à travailler sous l'étroit contrôle de l'O.I.C.S. et de ses filières gouvernementales (O.C.R.T.I.S. en France).

Pour témoigner du niveau de connaissances sur les produits psychotropes en général et sur le chanvre en particulier mais aussi de la teneur éminemment idéologique du discours, il suffit de poser le regard sur les études épidémiologiques d'antan : les données d'enquêtes en population générale ou scolaire étaient à la fois rares et frustes et ne constituaient donc pas forcément une source d'information fiable: jusqu'en 1980, ces enquêtes ne distinguaient ni les produits, ni les usages, en posant par exemple la seule question : « *vous est-il déjà arrivé de prendre de la drogue ?* (474) ». *Cette formulation agrégeait les niveaux d'usage aujourd'hui couramment distingués, l'expérimentation, l'usage occasionnel, régulier, l'abus ou la dépendance : par conséquent, le fait d'avoir déjà consommé une substance illicite ne serait-ce qu'une fois au cours de sa vie suffisait à être catégorisé comme « drogué» (475), et plus tard comme individu «à risque» (476). L'usage de drogue était alors considéré comme une pathologie, une «sociopathie» contractée dès le premier usage, qui correspondait à un profil psychologique «à problèmes» (non-conformisme, mésestime de soi, signes dépressifs), contribuant à noircir le portrait des usagers interpellés (475).*

Il est donc toujours actuellement impossible en France de faire des recherches sérieuses et indépendantes sur le cannabis, à l'heure où ses bénéfices thérapeutiques sont avérés internationalement. La plupart des données disponibles viennent ainsi de publications étrangères et sont peu diffusées en France : pas étonnant dans ces conditions que nos médecins soient désinformés. Toutefois, nous assistons actuellement à une évolution des représentations nettement visible à travers la presse écrite (470), dénotant une période de transition où les citoyens sont en train de se réapproprier progressivement le savoir ancestral sur cette plante. En effet, les générations actuelles sont nettement mieux informées que les précédentes pour plusieurs raisons :

- Les travaux scientifiques commencent à s'accumuler à travers le monde : en janvier 2014 sur Pubmed, on retrouve plus de 12 500 références pour le mot cannabis et près de 20 000 références pour le terme marijuana.
- L'avènement d'internet permet un partage difficilement censurable de ces informations
- La banalisation de l'usage et de sa culture en population générale permet à un plus grand nombre de confronter le mythe à la réalité, de manière directe ou indirecte, rejoignant ainsi les propos d'Albert Einstein : « *La connaissance s'acquiert par l'expérience, tout le reste n'est que de l'information.* »

Ce constat d'une période transitionnelle des perceptions liées au chanvre pourrait expliquer en partie l'état très mitigé des représentations actuelles sur le cannabis et les trop nombreuses polémiques qui y sont associées. Selon une étude sociologique récente concernant la perception des quotidiens nationaux de référence sur la problématique du cannabis chez les jeunes (470), « *la conception d'un individu dangereux, asservi à son produit a globalement disparu des discours médiatiques, les quotidiens donnant à lire une consommation différenciée des substances psychoactives. Toutefois, la mise en récit de cet usage montre que deux représentations clairement opposées structurent actuellement ces discours* » : celle d'une conduite maîtrisée et rationnelle (pour Libération ou l'Humanité) ou celle d'un comportement toxicomaniaque (pour la Croix ou le Figaro).

3.1.4 Le mythe de la caverne

Pour conclure, les différents rouages de la propagande permettent de créer de **nombreux leurre médiatiques** pour nourrir la polémique sur les dommages et dissimuler la réalité du terrain partagée par près de 200 millions d'usagers à travers le monde : le cannabis est un produit récréatif avec des bénéfices avérés et des dommages modérés ou un médicament efficace dans certaines pathologies qui

présente peu d'effets secondaires et une grande sécurité d'emploi. L'impact de la désinformation est cependant probablement de plus en plus limité de nos jours car un tel discours ne peut plus avoir les mêmes effets sur une population consciente des réalités tirées de l'expérience et l'information ne peut plus être aussi facilement censurée que dans les années 1970, au vu de la complexité des réseaux d'information.

Cette politique obscurantiste n'est évidemment pas acceptable dans un système dit « démocratique » mais elle s'inscrit en réalité dans un cadre beaucoup plus large, où les élites de ce monde influencent nos dirigeants à des fins lucratives, occultes le plus souvent, dans le mépris total de la santé et de la liberté de nos concitoyens, comme le dénonce régulièrement Amnesty International et de nombreux mouvements altermondialistes ou mêmes certains économistes, comme Etienne Chouard, professeur à l'université Paris-Sorbonne. Selon Jean-François Gayraud, commissaire divisionnaire de la police nationale (en poste au Conseil supérieur de la formation et de la recherche stratégique), cette crise sociétale est le couronnement de tout un processus de dérégulation qui, depuis une trentaine d'années, a déconstruit obstinément tous les garde-fous mis en place au moment du New Deal pendant la crise économique mondiale des années 1930 (477). L'essor de ce monde dérégulé, individualiste et consumériste, dirigé par un pouvoir financier hors de contrôle, présente une vision très pessimiste de la société : ce modèle sociétal bafoue en effet allègrement les droits humains **sous couvert d'instances mondiales** (O.N.U., O.M.S., O.M.C.) qui valident cette dérégulation dans l'intérêt des puissants de ce monde, et qui font encore trop souvent illusion pour la plupart d'entre nous. Encore faut-il disposer d'une certaine dose de courage et de la lucidité nécessaire pour pouvoir **porter son regard au-delà des ombres**, comme l'évoquait déjà Platon, il y a plus de 2000 ans.

3.1.5 L'influence de la désinformation sur les médecins généralistes

Par rapport aux données de référence (9), les médecins généralistes font preuve d'une subjectivité importante spécifique au cannabis concernant les dommages des produits et sont donc probablement influencés par la polémique et les informations contradictoires sur le sujet, comme en population générale. Cette désinformation aurait toutefois peu d'emprise sur les médecins présentant un score de tolérance élevé, volontiers plus proches du produit, ou les médecins usagers ou ancien usagers, qui connaissent le produit de manière empirique. En revanche, elle aurait une plus grande emprise sur les autres médecins, creusant ainsi le fossé de représentations entre les partisans et les détracteurs, ce qui est propice à l'émergence de la polémique et au maintien du tabou social contre-productif dans la sphère professionnelle. Cette situation génère en effet bien souvent un climat de méfiance et d'incompréhension mutuelle entre usagers et non-usagers, à l'origine d'une mauvaise prise en charge sur le plan professionnel ou de conflits familiaux sur le plan privé, comme nous avons pu le mettre en évidence dans ce travail. Par ailleurs, l'absence de représentation commune aux acteurs de soins sur le cannabis semble préjudiciable à une prise en charge homogène et harmonieuse de son usage problématique. Plus largement, la normalisation des représentations autour d'une position cohérente et globale sur le chanvre et ses usagers, admise par l'ensemble de la population, offrirait probablement le support le plus favorable à la réduction de l'usage problématique (478). En effet, le patient pourrait alors être au centre de la dynamique de manière libre et confiante, et le discours du soignant, empreint d'empathie et de pragmatisme, pourrait être libéré du poids de la morale culpabilisante qui est assurément néfaste à l'alliance thérapeutique.

La désinformation des médecins généralistes est toutefois moins prégnante qu'au sein de la population générale, où les perceptions semblent plus éloignées encore des représentations des experts que celles de notre panel (275,276). Ces données sous-tendent que la population de médecins généralistes est en moyenne **un peu mieux informée et probablement un peu plus tolérante sur le cannabis** que la population générale. Un bémol cependant vis-à-vis de la population des usagers qui présentent en

moyenne de meilleures perceptions que nos médecins généralistes (276), ce qui peut paraître édifiant et témoigne de l'importance des lacunes de nos confrères.

3.2 LA NECESSITE D'UN CHANGEMENT DE DISCOURS POLITIQUE

3.2.1 Le bilan mitigé des campagnes de prévention cannabis en France

La dernière campagne de la M.I.L.D.T. en 2005 (désormais M.I.L.D.E.C.A.) s'appelait « le cannabis est une réalité », ce qui semblait de bon augure : les promoteurs de cette campagne de prévention ont estimé au moment de sa diffusion qu'ils avaient su développer une nouvelle formule de communication autour du produit vis-à-vis des campagnes antérieures. Sa diffusion a été importante : nombreux spots télévisuels ou radiophoniques, affiches, fascicules. Pourtant, seulement six habitués du cannabis sur dix auraient eu un accès direct à la campagne (320). Beaucoup plus préoccupant en revanche est l'absence d'adhésion de cette campagne de la part des usagers réguliers : seulement 4 % de ces usagers déclarent « se reconnaître » dans les notions qui y sont développées (2). « En quelques mots, cette campagne a été globalement mal perçue par les usagers de cannabis qui ont été rencontrés et lorsque minoritairement ce n'est pas le cas, ils ne se perçoivent pas comme une cible de la campagne. L'opinion générale est que la campagne se nourrit de généralisations hâtives et de stéréotypes, qui ne reflètent pas l'expérience des usagers » rapporte cette étude inédite de l'O.F.D.T. en 2009. Ces derniers déplorent notamment que la campagne fasse uniquement de la prévention primaire, attendant surtout des conseils de réductions de risques vis-à-vis des éventuelles complications somatiques, comme l'avait déjà souligné une étude datant de 1997 (479).

Il faut cependant souligner que la campagne de prévention précédente « Drogues, savoir plus, risquer moins » mise en place en 1998 par Nicole Mastreacci, alors présidente de la M.I.L.D.T., était orientée dans ce sens et avait rencontré un vif succès, notamment auprès des associations d'usagers, comme le « Collectif Information et Recherche Cannabique » ou « Chanvre et libertés » qui distribue encore ces documents actuellement. Cette nouvelle approche qui a fait scandale à l'époque, assortie à la circulaire Guigou qui a dépénalisé l'usage non problématique du cannabis en France de 1999 à 2002 aurait pu être la base de cette nouvelle politique il y a déjà 10 ans. Ce discours non-conformiste, a hélas été rejeté en 2002 par le nouveau gouvernement, alors que cette politique a probablement contribué à la diminution de la prévalence à 17 ans observée depuis 2006, soit environ 10 ans après l'inflexion du discours politique, le temps que l'information pénètre dans la population.

3.2.2 L'inefficacité de la politique actuelle en termes de santé publique

3.2.2.1 Les moyens mis en place pour faire appliquer la loi

Nous disposons en France d'un arsenal de textes juridiques et de sanctions à l'encontre des usagers de produits stupéfiants (annexe 14). Contrairement à l'opinion courante selon laquelle la loi du 31 décembre 1970 serait de moins en moins appliquée, l'analyse des statistiques policières et judiciaires montre que la pénalisation de l'usage de stupéfiants est de plus en plus systématique en France grâce à une diversification de la réponse pénale (294,406). Cette systématisation de la réponse pénale est d'ailleurs la règle à suivre impérativement par les autorités depuis la circulaire du 16 février 2012. Les dirigeants politiques parviennent ainsi à débloquent toujours plus de crédits pour les affecter à des moyens matériels et humains destinés à faire appliquer la loi, au vu du budget qui croît inexorablement au fil des années et devient colossal. Cette politique ne risque pas de changer avec le gouvernement actuel, si l'on s'en réfère au dernier Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives (2013-2017) qui continue de développer le volet répressif de la lutte contre les toxicomanies, tout en la déclarant cause prioritaire nationale. Depuis 1970, le nombre d'interpellations pour I.L.S. a augmenté par palier jusqu'en 1990 puis quasi constamment jusqu'en 2010, comme nous pouvons le constater sur le diagramme suivant :

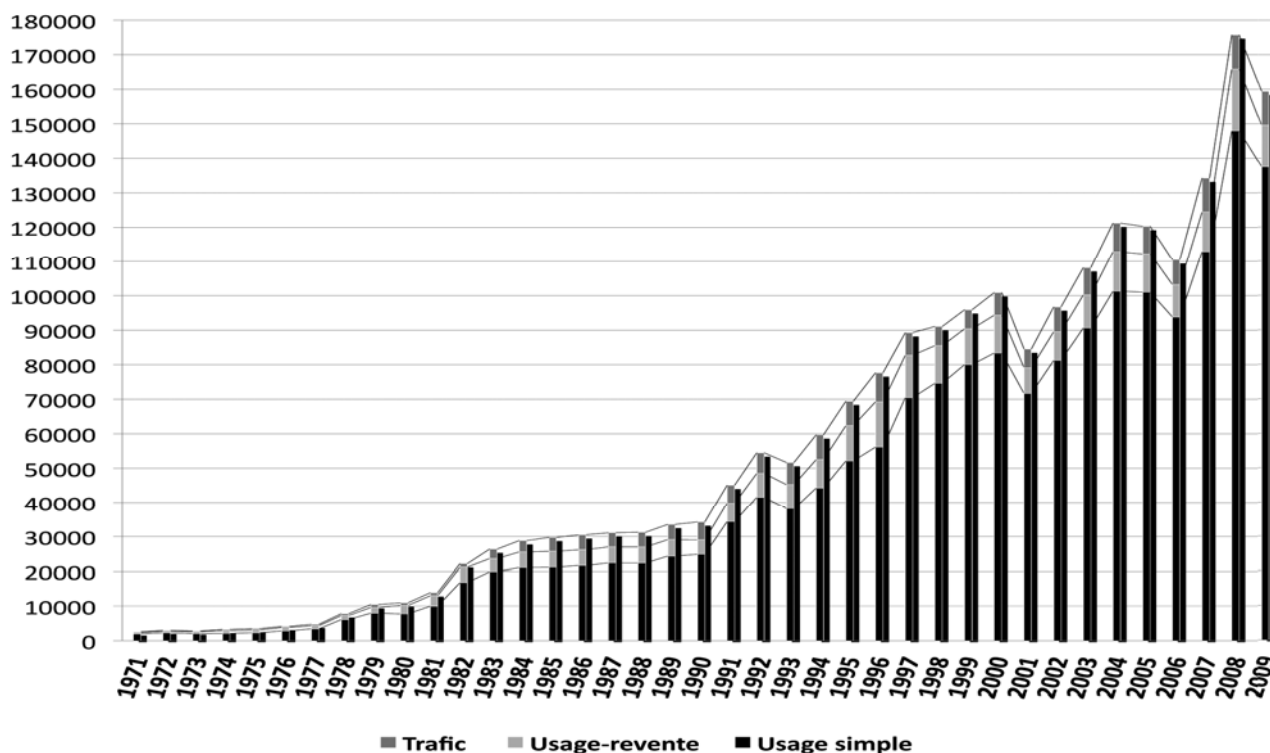


Figure 107 : interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants en France de 1970 à 2010. Depuis 1971, les interpellations sont détaillées selon 3 catégories : usage, usage-revente et trafic. Source : Ministère de l'Intérieur, OCRTIS 2009, 1985-2009.

Ces infractions concernent dans près de 80 % des cas une infraction pour usage et détention de chanvre et la répression est donc davantage axée sur le cannabis que sur les autres produits, mais surtout davantage axée sur les usagers que sur les trafiquants (73 % contre 27 % en 2010). Or, depuis la mise en place de ce système supposé dissuasif en 1970, l'usage de cannabis n'a jamais cessé d'augmenter en population française au fil des années, pour atteindre 13.4 millions d'expérimentateurs et 4.8 millions d'usagers en 2012 sachant que ces données déclaratives sont à priori sous-estimées. En 2013, la France est le plus mauvais élève parmi les pays européens en termes d'usage actuel chez les 15-34 ans, avec une prévalence de 17.54 % dans cette tranche d'âge (405). Bien qu'il soit particulièrement difficile d'évaluer une politique en l'absence d'outils d'évaluation appropriés, ces éléments plaident clairement pour un changement de politique de santé publique.

3.2.2.2 Les vicissitudes du discours de la M.I.L.D.T. sur l'efficacité de loi de 1970

Il semble opportun de répondre aux arguments réducteurs et fallacieux du représentant de la M.I.L.D.T. qui explique sans vergogne aux professionnels de santé rassemblés pour les journées addictologiques de l'Albatros à Paris Montsouris en 2012, que si les niveaux d'usages du cannabis sont beaucoup plus faibles que ceux de l'alcool, du tabac ou des médicaments, c'est parce que le cannabis est interdit contrairement aux autres produits. Pour rappel, la prévalence de l'usage de l'alcool a été globalement divisée par 2 depuis 50 ans (25 l/an/hab Vs 12 l/an/hab) dans un contexte d'encadrement légal de sa filière (275,293). Cette baisse de la consommation d'alcool pourrait d'ailleurs être due en partie à la hausse de la consommation du cannabis et des autres produits, par effet de substitution, liée à une reconnaissance émergente des bénéfices apportés par les produits stupéfiants dans la population générale. Cela serait alors probablement un des plus grands bénéfices occultes de ce phénomène émergent ! Cette hypothèse pourrait expliquer le recul beaucoup plus faible de la prévalence de l'usage du tabac, voire son augmentation récente, le cannabis étant très majoritairement associé à du tabac, faute d'éducation à l'usage.

Si la prévalence actuelle de l'usage de l'alcool ou du tabac demeure très important dans nos sociétés, ce n'est pas lié à la légalité de ces produits, mais plutôt à un usage ancré dans la tradition culturelle pour l'alcool, aux campagnes successives d'incitation à la consommation jusque dans les années 1980 pour le tabac (distribution des P4 à l'armée), et à la prise de conscience molle et tardive des autorités quant à la nécessité de réglementer plus strictement ces filières qui régissent des produits fortement dommageables pour l'individu et la société (alcool et tabac). Quant aux drogues pharmaceutiques psychotropes, souvent à fort potentiel addictogène (benzodizépines, hypnotiques, opiacés), leur usage a augmenté considérablement sous l'essor du lobbying pharmaceutique français et sous couvert de l'ensemble de nos confrères pour atteindre 11 millions d'utilisateurs occasionnels en 2011.

3.2.2.3 *Les raisons de l'inefficacité de loi de 1970*

Nous allons voir ici pourquoi la loi de 1970 génère actuellement des freins puissants à une politique de santé publique efficace : non seulement, l'interdit ne s'adresse pas au public cible (la jeunesse) mais il décharge totalement tous les acteurs éducatifs de leur mission de prévention et d'éducation à l'usage des produits stupéfiants, qui est alors bien souvent dispensé par les pairs usagers, de manière totalement empirique. Enfin, au-delà de ces éléments, le principe même de punir pour protéger l'individu de lui-même, c'est à dire de ses propres comportements, aussi dangereux soient-ils pour lui-même, peut paraître abscond, voire absurde. Imaginez que les tentatives de suicide soient réprimées par une peine de prison, cela diminuerait-il le nombre de tentatives ? Certainement pas ! Cela augmenterait-il le nombre de tentatives réussies ? Probablement... Quant au principe plus général de punir pour éduquer ou réhabiliter socialement, très ancré dans notre société chrétienne et associé inconsciemment à la notion de rédemption salvatrice, d'expiation des fautes par la punition ou la souffrance, son efficacité n'a jamais été prouvée et la littérature tendrait plutôt à démontrer le contraire, aussi bien à l'école que dans la vie d'adulte (480).

Le cadre légal actuel n'est pas du tout adapté pour protéger les mineurs, alors que l'esprit originel de la loi de 1970, qui a perduré depuis, est pourtant de protéger la jeunesse d'un fléau, et en filigrane la société future de la décadence, selon le mythe de la drogue (449). Outre l'aspect fantasmagorique de ces perceptions, on peut s'interroger sur la pertinence de la méthode employée, en connaissance des caractéristiques de la population cible. En effet, les adolescents qui cherchent à s'affirmer en tant qu'individu et à faire leurs propres expériences remettent généralement en question les dogmes et n'hésitent pas à transgresser les interdits, surtout si cela ne semble pas justifié selon leur appréciation. De plus, comme la M.I.L.D.E.C.A. le reconnaît dans son dernier plan quinquennal, ces derniers sont en général très peu réceptifs à la notion de risque légal, ou au discours sanitaire moralisateur sous-jacent ; enfin les jeunes, ayant souvent un réseau social étendu et peu de moyens financiers sont finalement les mieux placés et les plus intéressés par la distribution du produit et deviennent volontiers dealers s'ils sont usagers réguliers pour financer leur usage. Tous ces éléments laissent d'emblée présager l'échec d'une telle politique auprès de la jeunesse qui a besoin d'être encadrée, plutôt que livrée à elle-même, ou pire à la justice.

Selon l'O.F.D.T., près de 10 % des usagers auraient un usage problématique du cannabis en France. Tous les autres usagers, soit au moins 4 millions de Français en 2014, auraient une consommation peu nocive du produit et seraient parfaitement intégrés à notre société. La non-reconnaissance légale de cet usage social du cannabis place les adultes dans une situation très inconfortable vis-à-vis du discours à dispenser à la jeunesse sur le chanvre, surtout s'ils sont usagers. Cette politique paternaliste aux allures providentielles a en effet grandement déchargé les parents de leur rôle de conseil et d'éducation à l'usage des produits stupéfiants. Il en va de même pour les éducateurs, les professeurs, les médecins et l'ensemble des acteurs d'éducation à la santé qui tendent cependant actuellement à se réapproprier cette mission au sein de l'addictologie moderne pluridisciplinaire et fédérative. Ces derniers sont en effet dans un dilemme permanent : comment éduquer un comportement qui est interdit par la loi ? Quelle place peut être accordée in fine à la réduction des dommages à l'usage de produits interdits

dans notre société ? Ce paradoxe explique sans doute pourquoi la M.I.L.D.E.C.A. n'a pas envisagé concrètement la réduction des dommages spécifiquement liés au cannabis dans son dernier plan quinquennal, alors qu'elle souhaite élargir le champ de la réduction des dommages à tous les produits faisant l'objet d'un usage problématique. Et pourtant, la vaporisation va faire l'objet d'étude pour le tabac.

Sur le plan du discours médiatique, la communication alarmiste, axée exclusivement sur les dommages apparaît contre-productive car elle est source de clivages, de tensions et de polémiques, nourrissant des perceptions diamétralement opposées et inquiétant inutilement les parents et les professionnels de santé peu informés sur le sujet. En outre, la répression de l'usage oriente largement le discours médiatique vers la politique pénale qui prend systématiquement le pas sur la politique sanitaire et occulte bien souvent la dimension préventive et la spécificité de la prévention à l'adolescence. La consommation de drogues n'est donc pas vraiment envisagée par les médias comme un trouble de l'adolescence, ces derniers tendant à réduire l'enjeu de cette conduite à une problématique juridique (470).

Sur le plan du discours familial, après 2 générations de censure sur les bénéfices et de désinformation sur les dommages, la population adulte est devenue ignorante sur le sujet, d'autant que la plupart n'ont jamais expérimenté le produit. Ils construisent alors leurs perceptions sur un fond polémique peu rassurant qui peut les conduire à se forger des représentations très péjoratives, sources d'inquiétude infondées et de clivage abscond avec leurs enfants. Dans un instinct protecteur naturel, compréhensible, vis-à-vis du risque de dommages lié au produit mais surtout à la loi, le seul discours qui est trop souvent dispensé à nos adolescents en quête d'interdits est : « n'y touche jamais, ce n'est pas bien » ou encore « c'est très dangereux, tu peux aller en prison pour cela. » Là encore, la dimension pénale occulte en grande partie la dimension sanitaire du discours. Désinformés et forts démunis, certains parents ne peuvent hélas pas dépasser cette explication, soit car toute discussion est scellée par le tabou social (intolérance extrême), soit parce que la relation de confiance est altérée, chaque partie ayant une vision trop différente de la même réalité (désinformation inquiétante vs expérimentation rassurante). Cette tendance est toutefois en cours d'évolution car l'information objective, qui va de pair avec la banalisation de son usage, pénètre progressivement dans la population générale, ce qui permet aux parents d'aborder davantage la question avec leurs enfants, et de façon plus sereine.

Devant la banalisation d'un usage interdit en population adulte, on peut se demander par ailleurs quel message les usagers adultes transmettent-ils à leurs enfants à ce sujet ? Bien qu'ayant souvent des perceptions du produit plus proches des données de référence que la population générale, ces données ne sont pas souvent mises à profit : la plupart des parents cachent en effet leur usage afin de ne pas légitimer une conduite illégale auprès de leurs adolescents et se réfugient derrière l'interdit légal plutôt que d'évoquer ce sujet complexe. Cette attitude compréhensible limite toutefois probablement toute éducation à l'usage des adolescents, et c'est une des raisons possibles pour laquelle certains parents plus libertaires ne cachent pas leur usage à leurs enfants, remettant au passage en question le bienfondé de certaines lois.

Que les parents soient usagers ou non, un discours prônant la régulation de la filière, associée à un score de tolérance élevé, met en dissonance l'autorité administrative et l'autorité parentale et peut avoir valeur d'exemple pour les enfants. Ceci nécessite donc une explication courageuse et peu évidente de la part des parents, quant au caractère hors normes, illégal et donc risqué mais néanmoins légitime, de cette consommation, afin de ne pas perturber la construction des repères fondamentaux chez les adolescents. Cette configuration reste cependant actuellement probablement le meilleur cadre parental pour une prévention de l'usage problématique et une réduction des dommages associés. Excepté dans ce dernier cas, la majorité des parents, qu'ils soient usagers ou non, ne sont donc probablement pas suffisamment à l'aise dans un cadre d'illégalité du chanvre pour investir leur mission de prévention

primaire (abstinence avant un certain âge) puis d'éducation à l'usage, dans le cas où leur enfant choisit de consommer du cannabis. Trois conditions semblent nécessaires pour améliorer la situation :

- Les parents doivent être investis de leur mission éducative générale, ce qui exclut les parents dépassés ou égoïstes, à l'origine de carences éducatives.
- Les parents doivent avoir de bonnes perceptions du produit en termes de dommages et de bénéfices, ce qui est plus fréquemment retrouvé chez les individus proches du produit mais surtout chez ceux qui sont tolérants à une régulation de la filière, par extension des données de notre étude.
- Les parents doivent être cohérents (pas de dissonance entre les paroles et les actes) et disposer d'une vision claire de cette problématique, concernant aussi bien le produit, le statut légal du produit et le lien entre ces 2 éléments.

Sur le plan du discours des acteurs de soins, notamment celui des médecins généralistes, la situation n'est guère différente de celle en population générale : parmi notre panel, seulement 112 médecins issus du sous-groupe de tolérance très élevée répondent aux 3 conditions précédentes, soit seulement 11 % du panel. L'interdit véhicule en effet de nombreux freins à une communication efficace sur le sujet, et au dépistage de l'usage sous-jacent : non seulement, il entraîne une gêne à évoquer un comportement illégal passible de prison, aussi bien pour le patient que pour le soignant, mais il oriente de surcroît vers une communication caricaturale sur les produits, en majorant l'intensité ou la fréquence des dommages induits et surtout en ignorant les bénéfices attendus. Ceci apparaît finalement contre-productif, dans la mesure où cela nuit à l'instauration d'une relation de confiance avec le patient pouvant rapidement développer des contre-résistances liées à un sentiment de culpabilité. Dans la même idée, les injonctions thérapeutiques semblent antinomiques avec la prise en charge des usagers de produit non demandeurs de soins, induisant une pratique médicale hors normes (481) et une rupture de la stratégie thérapeutique prônée par la F.F.A., basée sur l'écoute et l'empathie dans une démarche libre et éclairée du patient. Plus largement, la criminalisation des usagers est identifiée par un large consensus scientifique comme un frein à la prévention, comme l'illustre le livre blanc de la F.F.A. (482) qui propose dans ses objectifs prioritaires une modification de la loi de 1970 (propositions 6 et 12).

Par ailleurs, l'interdiction peut être plus ambiguë encore pour les médecins, dans la mesure où cette plante, en plus d'être appréciée sur un plan récréatif, peut incontestablement s'avérer utile sur un plan thérapeutique, encore faut-il pouvoir l'admettre. Aussi, s'il peut paraître choquant pour certains médecins de vouloir légaliser une drogue, l'interdire peut également paraître contre-nature pour des médecins, qui par essence distribuent des produits pour leurs bénéfices sur la santé. Quelle position peut alors tenir un médecin généraliste devant son patient condamné pour le fait de se soigner avec du cannabis, comme en témoigne par exemple le procès récent de Dominique Loumachi, perdu en appel le 11 juillet 2013, alors qu'il utilisait le cannabis pour soulager les symptômes de sa myopathie ? L'idéal serait de s'efforcer à ne retenir que les informations pertinentes et d'évacuer tout jugement empreint de subjectivité dans une relation centrée sur les motivations et les contradictions du patient, et non sur le produit.

Finalement, l'absence d'éducation parentale et sociétale, fortement liée à l'interdit légal, pourrait expliquer en partie la majoration de la prévalence de l'usage à 17 ans, observée depuis 1990 en France. Ce phénomène s'inscrit toutefois plus largement dans une mouvance sociétale dépassant nos frontières, plus axée sur l'instantanéité que par le passé mais aussi plus décomplexée de la notion de jouissance ou de plaisir, et donc certainement plus propices à accepter les bénéfices des produits et à remettre en cause l'ordre moral établi à travers le mythe de la drogue défini par A. Morel. Alors que la loi de 1970 était officiellement censée éradiquer l'usage du cannabis pour protéger notre santé, elle a échoué malgré des efforts considérables et n'a pu empêcher la banalisation de son usage en population générale. Albert Einstein a dit : « *la folie est de se comporter toujours de la même manière et d'attendre des résultats différents.* » Aussi, devant le véritable boom de l'usage de 1990 à 2000 et la stabilisation

actuelle de la prévalence à un niveau élevé, il semble plus que légitime et véritablement urgent d'acter l'inefficacité de cette politique et de mettre en adéquation la loi avec les mœurs françaises, afin de pouvoir mener une politique de santé publique pragmatique et cohérente, qui parvienne enfin à réduire les conduites addictives, spécialement chez les mineurs. Celle-ci couvrirait non seulement la prévention primaire pour tous, mais aussi la réduction des dommages chez les adultes (vaporisation par exemple) et serait accompagnée d'une éducation à l'usage au sein de chaque famille, le tabou moral lié aux lois répressives étant levé.

3.2.3 Les dommages de la prohibition pour la société

En plus d'être inefficace, voire contre-productive en termes de prévalence de l'usage, cette politique apparaît dommageable pour la société à bien des égards, mettant à mal la sécurité de l'ensemble de nos concitoyens, que cela soit sur le plan sanitaire, social, économique ou politique.

3.2.3.1 *Insécurité sanitaire*

Concernant les nombreux patients désirant recevoir des soins à base de chanvre, l'Etat nie les bénéfices thérapeutiques du produit et s'oppose au principe fondamental de la liberté de se soigner, bien qu'une brèche soit désormais ouverte avec l'arrivée prochaine du Sativex sur le marché français. Contrairement aux élucubrations de l'académie de médecine, le rapport bénéfice-risque favorable de ce produit n'est plus à prouver dans plusieurs indications et son interdiction réduit donc potentiellement le confort de vie de millions d'individus.

Concernant les cinq millions d'usagers de chanvre en France, l'Etat renonce à ses obligations de contrôle sanitaire des produits et n'informe pas les usagers sur les dangers réels des produits qui circulent sur le marché, jugés probablement insuffisamment alarmistes ou trop inconvenants. Par exemple, des fleurs adultérées avec des microbilles de verre circulent très régulièrement sur l'ensemble du territoire français depuis 2005, comme le rapporte les associations d'usagers : le centre antipoison de Nancy a été prévenu dès 2006 et le premier rapport expliquait que les billes étaient sphériques, et donc peu abrasives pour les muqueuses et in fine peu dommageables pour l'utilisateur. Pourtant, de nombreux cas ont été signalés et 8 jeunes adultes ont été hospitalisés pour des hémoptysies suite à la consommation de ces produits adultérés, selon un rapport de la DGS de 2008 (annexe 15). Seuls les urgentistes et les O.R.L. ont reçu un communiqué à ce sujet et très peu de médias ont relayé l'affaire jusqu'à présent. Le nouveau plan de la M.I.L.D.E.C.A. enfonce le clou en recommandant de manière déconcertante et non avenue « *de couper court aux idées reçues sur les vertus bio du cannabis issu des cultures domestiques françaises* » alors que ces propos vont à l'encontre de la santé publique et de la réduction des dommages, qu'elle prône pourtant dans ce même rapport, 15 pages plus haut (441).

3.2.3.2 *Insécurité publique*

Sur notre territoire, la répression du trafic permet de démanteler régulièrement des réseaux mais ceux-ci sont très rapidement remplacés et ces coups de filets spectaculaires génèrent localement des tensions importantes à l'origine d'émeutes ou de violences pouvant aller jusqu'au meurtre lors du redécoupage des territoires de vente qui en découle. On assiste désormais à des règlements de compte mortels, devenus habituels à Marseille ou dans d'autres cités vivantes du trafic, comme le souligne Stéphane Gatignon, Maire de Sevran en Ile de France. Sans compter les morts et les blessés lors des courses poursuites de go-fast par les autorités alors que la plupart du temps, il s'agit d'une mule qui ne tire pas grand profit de l'opération. La prohibition est donc un système criminogène à bien des égards qui va à l'encontre de la sécurité publique de nos concitoyens. Quant à la répression nécessaire au maintien de la prohibition, elle criminalise directement 10 % de la population adulte. Actuellement, plus de 2 millions d'interpellations pour ILS ont été enregistrées depuis 1970 (dont un million durant la dernière décennie) et près d'un usager sur 3 aurait déjà eu affaire à la police pour détention de cannabis en France.

3.2.3.3 *Insécurité politique et financière*

Le système de prohibition est avant tout un système de dérégulation d'un marché qui n'est alors régi que par les seules règles des trafiquants imposant leurs propres lois. Ce commerce est certes risqué mais à l'échelon international, il peut rapporter énormément, d'autant qu'il n'est pas taxé. S'il y a des profits en perspective, il y aura toujours quelqu'un pour s'emparer de cette manne financière. La dérégulation d'un marché est criminogène car elle permet notamment à toute une masse de capitaux issus de l'économie illicite de trouver de nouveaux champs d'investissement, au-delà des phénomènes classiques de trucage, de malversation et de détournement des réglementations subsistantes, comme les crédits subprimes par exemple (477).

Aussi, dans un contexte de demande forte de stupéfiants, ce marché a connu une augmentation exponentielle ces dernières décennies, favorisé par la dérégulation de la finance mondiale. Cela a littéralement dopé l'économie légale, conférant aux trafiquants une manne financière exorbitante, associée à une sphère d'affluence sans précédent, ainsi qu'à la corruption des plus hauts fonctionnaires d'état, à l'échelle planétaire (469). A partir de 1970, les réseaux des trafiquants, anciennement structurés par les mafias locales, ont laissé progressivement place à un réseau tentaculaire dématérialisé, plus flexible, plus réactif et plus discret. Les règles et les méthodes qui régissent l'activité de certains grossistes se confondent avec celles des grandes multinationales, qui se jouent du droit international pour réaliser toujours plus de bénéfices et les frontières entre le commerce licite et illicite sont de plus en plus floues. Les scandales financiers de ces dernières années tendent en effet à confirmer l'usage par les acteurs du monde bancaire et financier de méthodes criminelles, alors que de leur côté les trafiquants investissent dans des entreprises légales, comme l'immobilier, les télécommunications ou les énergies renouvelables (483). La crise financière est d'ailleurs une véritable aubaine pour tous ces trafiquants car elle offre des opportunités nouvelles de blanchiment de leurs liquidités par le biais des prêts usuraires et des prises de participations dans certaines institutions financières affaiblies. À ce propos, Antonio Mario Costa, alors directeur de l'O.N.U.D.C., mettait en évidence en 2008 les risques attachés au renforcement des organisations liées au trafic de drogues : « *De nombreuses banques ont été sauvées de la crise financière grâce à l'argent provenant du narcotrafic. L'Office des Nations unies contre la drogue et le crime dispose d'éléments en ce sens. Des renseignements font penser que des crédits interbancaires ont été financés grâce à des fonds issus du trafic de drogues et d'autres activités illégales. Durant la seconde moitié de 2008, le manque de liquidités a été le principal problème du système bancaire, et le capital disponible est devenu un facteur fondamental. Dans de nombreux cas, l'argent de la drogue est le seul capital d'investissement disponible.* » Cependant, Jean-François Gayraud montre bien que l'apport d'argent frais ne se limite pas aux banques (484). Il apparaît donc que le crime organisé sortira plus que jamais renforcé de la crise mondiale dans un contexte où les leçons de la grande dérégulation des années 1980 ne semblent pas avoir été tirées (483).

3.2.3.4 *Insécurité économique*

L'analyse des coûts de cette politique met en évidence une augmentation phénoménale du coût légal pour faire appliquer l'interdit depuis 40 ans. L'allocation de tels crédits, supportés par l'ensemble des contribuables est non seulement inefficace mais surtout totalement disproportionnée, puisque l'on dépenserait environ 5 fois plus pour l'interdire que ce qu'il nous coûterait en réalité, alors que parallèlement, la société dépense 1 % de ce que coûte l'alcool pour pénaliser son usage. En clair, cette politique est un gouffre financier qui n'offre aucun résultat probant, ce qui s'apparente à un véritable gaspillage des ressources publiques. Ces éléments sont connus depuis déjà 10 ans, mais cette vision pragmatique ne semble pas pénétrer réellement dans l'opinion publique. Dans tous les cas, elle n'est pas du tout assimilée par les médecins les plus coercitifs, qui estiment que l'Etat ne se donne pas réellement les moyens de lutter contre l'usage et le trafic de stupéfiants, ni par les différents gouvernements qui ne sont jamais sentis responsable d'une quelconque spoliation jusqu'alors, en

justifiant cette politique par des motifs de santé publique ! Ne ferme-t-on pas actuellement écoles et maternités dans les zones rurales, faute de moyens ?

3.2.4 Les dommages de la répression pour l'individu

Certains clament que l'augmentation du nombre d'interpellation reflète directement l'ampleur de l'« épidémie » actuelle mais la répression s'est intensifiée en réalité beaucoup plus rapidement que la prévalence de l'usage, multipliant le nombre d'interpellations par 60 depuis 40 ans, alors que l'usage aurait probablement triplé dans le même temps (1,290). Cette majoration des interpellations est la marque d'une orientation de la question beaucoup plus politique que sanitaire: en réalité, nos dirigeants produisent et instrumentalisent les statistiques officielles pour asseoir leur décision ou faire grimper leur cote de popularité, sans considération véritable pour la santé publique.

Et c'est pourtant officiellement au nom de la santé publique (délit d'usage inscrit au Code de santé publique), qui a vraiment le dos large, que la répression persécute les usagers en distribuant arbitrairement, ou de manière discriminatoire de lourdes peines aucunement justifiées d'un point de vue éthique. Cette répression engendre « *des dommages infiniment supérieurs aux dommages engendrés par le produit* », comme l'a déclaré à la télévision Jimmy Carter en 1978 lors de la campagne d'investiture à la Maison Blanche. Certains états, profitant du soutien sans faille de l'O.N.U. dans la lutte contre les stupéfiants, condamnent parfois les usagers à mort ou à la prison à perpétuité, en toute impunité. Au vu des connaissances scientifiques et sociologiques sur le cannabis, continuer une telle politique est incontestablement une faute très grave qui pourrait être qualifié de crime contre l'humanité par les plus prosélytes. Cette politique obscurantiste, comparable à une chasse aux sorcières moyenâgeuse, a déjà fait énormément de dommages aussi bien sur le plan individuel que sur le plan sociétal, en brisant des centaines de millions de vie à travers le monde en un demi-siècle. Rien qu'aux États-Unis, les peines de prison cumulées pour des affaires de cannabis représentent 14 millions d'années avec un coût carcéral de 450 milliards de dollars (467). Les premières victimes de cette politique portant atteinte à la liberté de consommer sont évidemment les usagers qui sont fortement précarisés par les lois répressives sur les stupéfiants, mais il existe également de nombreuses victimes collatérales de cette politique (parents, enfants, employeur) auxquelles on ne prête guère attention. Sur un plan individuel, une interpellation pour usage simple peut avoir de graves répercussions, comme la perte de permis de conduire, une lourde amende, une peine de prison avec sursis ou une incarcération, autant de facteurs précipitant vers l'exclusion sociale. L'Etat n'est plus le seul à mettre l'amende : cela peut être désormais un patron qui vous licencie, suite à un dépistage urinaire positif, un époux ou une épouse qui révèle des faits d'usage pour obtenir la garde des enfants en cas de divorce, cas de plus en plus fréquent aux conséquences parfois dramatiques pour le prévenu. Globalement, la révélation des faits d'usage nuit volontiers à la réputation, et c'est donc plus généralement la société toute entière qui discrimine les usagers. Cette précarisation des usagers est aujourd'hui étendue depuis que le dépistage de l'usage est pratique courante, aussi bien sur les routes que dans le monde du travail.

L'analyse des coûts de l'interdiction met en évidence que les mesures répressives se concentrent sur les plus pauvres, ce qui pourrait à la fois constituer un argument en faveur de la légalisation, au nom de la justice sociale, et expliquer la difficulté à mener la réforme du fait du faible poids politique des individus les plus touchés (406). Parmi les usagers, les populations les moins insérées socialement, comme les jeunes, les immigrés et les chômeurs, sont particulièrement discriminées par cette politique, renforçant ce cliché auprès de l'opinion publique. Que reproche-t-on finalement à ces chômeurs qui cultivent du chanvre pour pouvoir payer leurs impôts et leurs factures, par ces temps de crise populaire ? Pourquoi nos jeunes qui organisent le marché au détail dans leur cercle d'amis (camarades scolaires bien souvent) pour financer leur usage risquent une condamnation judiciaire à tout moment, principale source d'inquiétude des parents ? Force est de constater que la prohibition laisse le champ libre à un immense marché dérégulé et que la précarisation est probablement un facteur de vulnérabilité pour entrer dans ce marché, bien que cette condition ne soit ni nécessaire, ni suffisante. Ces clichés

seraient donc vérifiés en partie à cause de l'interdit mais surtout amplifiés par la discrimination d'une certaine catégorie d'usagers par les forces de l'ordre. Depuis une décennie, plus de 100 000 peines de prison ferme ont été prononcées en France pour ILS portant sur du cannabis, la grande majorité pour usage-revente (économie de survivance, voire de confort). Nous ne disposons pas de statistique sur l'origine ethnique des interpellés en France, mais aux Etats-Unis et au Royaume-Uni, les statistiques sont édifiantes et montrent une surreprésentation importante de minorités ethniques, révélant les vecteurs xénophobes de la prohibition, toujours latents (403). Une étude récente compare les données policières et les données déclaratives (485) et conclut que « *Les enquêtes en population générale illustrent la grande diversité des usagers de cannabis (et des usages). Les résultats suggèrent que les consommateurs les plus exposés à l'interpellation présentent des caractéristiques qui sont loin d'épuiser cette diversité. Il apparaît aussi qu'une majorité d'usagers, qui a priori risquent peu d'être interpellés, est à bien des égards très proche de la population des non-usagers, en termes de profil sociodémographique et comportemental.* Ces résultats, qui étayaient le constat d'une normalisation des usages de cannabis (486), contredit le discours des autorités qui tend à présenter les usagers de cannabis dans leur ensemble comme une population à problèmes, regroupant des marginaux censés accumuler les conduites délictueuses. Cette politique discriminatoire porte donc atteinte au principe d'égalité de traitement et présente des relents fascistes, comme en témoigne l'Article 434-1 du code pénal concernant l'obligation de dénonciation de toute culture de cannabis considérée comme un crime, ou les campagnes de délation rémunérées des cannabiculteurs menées par exemple au Royaume-Uni ou aux Pays-Bas.

3.2.5 Conclusion : l'urgence des réformes

Malgré tous ces éléments, la banalisation du discours sur le cannabis et son statut légal, c'est-à-dire le fait de pouvoir en parler librement sans rougir, reste un concept mal compris et souvent rejeté par l'opinion publique, comme par certains médecins généralistes. Cette banalisation apparaît pourtant, comme une étape indispensable, pour sortir des clichés moralisateurs infondés scientifiquement et développer de meilleures représentations sur les produits, indispensable à une prise en charge adaptée de la question. Il pourrait être utile de chercher à conforter ce lien par de nouvelles études. Cette politique, portant atteinte aux principes fondamentaux de liberté et d'égalité, est pourtant soutenue par l'opinion publique, par le biais d'une fausse morale sanitaire, alors qu'elle méprise de facto la santé publique, les finances publiques et la sécurité de nos concitoyens, tout en dynamisant l'économie parallèle, ce qui menace sérieusement les principes de la démocratie. C'est pourquoi certaines voix, parmi les plus hauts représentants des états, comme par exemple au sein de la commission globale sur les drogues (454), s'élèvent contre cette politique de prohibition, jugée obscurantiste, car ignorant aveuglément les dommages qu'elle engendre et les bénéfices dont elle se prive. Cette approche nécessite une révision des lois, en se basant selon J-M. Costes « *sur les principes fondamentaux du droit et des valeurs de l'Union Européenne : le respect de la dignité humaine, la liberté, l'égalité, la solidarité, la démocratie et la primauté du droit et des droits de l'homme. Elle doit viser à protéger et à améliorer le bien-être de la société et de l'individu, afin de protéger la santé publique et d'offrir un niveau élevé de sécurité pour le grand public.*»

Pour conclure, nous reprendrons la synthèse du rapport présenté au Bundestag à l'automne 2013 qui est signé par 106 professeurs de droit pénal en Allemagne (487) et qui résume avec brio la situation actuelle. Ces experts juridiques justifient l'appel pour une réforme urgente des lois sur les drogues par « *l'échec du contrôle répressif de l'offre et de la demande des drogues dans le monde* » une part, et par « *l'excès actuel de criminalisation de la population* » d'autre part. Ces éléments sont basés sur 5 constats :

- La prohibition **échoue systématiquement dans son objectif de prévention** de la consommation nocive de certaines substances. De fait, toutes les études scientifiques pertinentes démontrent qu'il est impossible que la prohibition atteigne cet objectif.

- Avec la prohibition des drogues l'État **abandonne son contrôle sur la disponibilité et la pureté** des drogues. Le problème n'est pas les effets des drogues mais plutôt la politique répressive en matière de drogues.
- La prohibition est **préjudiciable à la société** : elle favorise le crime organisé et le marché noir. De même, elle réduit les droits civils et corrompt l'État de Droit. La concentration massive de pouvoir dans les cartels et les mafias augmente le risque d'échec de la société civile.
- La prohibition représente **un coût disproportionné** : les citoyens sont victimes de la délinquance relative aux drogues, chaque année des milliards de dollars sont dépensés pour l'application de la loi. Ils seraient mieux utilisés dans la prévention et la protection de la santé.
- La prohibition porte **préjudice aux consommateurs** : ils sont discriminés, poursuivis et projetés vers des occupations criminelles. Il n'y a pas de protection des consommateurs ni des mineurs. On favorise des façons de consommer risquées et les consommateurs sont exposés à des maladies dangereuses (V.I.H., Hépatite C).

3.3 UNE APPROCHE PROGRESSISTE BASEE SUR LES BENEFICES ET LA REDUCTION DES DOMMAGES :

Jusqu'alors, l'approche de la problématique était basée sur les dommages globaux et la réduction des bénéfices associés au produit, aussi masochiste que cela puisse paraître. Cette tendance est en train de s'inverser actuellement grâce aux découvertes scientifiques sur les cannabinoïdes (approche médicale), mais également sous l'impulsion de l'addictologie moderne qui développe une prévention nouvelle. Celle-ci place l'usager au centre du débat et prend en compte la dimension heureuse de la consommation de substances psychoactives : *« une prévention qui ne s'obnubile pas que sur la question de la santé, mais qui s'ouvre sur le champ de la qualité de vie et sur la citoyenneté (449) »*, une action recentrée sur la prévention secondaire, consciente que l'abstinence n'est qu'une option parmi d'autres pour réduire les dommages, que la majorité des usages ne sont pas problématiques, et surtout que l'usager est le 1^{er} expert de lui-même et **de son propre changement**.

3.3.1 Cannabis médical

Comme nous l'avons vu dans la première partie, de nombreuses recherches sont en cours sur les cannabinoïdes et certaines pourraient contre toute attente avoir **une portée majeure**, notamment dans la lutte contre le cancer ou contre les maladies chroniques inflammatoires ou dégénératives. Au vu de nombreux résultats prometteurs sur le plan expérimental, les premières études cliniques dans ces indications débutent seulement et elles ont pour objet de tester l'intérêt thérapeutique, non seulement du cannabis naturel et de certains cannabinoïdes, mais également de nombreuses autres substances qui, chacune à leur manière, exercent une influence soit sur les récepteurs cannabinoïdes, soit sur le taux d'endocannabinoïdes de l'organisme. Cette nouvelle approche de la recherche sur le système endocannabinoïde est plus conventionnelle car elle cherche à prouver les bénéfices thérapeutiques d'un produit plutôt qu'à en prouver les dommages, de manière à en tirer un bénéfice économique. Le financement de ces recherches est bien souvent privé, indépendant de l'Etat, contrairement à l'essentiel des études « politisées » faites pour en prouver les dommages avant 2000. En France, il existe cependant un lobby pharmaceutique très puissant et très organisé qui verrait probablement d'un mauvais œil tout assouplissement légal sur les produits naturels « non brevetables », notamment le cannabis, estimant probablement que cela pourrait leur faire perdre d'importantes parts de marché. Et pourtant, ce médicament naturel ne revient pas cher à produire, il contient de nombreux principes actifs différents, facilement titrables par chromatographie, et son usage, indiqué dans plus d'une dizaine de pathologies, présente très peu de toxicité en utilisant des modes d'administration appropriées. Certains laboratoires ne misant pas tout sur les molécules de synthèse l'ont compris et ont déjà commercialisé dans certains pays une gamme de traitement à base de phytocannabinoïdes, comme le Sativex par exemple, qui arrivera en France dès 2015.

3.3.2 Cannabis récréatif

Depuis une décennie, nous assistons à une montée en puissance à l'échelle mondiale d'un lobby financier pro-régulation plus ou moins assumé, à travers de multiples sociétés vendant légalement du matériel spécialisé pour la cannabiculture, des semences mais aussi de nombreux accessoires de consommation (feuilles, boîte, grinder, pipes, bang, vaporisateurs) et même des fleurs, de la résine et de l'huile de chanvre dans certains pays. La France n'est pas épargnée par ce phénomène : plus de 400 « growshop » ont fleuri depuis l'an 2000 et il existe même depuis peu des grainetiers, comme « french touch seed » qui propose pour l'anecdote des semences de « guillotine » ou de « frenchcheese », sans compter que la vente par correspondance sur internet bat son plein et permet d'acheter très facilement à l'étranger. Le développement du cannabisbusiness, tout comme l'émergence considérable de la culture domestique ne sont pas des épiphénomènes ou des phénomènes de mode, mais ils s'appuient sur de véritables tendances de fond, traduisant les évolutions de la société en termes d'usage et de perceptions. Le cannabis est en train de s'inscrire culturellement dans notre société car il fait aujourd'hui l'objet d'une consommation de masse, qui va de pair avec la banalisation de son statut illicite et la reconnaissance de ses bénéfices, mais aussi avec l'émergence d'un savoir et de compétences autour d'un produit anobli et valorisé, comme l'illustre les différentes « cannabis cup » à travers le monde. A quand les clubs de chanvrologie en France à l'instar des clubs d'œnologie ? Cette inscription culturelle est d'ailleurs nettement visible à travers le cinéma et les séries télévisuelles, où le chanvre apparaît désormais très régulièrement, et de manière tout à fait banale, ce qui n'était pas le cas dans les années 2000.

Parallèlement, cette consommation de masse génère un marché très juteux qui est encore essentiellement partagé entre les réseaux du crime organisé et les fonctionnaires d'Etat corrompus. Cet argent chiffré en milliards d'euros annuels, rien que pour la France, pourrait et devrait pourtant profiter à tous. L'argent de la taxation du chanvre pourrait notamment renflouer les caisses de la Sécurité sociale et de l'Etat. Une partie pourrait notamment être utilisée pour le contrôle de la qualité des produits et la recherche sur les cannabinoïdes, ainsi que pour mener de grandes campagnes médiatiques d'information, de prévention et d'éducation publique sur l'usage de chanvre. La réalité du cannabis, comme vous l'aurez compris, ce n'est pas seulement des dommages, somme toute limités, mais ce sont aussi des bénéfices importants sur le plan individuel, et potentiellement colossaux sur le plan sociétal en cas de régulation de la filière. De nombreux pays ont saisi cette réalité et ont fait évoluer leur législation afin de mieux gérer ce phénomène, tirant un trait sur la prohibition et ses conséquences néfastes. En 2014, trois états ont choisi de légaliser le cannabis (Colorado, Washington et Uruguay) et 26 pays ont dépénalisé son usage à travers le monde. La prohibition du cannabis montre actuellement ses limites sur le plan planétaire. Il n'en demeure pas moins que certains états continuent toujours actuellement de réprimer son usage par de lourdes peines d'emprisonnement et son commerce par la peine de mort. Ces actes barbares, violant les droits de l'homme à bien des égards et dénoncés dans tous les rapports annuels d'Amnesty international, sont encore perpétrés dans de nombreux pays, comme par exemple aux Émirats Arabes, en Inde, au Koweït, en Algérie, au Laos, au Vietnam, aux Philippines, en Indonésie, en Thaïlande ou encore en Syrie, autant de gouvernements qui font ainsi bonne figure auprès des Nations-Unies, tout en légitimant le contrôle de la population par les autorités et de nombreuses mesures arbitraires au passage (contrôle des opposants politiques notamment).

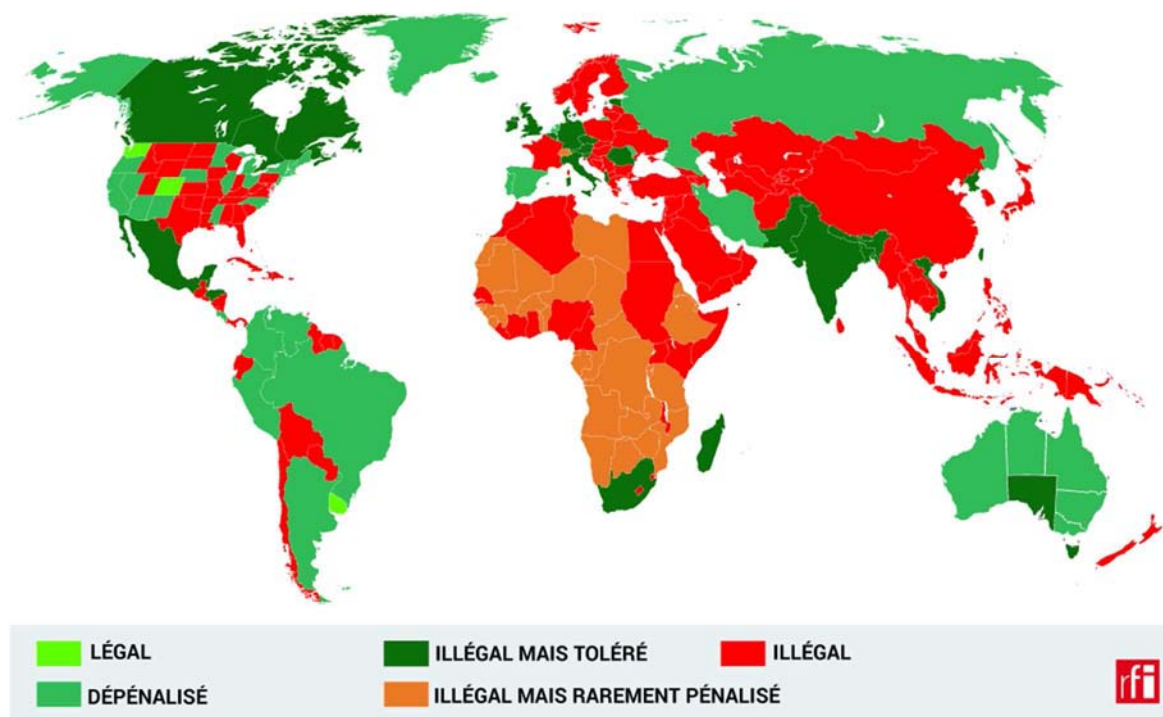


Figure 108 : la législation sur le cannabis dans le monde en 2014. Source : Radio France international.

3.3.3 Conclusion : des réformes pragmatiques en cours

Pour conclure, les lignes politiques et les représentations sur le cannabis sont en pleine évolution dans le monde entier, au vu des bénéfices suggérés à la fois par le produit et par un assouplissement des lois. La France n'est pas épargnée avec l'arrivée prochaine du Sativex dans nos officines. Après près d'un siècle de prohibition mondiale, il est aisé de comprendre que les différents gouvernements sont souvent en manque de solutions pratiques, faciles, et acceptables pour les industriels, comme pour l'opinion publique malmenée depuis tant d'années sur ce sujet, pour profiter pleinement de ces bénéfices grâce à une régulation totale de sa filière. Aussi, il incombe désormais aux dirigeants courageux, qui ont assurément connaissance de tous ces éléments, de prendre leur responsabilité et de légiférer, dans une approche pragmatique émergente de réduction des dommages et d'éducation à l'usage, avec en perspective des bénéfices colossaux pour la société. Pour cela, il semble opportun de mettre en place rapidement trois éléments présentés par ordre de priorité :

- un cadre légal facilité pour la recherche concernant les bénéfices thérapeutiques du cannabis.
- un système de distribution harmonisé du cannabis médical en Europe dans le cadre de l'accès aux soins.
- un système de régulation de la filière récréative, afin d'encadrer les pratiques et de réduire les conduites addictives, mais aussi afin d'améliorer la cohésion sociale et la sécurité urbaine, tout en renflouant les caisses de l'Etat par la taxation du produit.

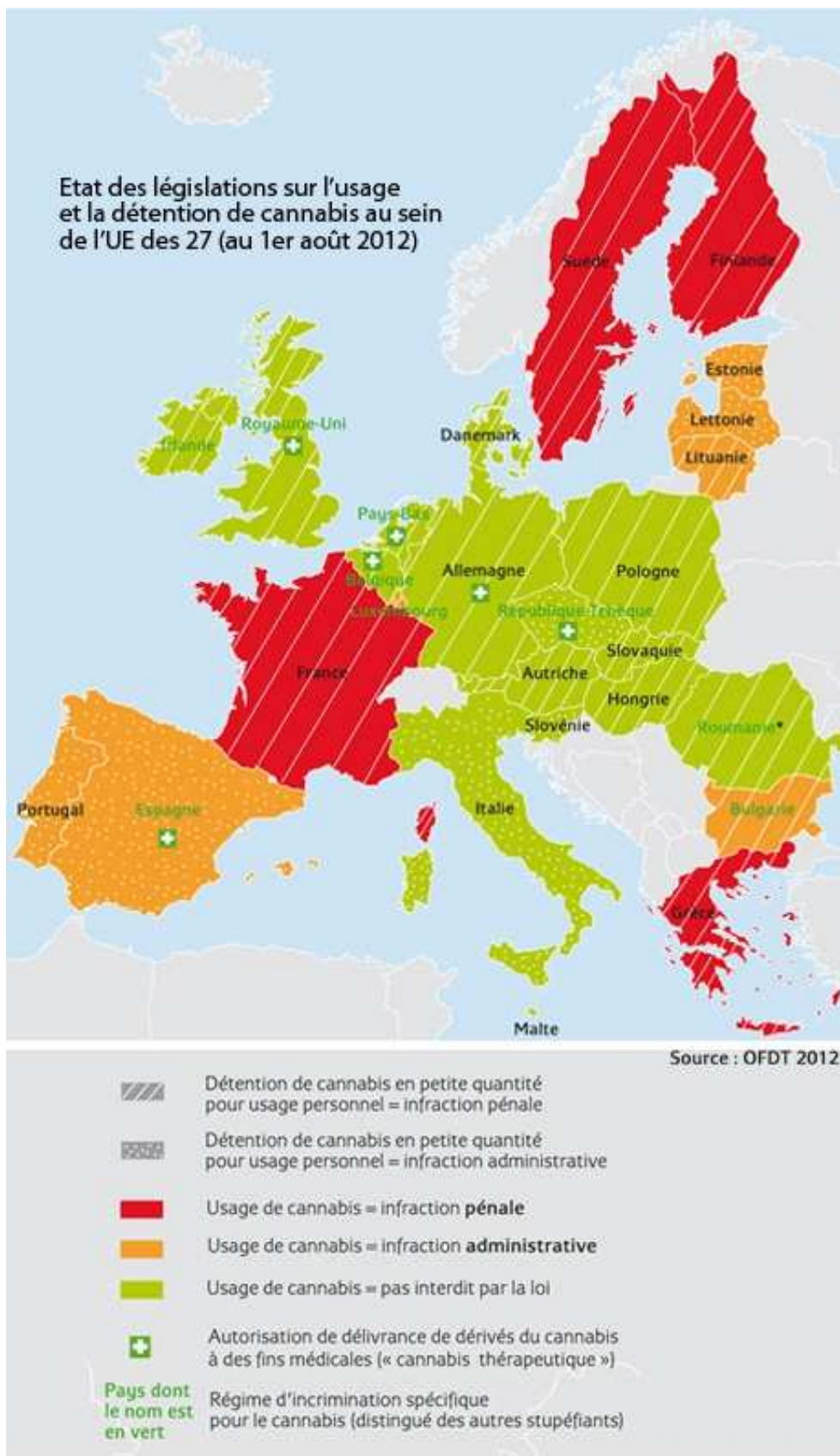


Figure 109 : état des législations sur l'usage et la détention de cannabis au sein de l'UE. Source : O.F.D.T. (01/08/2012)

CONCLUSION

Loin de prétendre que le cannabis est une panacée, ce travail fait avant tout un état des lieux objectif et exhaustif des représentations du cannabis chez les médecins généralistes lorrains. Il met en évidence l'étendue très vaste des représentations du cannabis, supérieure à celle des drogues légales, signant la nature fortement polémique du sujet. Les évaluations moyennes des dommages et des bénéfices du cannabis sont cependant relativement proches de celles des drogues légales, notamment du tabac sur le plan individuel et de l'alcool sur le plan sociétal. Seuls les bénéfices sociétaux du chanvre, dépendant fortement du contexte légal (bénéfices culturels exceptés) sont évalués nettement inférieurs à ceux des drogues légales, sans quoi la perception moyenne de la balance globale du chanvre serait majorée de 7 à 10 points et deviendrait similaire à celle du tabac, et non à celle de l'alcool. En revanche, la perception du statut légal du chanvre est nettement plus mitigée que celle du statut légal de l'alcool et du tabac, bien que le consensus sur la meilleure conduite politique à tenir n'existe pour aucun produit chez les médecins généralistes. Le lien entre l'évaluation de la balance globale d'un produit et la perception de son statut légal est limité car l'essence des représentations du statut légal repose sur des notions plus philosophiques comme l'aliénation liée à la prise de produits addictifs d'un côté ou l'atteinte aux libertés individuelles de l'autre, ou encore l'intérêt de mesures coercitives plutôt qu'éducatives pour protéger l'individu de lui-même, et la société de l'une de ses composantes.

Par ailleurs, ce travail témoigne d'une carence de formation spécifique de nos confrères sur les dommages liés à l'usage de chanvre appuyant la nécessité d'une formation accrue des médecins généralistes sur le produit, mais aussi d'une sous-estimation globale des bénéfices de tous les produits assurément en lien aux dogmes moralisateurs et à la pression concernant l'usage de produits addictifs. Ce travail invite ainsi les médecins à plus de tolérance, quant à la façon d'aborder la question séculaire de la consommation de produits. Un bon niveau de tolérance semble en effet un facteur primordial pour se forger de bonnes représentations. Ces résultats encouragent ainsi les médecins à une nouvelle lecture de l'information, plus éclairée, pour comprendre la genèse de leurs propres représentations sur les produits, afin d'être capable d'éviter les jugements hâtifs et stigmatisants ou les attitudes discriminatoires peu compatibles avec la pratique professionnelle d'un médecin généraliste. Dans la ligne des objectifs de la F.F.A. qui souhaite améliorer les perceptions des médecins généralistes sur les produits (objectif 9 du livre blanc), ce travail aide à la remise en question des positions déjà tranchées, en considérant la part plus ou moins importante de la dimension subjective dans la genèse de ces représentations qui transparait à travers l'évolution des perceptions selon les scores de proximité et de tolérance. Cette subjectivité est fortement modelée par le message délivré par les autorités, comme en témoigne les nombreux clichés erronés persistant chez les médecins généralistes, non seulement sur les dommages mais aussi sur les bénéfices associés, fruit de l'instrumentalisation de la science et des médias par le pouvoir politico-financier durant des décennies.

Pour conclure, notre travail met en évidence que la prohibition des stupéfiants découle du mythe de la drogue et de la vision dogmatique qui y est associée. Cette perception est pétrie d'une idéologie manichéenne d'inspiration judéo-chrétienne, qui ignore à la fois les effets positifs du produit et les effets négatifs de l'interdit, ce qui apparaît aujourd'hui clairement contre-productif en termes de santé publique, mais aussi dommageable dans de nombreux autres domaines fondamentaux pour les sociétés, tel que la sécurité, l'économie, la démocratie. Dans ces conditions, notre intérêt à tous serait de faire preuve de nuances, de dépasser les clivages et les idées polémiques stériles et d'élever enfin le débat politique sur cette question aux multiples volets - sanitaire, sécuritaire, culturel, économique et social- afin de construire un nouveau cadre légal, basé sur une approche plus respectueuse des usagers et plus

en phase avec les réalités, support indispensable à une prise en charge optimale des usages problématiques et des conduites addictives. Une régulation de cette économie parallèle, centrée sur les usagers et la réduction des dommages, et non sur les produits et leurs dommages hypothétiques non prouvés scientifiquement apporterait en effet des bénéfices considérables, tout en réduisant les dommages, aussi bien au niveau individuel que sociétal. A l'heure où l'Europe cherche des fonds pour financer un New Deal capable d'endiguer les effets de la crise mondiale, il serait plus qu'opportun de financer ce vaste projet social par une mesure doublement rentable, comme l'a fait Roosevelt aux Etats-Unis en 1935, en réduisant les dépenses folles liées à la prohibition de l'alcool et en augmentant les bénéfices par sa taxation. En clair, le moment semble venu de sortir de l'obscurantisme et de rendre au cannabis et à ses usagers la place sociale qu'ils méritent, afin d'embraser pleinement la réalité de cette plante aux intérêts multiples et non négligeables, ne serait-ce que sur le plan des bénéfices thérapeutiques.

BIBLIOGRAPHIE

1. Costes J, al. Cannabis: données essentielles. Saint Denis: O.F.D.T.; 2007. 229 p.
2. Reynaud-Maurupt C. Les habitués du cannabis - une enquête qualitative auprès des usagers réguliers. Saint Denis; 2009.
3. Berger D, Courty P. Représentations du cannabis des futurs acteurs de prévention en formation. Santé Publique. 2007 Dec 15;Vol. 19(5):383-99.
4. Dany L, Apostolidis T. L'étude des représentations sociales de la drogue et du cannabis : un enjeu pour la prévention. Santé Publique. 2002;14(4):pp. 335-344.
5. Bacle F, Perdrieau JF, Lalande M, Nougairède M, Fontaine A, Simonpoli AM, et al. Étude prospective du suivi de 95 patients usagers de drogue en médecine générale. Rev Médecine Interne. 1999 Jun;20, Supplement 1:s119.
6. Bloch J, Charpak Y, Monaque C, Fhima A. Base bibliographique OFDT. Santé Publique. 1999;11(3):287-95.
7. Macleod J, Hickman M. How ideology shapes the evidence and the policy: what do we know about cannabis use and what should we do? Addict Abingdon Engl. 2010 Aug;105(8):1326-30.
8. Morgan CJA, Muetzelfeldt L, Muetzelfeldt M, Nutt DJ, Curran HV. Harms associated with psychoactive substances: findings of the UK National Drug Survey. J Psychopharmacol Oxf Engl. 2010 Feb;24(2):147-53.
9. Bourgain C, Falissard B, Blecha L, Benyamina A, Karila L, Reynaud M. A damage/benefit evaluation of addictive product use. Addiction. 2012 Feb;107(2):441-50.
10. Degenhardt L, Chiu W-T, Sampson N, Kessler RC, Anthony JC, Angermeyer M, et al. Toward a Global View of Alcohol, Tobacco, Cannabis, and Cocaine Use: Findings from the WHO World Mental Health Surveys. PLoS Med. 2008 Jul 1;5(7):e141.
11. Rehm J, Mathers C, Popova S, Thavorncharoensap M, Teerawattananon Y, Patra J. Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol-use disorders. Lancet. 2009 Jun 27;373(9682):2223-33.
12. Nutt D, King LA, Saulsbury W, Blakemore C. Development of a rational scale to assess the harm of drugs of potential misuse. Lancet. 2007 Mar 24;369(9566):1047-53.
13. Casswell S. Alcohol industry and alcohol policy—the challenge ahead. Addiction. 2009;104:3-5.
14. Aarons GA, Brown SA, Stice E, Coe MT. Psychometric evaluation of the marijuana and stimulant effect expectancy questionnaires for adolescents. Addict Behav. 2001 Apr;26(2):219-36.
15. Wipfli H, Samet JM. Global economic and health benefits of tobacco control: part 1. Clin Pharmacol Ther. 2009 Sep;86(3):263-71.
16. Wipfli H, Samet JM. Global economic and health benefits of tobacco control: part 2. Clin Pharmacol Ther. 2009 Sep;86(3):272-80.
17. Mukamal KJ, Rimm EB. Alcohol consumption: risks and benefits. Curr Atheroscler Rep. 2008 Dec;10(6):536-43.
18. Rohsenow DJ, Sirota AD, Martin RA, Monti PM. The Cocaine Effects Questionnaire for patient populations: development and psychometric properties. Addict Behav. 2004 May;29(3):537-53.
19. Collins D, Lapsley H. The Social Costs and Benefits of Gambling: An Introduction to the Economic Issues. J Gambli Stud. 2003 Jun 1;19(2):123-48.
20. Nutt DJ, King LA, Phillips LD. Drug harms in the UK: a multicriteria decision analysis. Lancet. 2010 Nov;376(9752):1558-65.
21. Holma K, Koski-Jännes A, Raitasalo K, Blomqvist J, Pervova I, Cunningham JA. Perceptions of addictions as societal problems in Canada, Sweden, Finland and St. Petersburg, Russia. Eur Addict Res. 2011;17(2):106-12.
22. Luquiens A, Reynaud M, Aubin HJ. Is controlled drinking an acceptable goal in the treatment of alcohol dependence? A survey of French alcohol specialists. Alcohol Alcohol Oxf Oxf. 2011 Oct;46(5):586-91.
23. Distance à l'objet et représentations du cannabis - Cairn.info [Internet]. [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://www.cairn.info/bases-doc.univ-lorraine.fr/revue-internationale-de-psychologie-sociale-2007-3-page-77.htm>
24. Da Silva. Enquête sur la consommation de cannabis chez les étudiants du Des de médecine générale [Doctorat de médecine générale]. [Paris V]: René Descartes; 2007.
25. Laure P, Binsinger C. [Consumption of "performance-enhancing" products by general practitioners]. Thérapie. 2003 Oct;58(5):445-50.
26. Grotenhermen F. Cannabis en médecine: un guide pratique des applications médicales du cannabis et du THC. Editions Indica; 2009. 217 p.
27. Manniche L. An ancient Egyptian herbal. Austin: University of Texas Press; 1989.
28. Russo EB, Jiang H-E, Li X, Sutton A, Carboni A, Bianco F del, et al. Phytochemical and genetic analyses of ancient cannabis from Central Asia. J Exp Bot. 2008 Nov 1;59(15):4171-82.
29. Letourneau E. Le Chanvre: Ses Vertus et Ses Propriétés Médicinales. 2001.
30. Mercurii AM, Bandini Mazzanti M, Alberta Accorsi Carla. The long history of Cannabis and its cultivation by the Romans in central Italy, shown by pollen records from Lago Albano and Lago di Nemi. Veg Hist Archaeobotany. 2002 Dec;11(4):263-76.

31. O'Shaughnessy WB. On the Preparations of the Indian Hemp, or Gunjah. *Prov Med J Retrospect Med Sci.* 1843 Feb 4;5(123):363–9.
32. Zlas J, Stark H, Seligman J, Levy R, Werker E, Breuer A, et al. Early medical use of cannabis. *Nature.* 1993 May 20;363(6426):215–215.
33. Beauchesne L. Les drogues. Les coûts cachés de la prohibition - Line Beauchesne [Internet]. Quebec: Lanctôt; 2003 [cited 2014 Feb 27]. 297 p. Available from: <http://www.decitre.fr/livres/les-drogues-9782894852446.html>
34. Gaoni Y, Mechoulam R. Isolation, Structure, and Partial Synthesis of an Active Constituent of Hashish. *J Am Chem Soc.* 1964 Apr 1;86(8):1646–7.
35. De Petrocellis L, Di Marzo V. Non-CB1, non-CB2 receptors for endocannabinoids, plant cannabinoids, and synthetic cannabimimetics: focus on G-protein-coupled receptors and transient receptor potential channels. *J Neuroimmune Pharmacol Off J Soc NeuroImmune Pharmacol.* 2010 Mar;5(1):103–21.
36. Devane WA, Hanus L, Breuer A, Pertwee RG, Stevenson LA, Griffin G, et al. Isolation and structure of a brain constituent that binds to the cannabinoid receptor. *Science.* 1992 Dec 18;258(5090):1946–9.
37. Décret n° 2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés. 2013-473 juin, 2013.
38. Oviedo Rodriguez RJ, Brands B, Adlaf E, Gierbrecht N, Simich L, Wright M da GM. [Critical perspective of relatives and acquaintances regarding protective factors and the use of illicit drugs in Guayaquil, Ecuador]. *Rev Lat Am Enfermagem.* 2009 Dec;17 Spec No:831–7.
39. De Petrocellis L, Ligresti A, Moriello AS, Allarà M, Bisogno T, Petrosino S, et al. Effects of cannabinoids and cannabinoid-enriched Cannabis extracts on TRP channels and endocannabinoid metabolic enzymes. *Br J Pharmacol.* 2011 Aug;163(7):1479–94.
40. O'Sullivan SE, Kendall DA. Cannabinoid activation of peroxisome proliferator-activated receptors: potential for modulation of inflammatory disease. *Immunobiology.* 2010 Aug;215(8):611–6.
41. Felder CC, Joyce KE, Briley EM, Mansouri J, Mackie K, Blond O, et al. Comparison of the pharmacology and signal transduction of the human cannabinoid CB1 and CB2 receptors. *Mol Pharmacol.* 1995 Sep;48(3):443–50.
42. Pertwee RG, Howlett AC, Abood ME, Alexander SPH, Di Marzo V, Elphick MR, et al. International Union of Basic and Clinical Pharmacology. LXXIX. Cannabinoid receptors and their ligands: beyond CB₁ and CB₂. *Pharmacol Rev.* 2010 Dec;62(4):588–631.
43. Serrano A, Parsons LH. Endocannabinoid influence in drug reinforcement, dependence and addiction-related behaviors. *Pharmacol Ther.* 2011 Dec;132(3):215–41.
44. Bradshaw HB, Walker JM. The expanding field of cannabimimetic and related lipid mediators. *Br J Pharmacol.* 2005 Feb;144(4):459–65.
45. De Petrocellis L, Di Marzo V. An introduction to the endocannabinoid system: from the early to the latest concepts. *Best Pract Res Clin Endocrinol Metab.* 2009 Feb;23(1):1–15.
46. Mechoulam R, Spatz M, Shohami E. Endocannabinoids and Neuroprotection. *Sci Signal.* 2002 Apr 23;2002(129):re5.
47. Pertwee RG. The therapeutic potential of drugs that target cannabinoid receptors or modulate the tissue levels or actions of endocannabinoids. *AAPS J.* 2005 Oct 24;7(3):E625–E654.
48. Pertwee RG. Emerging strategies for exploiting cannabinoid receptor agonists as medicines. *Br J Pharmacol.* 2009 Feb;156(3):397–411.
49. Wang D, Wang H, Ning W, Backlund MG, Dey SK, DuBois RN. Loss of cannabinoid receptor 1 accelerates intestinal tumor growth. *Cancer Res.* 2008 Aug 1;68(15):6468–76.
50. Teixeira-Clerc F, Julien B, Grenard P, Van Nhieu JT, Deveaux V, Li L, et al. CB1 cannabinoid receptor antagonism: a new strategy for the treatment of liver fibrosis. *Nat Med.* 2006 Jun;12(6):671–6.
51. Devane WA, Dysarz FA 3rd, Johnson MR, Melvin LS, Howlett AC. Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain. *Mol Pharmacol.* 1988 Nov;34(5):605–13.
52. Matsuda LA, Lolait SJ, Brownstein MJ, Young AC, Bonner TI. Structure of a cannabinoid receptor and functional expression of the cloned cDNA. *Nature.* 1990 Aug 9;346(6284):561–4.
53. Munro S, Thomas KL, Abu-Shaar M. Molecular characterization of a peripheral receptor for cannabinoids. *Nature.* 1993 Sep 2;365(6441):61–5.
54. Di Marzo V, Piscitelli F, Mechoulam R. Cannabinoids and endocannabinoids in metabolic disorders with focus on diabetes. *Handb Exp Pharmacol.* 2011;(203):75–104.
55. Aggarwal SK. Cannabinergic pain medicine: a concise clinical primer and survey of randomized-controlled trial results. *Clin J Pain.* 2013 Feb;29(2):162–71.
56. Kraft B. Is there any clinically relevant cannabinoid-induced analgesia? *Pharmacology.* 2012;89(5-6):237–46.
57. Guindon J, Hohmann AG. The endocannabinoid system and pain. *CNS Neurol Disord Drug Targets.* 2009 Dec;8(6):403–21.
58. Watkins BA, Hutchins H, Li Y, Seifert MF. The endocannabinoid signaling system: a marriage of PUFA and musculoskeletal health. *J Nutr Biochem.* 2010 Dec;21(12):1141–52.

59. Greineisen WE, Turner H. Immunoactive effects of cannabinoids: considerations for the therapeutic use of cannabinoid receptor agonists and antagonists. *Int Immunopharmacol.* 2010 May;10(5):547–55.
60. Jean-Gilles L, Gran B, Constantinescu CS. Interaction between cytokines, cannabinoids and the nervous system. *Spec Issue Cannabinoids Immunol.* 2010 Aug;215(8):606–10.
61. Teixeira D, Pestana D, Faria A, Calhau C, Azevedo I, Monteiro R. Modulation of adipocyte biology by $\delta(9)$ -tetrahydrocannabinol. *Obes Silver Spring Md.* 2010 Nov;18(11):2077–85.
62. Rice W, Shannon JM, Burton F, Fiedelvey D. Expression of a brain-type cannabinoid receptor (CB1) in alveolar Type II cells in the lung: regulation by hydrocortisone. *Eur J Pharmacol.* 1997 May 30;327(2-3):227–32.
63. Shmist YA, Goncharov I, Eichler M, Shneyvays V, Isaac A, Vogel Z, et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol protects cardiac cells from hypoxia via CB2 receptor activation and nitric oxide production. *Mol Cell Biochem.* 2006 Feb;283(1-2):75–83.
64. Wright K, Rooney N, Feeney M, Tate J, Robertson D, Welham M, et al. Differential expression of cannabinoid receptors in the human colon: cannabinoids promote epithelial wound healing. *Gastroenterology.* 2005 Aug;129(2):437–53.
65. Marqu ez L, Suárez J, Iglesias M, Bermudez-Silva FJ, Rodríguez de Fonseca F, Andreu M. Ulcerative colitis induces changes on the expression of the endocannabinoid system in the human colonic tissue. *PLoS One.* 2009;4(9):e6893.
66. Izzo AA, Sharkey KA. Cannabinoids and the gut: new developments and emerging concepts. *Pharmacol Ther.* 2010 Apr;126(1):21–38.
67. Purohit V, Rapaka R, Shurtleff D. Role of cannabinoids in the development of fatty liver (steatosis). *AAPS J.* 2010 Jun;12(2):233–7.
68. Mallat A, Teixeira-Clerc F, Deveaux V, Manin S, Lotersztajn S. The endocannabinoid system as a key mediator during liver diseases: new insights and therapeutic openings. *Br J Pharmacol.* 2011 Aug;163(7):1432–40.
69. Jenkin KA, McAinch AJ, Grinfeld E, Hryciw DH. Role for cannabinoid receptors in human proximal tubular hypertrophy. *Cell Physiol Biochem Int J Exp Cell Physiol Biochem Pharmacol.* 2010;26(6):879–86.
70. Gratzke C, Streng T, Park A, Christ G, Stief CG, Hedlund P, et al. Distribution and function of cannabinoid receptors 1 and 2 in the rat, monkey and human bladder. *J Urol.* 2009 Apr;181(4):1939–48.
71. Tyagi P, Tyagi V, Yoshimura N, Chancellor M. Functional role of cannabinoid receptors in urinary bladder. *Indian J Urol IJU J Urol Soc India.* 2010;26(1):26–35.
72. Karasu T, Marczylo TH, Maccarrone M, Konje JC. The role of sex steroid hormones, cytokines and the endocannabinoid system in female fertility. *Hum Reprod Update.* 2011 Jun;17(3):347–61.
73. Idris AI, Ralston SH. Cannabinoids and bone: friend or foe? *Calcif Tissue Int.* 2010 Oct;87(4):285–97.
74. Richardson D, Pearson RG, Kurian N, Latif ML, Garle MJ, Barrett DA, et al. Characterisation of the cannabinoid receptor system in synovial tissue and fluid in patients with osteoarthritis and rheumatoid arthritis. *Arthritis Res Ther.* 2008;10(2):R43.
75. B r  T, Tóth BI, Hask  G, Paus R, Pacher P. The endocannabinoid system of the skin in health and disease: novel perspectives and therapeutic opportunities. *Trends Pharmacol Sci.* 2009 Aug;30(8):411–20.
76. Mackie K. Signaling via CNS cannabinoid receptors. *Mol Cell Endocrinol.* 2008 Apr 16;286(1-2 Suppl 1):S60–65.
77. Nahas GG, CABRAL K. Marihuana and the immune system. *Marihuana and Medicine.* Humana Press; 1999.
78. Quarta C, Mazza R, Obici S, Pasquali R, Pagotto U. Energy balance regulation by endocannabinoids at central and peripheral levels. *Trends Mol Med.* 2011 Sep;17(9):518–26.
79. Pertwee RG. The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: delta9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and delta9-tetrahydrocannabivarin. *Br J Pharmacol.* 2008 Jan;153(2):199–215.
80. Gouvernement du Canada SC. Renseignements destinés aux professionnels de la santé : Le cannabis (marijuana, marihuana) et les cannabino ides [Santé Canada, 2013] [Internet]. 2013 [cited 2014 Feb 27]. Available from: <http://www.hc-sc.gc.ca/dhp-mps/marihuana/med/infoprof-fra.php>
81. Maccarrone M, Gasperi V, Catani MV, Diep TA, Dainese E, Hansen HS, et al. The endocannabinoid system and its relevance for nutrition. *Annu Rev Nutr.* 2010 Aug 21;30:423–40.
82. Elsohly MA, Slade D. Chemical constituents of marijuana: the complex mixture of natural cannabinoids. *Life Sci.* 2005 Dec 22;78(5):539–48.
83. Battista N, Di Tommaso M, Bari M, Maccarrone M. The endocannabinoid system: an overview. *Front Behav Neurosci.* 2012;6:9.
84. Horv th B, Mukhopadhyay P, Hask  G, Pacher P. The endocannabinoid system and plant-derived cannabinoids in diabetes and diabetic complications. *Am J Pathol.* 2012 Feb;180(2):432–42.
85. Zhu H-J, Wang J-S, Markowitz JS, Donovan JL, Gibson BB, Gefroh HA, et al. Characterization of P-glycoprotein inhibition by major cannabinoids from marijuana. *J Pharmacol Exp Ther.* 2006 May;317(2):850–7.
86. Balducci C, Nervegna G, Cecinato A. Evaluation of principal cannabinoids in airborne particulates. *Anal Chim Acta.* 2009 May 8;641(1-2):89–94.
87. Yamaori S, Kushihara M, Yamamoto I, Watanabe K. Characterization of major phytocannabinoids, cannabidiol and cannabitol, as isoform-selective and potent inhibitors of human CYP1 enzymes. *Biochem Pharmacol.* 2010 Jun 1;79(11):1691–8.

88. Hillig KW, Mahlberg PG. A chemotaxonomic analysis of cannabinoid variation in Cannabis (Cannabaceae). *Am J Bot.* 2004 Jun;91(6):966–75.
89. Mehmedic Z, Chandra S, Slade D, Denham H, Foster S, Patel AS, et al. Potency trends of Δ^9 -THC and other cannabinoids in confiscated cannabis preparations from 1993 to 2008. *J Forensic Sci.* 2010 Sep;55(5):1209–17.
90. Russo EB. Taming THC: potential cannabis synergy and phytocannabinoid-terpenoid entourage effects. *Br J Pharmacol.* 2011 Aug;163(7):1344–64.
91. De Petrocellis L, Vellani V, Schiano-Moriello A, Marini P, Magherini PC, Orlando P, et al. Plant-derived cannabinoids modulate the activity of transient receptor potential channels of ankyrin type-1 and melastatin type-8. *J Pharmacol Exp Ther.* 2008 Jun;325(3):1007–15.
92. Takeda S, Okajima S, Miyoshi H, Yoshida K, Okamoto Y, Okada T, et al. Cannabidiolic acid, a major cannabinoid in fiber-type cannabis, is an inhibitor of MDA-MB-231 breast cancer cell migration. *Toxicol Lett.* 2012 Nov 15;214(3):314–9.
93. Takeda S. [Medicinal chemistry and pharmacology focused on cannabidiol, a major component of the fiber-type cannabis]. *Yakugaku Zasshi.* 2013;133(10):1093–101.
94. Sharon Anavi-Goffer, Gemma Baillie, Roger G. Pertwee and Ruth A. Ross Andrew J. Irving, Jürg Gertsch, Iain R. Greig. Modulation of $1-\alpha$ Lysophosphatidylinositol/GPR55 Mitogen-activated Protein Kinase (MAPK) signaling by Cannabinoids. *J Biol Chem.* 2012;287:91–104.
95. Rock EM, Kopstick RL, Limebeer CL, Parker LA. Tetrahydrocannabinolic acid reduces nausea-induced conditioned gaping in rats and vomiting in *Suncus murinus*. *Br J Pharmacol.* 2013 Oct;170(3):641–8.
96. Bolognini D, Rock EM, Cluny NL, Cascio MG, Limebeer CL, Duncan M, et al. Cannabidiolic acid prevents vomiting in *Suncus murinus* and nausea-induced behaviour in rats by enhancing 5-HT_{1A} receptor activation. *Br J Pharmacol.* 2013 Mar;168(6):1456–70.
97. Docteur William Courtney et le jus de cannabis frais | Principes actifs – Association d'information et de prévention concernant l'usage du cannabis thérapeutique [Internet]. [cited 2014 Mar 29]. Available from: <http://www.principesactifs.org/docteur-william-courtney-et-le-jus-de-cannabis-frais/>
98. Williamson EM. *The Medicinal Uses of Cannabis and Cannabinoids*. Edited by G. W. Guy, B. A. Whittle and P. J. Robson. Pharmaceutical Press: London, 2004. Pages: 448. ISBN: 0-85369-517-2. Price £39.95. *Hum Psychopharmacol Clin Exp.* 2004;19(8):589–589.
99. Huestis MA. Human Cannabinoid Pharmacokinetics. *Chem Biodivers.* 2007;4(8):1770–804.
100. Dussy FE, Hamberg C, Luginbühl M, Schwerzmann T, Briellmann TA. Isolation of Delta9-THCA-A from hemp and analytical aspects concerning the determination of Delta9-THC in cannabis products. *Forensic Sci Int.* 2005 Apr 20;149(1):3–10.
101. Ashton CH. Pharmacology and effects of cannabis: a brief review. *Br J Psychiatry.* 2001 Feb 1;178(2):101–6.
102. Izzo AA, Borrelli F, Capasso R, Di Marzo V, Mechoulam R. Non-psychoactive plant cannabinoids: new therapeutic opportunities from an ancient herb. *Trends Pharmacol Sci.* 2009 Oct;30(10):515–27.
103. Russo EB, McPartland JM. Cannabis is more than simply delta(9)-tetrahydrocannabinol. *Psychopharmacology (Berl).* 2003 Feb;165(4):431–432; author reply 433–434.
104. Hájos N, Ledent C, Freund TF. Novel cannabinoid-sensitive receptor mediates inhibition of glutamatergic synaptic transmission in the hippocampus. *Neuroscience.* 2001;106(1):1–4.
105. Pertwee RG. Receptors and channels targeted by synthetic cannabinoid receptor agonists and antagonists. *Curr Med Chem.* 2010;17(14):1360–81.
106. Campos AC, Guimarães FS. Involvement of 5HT_{1A} receptors in the anxiolytic-like effects of cannabidiol injected into the dorsolateral periaqueductal gray of rats. *Psychopharmacology (Berl).* 2008 Aug;199(2):223–30.
107. Resstel LBM, Tavares RF, Lisboa SFS, Joca SRL, Corrêa FMA, Guimarães FS. 5-HT_{1A} receptors are involved in the cannabidiol-induced attenuation of behavioural and cardiovascular responses to acute restraint stress in rats. *Br J Pharmacol.* 2009 Jan;156(1):181–8.
108. Avraham Y, Grigoriadis N, Poutahidis T, Vorobiev L, Magen I, Ilan Y, et al. Cannabidiol improves brain and liver function in a fulminant hepatic failure-induced model of hepatic encephalopathy in mice. *Br J Pharmacol.* 2011 Apr;162(7):1650–8.
109. Takeda S, Okajima S, Miyoshi H, Yoshida K, Okamoto Y, Okada T, et al. Cannabidiolic acid, a major cannabinoid in fiber-type cannabis, is an inhibitor of MDA-MB-231 breast cancer cell migration. *Toxicol Lett.* 2012 Nov 15;214(3):314–9.
110. Massi P, Valenti M, Vaccani A, Gasperi V, Perletti G, Marras E, et al. 5-Lipoxygenase and anandamide hydrolase (FAAH) mediate the antitumor activity of cannabidiol, a non-psychoactive cannabinoid. *J Neurochem.* 2008 Feb;104(4):1091–100.
111. Thomas A, Baillie GL, Phillips AM, Razdan RK, Ross RA, Pertwee RG. Cannabidiol displays unexpectedly high potency as an antagonist of CB₁ and CB₂ receptor agonists in vitro. *Br J Pharmacol.* 2007 Mar;150(5):613–23.
112. Capasso R, Borrelli F, Aviello G, Romano B, Scalisi C, Capasso F, et al. Cannabidiol, extracted from Cannabis sativa, selectively inhibits inflammatory hypermotility in mice. *Br J Pharmacol.* 2008 Jul;154(5):1001–8.

113. Takeda S, Misawa K, Yamamoto I, Watanabe K. Cannabidiolic acid as a selective cyclooxygenase-2 inhibitory component in cannabis. *Drug Metab Dispos Biol Fate Chem*. 2008 Sep;36(9):1917–21.
114. Riedel G, Fadda P, McKillop-Smith S, Pertwee RG, Platt B, Robinson L. Synthetic and plant-derived cannabinoid receptor antagonists show hypophagic properties in fasted and non-fasted mice. *Br J Pharmacol*. 2009 Apr;156(7):1154–66.
115. Da Fonseca Pacheco D, Klein A, de Castro Perez A, da Fonseca Pacheco CM, de Francischi JN, Duarte IDG. The mu-opioid receptor agonist morphine, but not agonists at delta- or kappa-opioid receptors, induces peripheral antinociception mediated by cannabinoid receptors. *Br J Pharmacol*. 2008 Jul;154(5):1143–9.
116. Ahrens J, Demir R, Leuwer M, de la Roche J, Krampfl K, Foadi N, et al. The nonpsychotropic cannabinoid cannabidiol modulates and directly activates alpha-1 and alpha-1-Beta glycine receptor function. *Pharmacology*. 2009;83(4):217–22.
117. Klein C, Karanges E, Spiro A, Wong A, Spencer J, Huynh T, et al. Cannabidiol potentiates Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) behavioural effects and alters THC pharmacokinetics during acute and chronic treatment in adolescent rats. *Psychopharmacology (Berl)*. 2011 Nov;218(2):443–57.
118. Nadulski T, Pragst F, Weinberg G, Roser P, Schnelle M, Fronk E-M, et al. Randomized, double-blind, placebo-controlled study about the effects of cannabidiol (CBD) on the pharmacokinetics of Delta9-tetrahydrocannabinol (THC) after oral application of THC versus standardized cannabis extract. *Ther Drug Monit*. 2005 Dec;27(6):799–810.
119. 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):245–50.
120. Hunt CA, Jones RT, Herning RI, Bachman J. Evidence that cannabidiol does not significantly alter the pharmacokinetics of tetrahydrocannabinol in man. *J Pharmacokinet Biopharm*. 1981 Jun;9(3):245–60.
121. Harvey DJ. *Marihuana '84: proceedings of the Oxford Symposium on Cannabis*. Marihuana '84: proceedings of the Oxford Symposium on Cannabis. IRL Press; 1985. p. 49.
122. Favrat B, Ménétrey A, Augsburg M, Rothuizen LE, Appenzeller M, Buclin T, et al. Two cases of “cannabis acute psychosis” following the administration of oral cannabis. *BMC Psychiatry*. 2005;5:17.
123. Leweke FM, Schneider U, Radwan M, Schmidt E, Emrich HM. Different effects of nabilone and cannabidiol on binocular depth inversion in Man. *Pharmacol Biochem Behav*. 2000 May;66(1):175–81.
124. Zuardi AW, Hallak JEC, Dursun SM, Morais SL, Sanches RF, Musty RE, et al. Cannabidiol monotherapy for treatment-resistant schizophrenia. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. 2006 Sep;20(5):683–6.
125. Russo E, Guy GW. A tale of two cannabinoids: the therapeutic rationale for combining tetrahydrocannabinol and cannabidiol. *Med Hypotheses*. 2006;66(2):234–46.
126. Zuardi AW, Finkelfarb E, Bueno OF, Musty RE, Karniol IG. Characteristics of the stimulus produced by the mixture of cannabidiol with delta 9-tetrahydrocannabinol. *Arch Int Pharmacodyn Thérapie*. 1981 Jan;249(1):137–46.
127. Zuardi AW, Hallak JEC, Crippa JAS. Interaction between cannabidiol (CBD) and $\Delta(9)$ -tetrahydrocannabinol (THC): influence of administration interval and dose ratio between the cannabinoids. *Psychopharmacology (Berl)*. 2012 Jan;219(1):247–9.
128. Steffens S, Veillard NR, Arnaud C, Pelli G, Burger F, Staub C, et al. Low dose oral cannabinoid therapy reduces progression of atherosclerosis in mice. *Nature*. 2005 Apr 7;434(7034):782–6.
129. Sugamura K, Sugiyama S, Nozaki T, Matsuzawa Y, Izumiya Y, Miyata K, et al. Activated endocannabinoid system in coronary artery disease and antiinflammatory effects of cannabinoid 1 receptor blockade on macrophages. *Circulation*. 2009 Jan 6;119(1):28–36.
130. Zhao Y, Yuan Z, Liu Y, Xue J, Tian Y, Liu W, et al. Activation of cannabinoid CB2 receptor ameliorates atherosclerosis associated with suppression of adhesion molecules. *J Cardiovasc Pharmacol*. 2010 Mar;55(3):292–8.
131. Patsenker E, Stoll M, Millonig G, Agaimy A, Wissniowski T, Schneider V, et al. Cannabinoid receptor type 1 modulates alcohol-induced liver fibrosis. *Mol Med Camb Mass*. 2011;17(11-12):1285–94.
132. Trebicka J, Racz I, Siegmund SV, Cara E, Granzow M, Schierwagen R, et al. Role of cannabinoid receptors in alcoholic hepatic injury: steatosis and fibrogenesis are increased in CB2 receptor-deficient mice and decreased in CB1 receptor knockouts. *Liver Int Off J Int Assoc Study Liver*. 2011 Jul;31(6):860–70.
133. Reichenbach V, Ros J, Fernández-Varo G, Casals G, Melgar-Lesmes P, Campos T, et al. Prevention of fibrosis progression in CCl4-treated rats: role of the hepatic endocannabinoid and apelin systems. *J Pharmacol Exp Ther*. 2012 Mar;340(3):629–37.
134. Teixeira-Clerc F, Belot M-P, Manin S, Deveaux V, Cadoudal T, Chobert M-N, et al. Beneficial paracrine effects of cannabinoid receptor 2 on liver injury and regeneration. *Hepatology Baltim Md*. 2010 Sep;52(3):1046–59.
135. Bolognini D, Costa B, Maione S, Comelli F, Marini P, Di Marzo V, et al. The plant cannabinoid Delta9-tetrahydrocannabivarin can decrease signs of inflammation and inflammatory pain in mice. *Br J Pharmacol*. 2010 Jun;160(3):677–87.
136. Thomas A, Stevenson LA, Wease KN, Price MR, Baillie G, Ross RA, et al. Evidence that the plant cannabinoid Delta9-tetrahydrocannabivarin is a cannabinoid CB1 and CB2 receptor antagonist. *Br J Pharmacol*. 2005 Dec;146(7):917–26.

137. Pertwee RG, Thomas A, Stevenson LA, Ross RA, Varvel SA, Lichtman AH, et al. The psychoactive plant cannabinoid, Delta9-tetrahydrocannabinol, is antagonized by Delta8- and Delta9-tetrahydrocannabivarin in mice in vivo. *Br J Pharmacol.* 2007 Mar;150(5):586–94.
138. Xu X, Liu Y, Huang S, Liu G, Xie C, Zhou J, et al. Overexpression of cannabinoid receptors CB1 and CB2 correlates with improved prognosis of patients with hepatocellular carcinoma. *Cancer Genet Cytogenet.* 2006 Nov;171(1):31–8.
139. Sarfaraz S, Afaq F, Adhami VM, Mukhtar H. Cannabinoid receptor as a novel target for the treatment of prostate cancer. *Cancer Res.* 2005 Mar 1;65(5):1635–41.
140. Zuardi AW. Cannabidiol: from an inactive cannabinoid to a drug with wide spectrum of action. *Rev Bras Psiquiatr São Paulo Braz* 1999. 2008 Sep;30(3):271–80.
141. Wall ME, Sadler BM, Brine D, Taylor H, Perez-Reyes M. Metabolism, disposition, and kinetics of delta-9-tetrahydrocannabinol in men and women. *Clin Pharmacol Ther.* 1983 Sep;34(3):352–63.
142. Carter GT, Weydt P, Kyashna-Tocha M, Abrams DI. Medicinal cannabis: rational guidelines for dosing. *IDrugs Investig Drugs J.* 2004 May;7(5):464–70.
143. GIERINGER, D., J. ST LAURENT et S. GOODRICH. Cannabis vaporizer combines efficient delivery of THC with effective suppression of pyrolytic compounds. *J Cannabis Ther.* 2004;4:7–27.
144. Pomahacova B, Van der Kooy F, Verpoorte R. Cannabis smoke condensate III: the cannabinoid content of vaporised Cannabis sativa. *Inhal Toxicol.* 2009 Nov;21(13):1108–12.
145. Hollister LE, Gillespie HK, Ohlsson A, Lindgren JE, Wahlen A, Agurell S. Do plasma concentrations of delta 9-tetrahydrocannabinol reflect the degree of intoxication? *J Clin Pharmacol.* 1981 Sep;21(8-9 Suppl):171S–177S.
146. Wachtel SR, ElSohly MA, Ross SA, Ambre J, de Wit H. Comparison of the subjective effects of Delta(9)-tetrahydrocannabinol and marijuana in humans. *Psychopharmacology (Berl).* 2002 Jun;161(4):331–9.
147. Abrams DI, Vizoso HP, Shade SB, Jay C, Kelly ME, Benowitz NL. Vaporization as a smokeless cannabis delivery system: a pilot study. *Clin Pharmacol Ther.* 2007 Nov;82(5):572–8.
148. Huestis MA, Sampson AH, Holicky BJ, Henningfield JE, Cone EJ. Characterization of the absorption phase of marijuana smoking. *Clin Pharmacol Ther.* 1992 Jul;52(1):31–41.
149. Huestis MA, Henningfield JE, Cone EJ. Blood cannabinoids. I. Absorption of THC and formation of 11-OH-THC and THCCOOH during and after smoking marijuana. *J Anal Toxicol.* 1992 Oct;16(5):276–82.
150. Harder S, Rietbrock S. Concentration-effect relationship of delta-9-tetrahydrocannabinol and prediction of psychotropic effects after smoking marijuana. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 1997 Apr;35(4):155–9.
151. Agurell S, Halldin M, Lindgren JE, Ohlsson A, Widman M, Gillespie H, et al. Pharmacokinetics and metabolism of delta 1-tetrahydrocannabinol and other cannabinoids with emphasis on man. *Pharmacol Rev.* 1986 Mar;38(1):21–43.
152. Schou J, Prockop LD, Dahlstrom G, Rohde C. Penetration of delta-9-tetrahydrocannabinol and 11-OH-delta-9-tetrahydrocannabinol through the blood-brain barrier. *Acta Pharmacol Toxicol (Copenh).* 1977 Jul;41(1):33–8.
153. Anonyme. Monographie Marinol [Internet]. Banque Claude Bernard; Available from: <http://www.portailmedicaments.resip.fr/monographie.asp?cip=5900895>
154. Greene ML, Saunders DR. Metabolism of tetrahydrocannabinol by the small intestine. *Gastroenterology.* 1974 Mar;66(3):365–72.
155. Law B, Mason PA, Moffat AC, Gleadle RI, King LJ. Forensic aspects of the metabolism and excretion of cannabinoids following oral ingestion of cannabis resin. *J Pharm Pharmacol.* 1984 May;36(5):289–94.
156. Cone EJ, Johnson RE, Paul BD, Mell LD, Mitchell J. Marijuana-laced brownies: behavioral effects, physiologic effects, and urinalysis in humans following ingestion. *J Anal Toxicol.* 1988 Aug;12(4):169–75.
157. Huestis MA. Pharmacokinetics and metabolism of the plant cannabinoids, delta9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and cannabinol. *Handb Exp Pharmacol.* 2005;(168):657–90.
158. Karschner EL, Darwin WD, Goodwin RS, Wright S, Huestis MA. Plasma cannabinoid pharmacokinetics following controlled oral delta9-tetrahydrocannabinol and oromucosal cannabis extract administration. *Clin Chem.* 2011 Jan;57(1):66–75.
159. Anonyme. Monographie Sativex [Internet]. GW PHARMA; 2012 [cited 2014 Jan 3]. Available from: <http://www.bayer.ca/files/SATIVEX-PM-FR-30MAR2012-149598.pdf>
160. Sachse-Seeboth C, Pfeil J, Sehrt D, Meineke I, Tzvetkov M, Bruns E, et al. Interindividual variation in the pharmacokinetics of Delta9-tetrahydrocannabinol as related to genetic polymorphisms in CYP2C9. *Clin Pharmacol Ther.* 2009 Mar;85(3):273–6.
161. Huestis MA, Henningfield JE, Cone EJ. Blood cannabinoids. II. Models for the prediction of time of marijuana exposure from plasma concentrations of delta 9-tetrahydrocannabinol (THC) and 11-nor-9-carboxy-delta 9-tetrahydrocannabinol (THCCOOH). *J Anal Toxicol.* 1992 Oct;16(5):283–90.
162. Nahas GG. The pharmacokinetics of THC in fat and brain: resulting functional responses to marihuana smoking. *Hum Psychopharmacol.* 2001 Apr;16(3):247–55.
163. Gunasekaran N, Long LE, Dawson BL, Hansen GH, Richardson DP, Li KM, et al. Reintoxication: the release of fat-stored delta(9)-tetrahydrocannabinol (THC) into blood is enhanced by food deprivation or ACTH exposure. *Br J Pharmacol.* 2009 Nov;158(5):1330–7.

164. Johansson E, Agurell S, Hollister LE, Halldin MM. Prolonged apparent half-life of delta 1-tetrahydrocannabinol in plasma of chronic marijuana users. *J Pharm Pharmacol*. 1988 May;40(5):374–5.
165. Smith-Kielland A, Skuterud B, Mørland J. Urinary excretion of 11-nor-9-carboxy-delta9-tetrahydrocannabinol and cannabinoids in frequent and infrequent drug users. *J Anal Toxicol*. 1999 Sep;23(5):323–32.
166. Velayudhan L, Van Diepen E, Marudkar M, Hands O, Suribhatla S, Prettyman R, et al. Therapeutic Potential of Cannabinoids in Neurodegenerative Disorders: A Selective Review. *Curr Pharm Des*. 2013 Jun 14;
167. Schenk D, Barbour R, Dunn W, Gordon G, Grajeda H, Guido T, et al. Immunization with amyloid-beta attenuates Alzheimer-disease-like pathology in the PDAPP mouse. *Nature*. 1999 Jul 8;400(6740):173–7.
168. Ramírez BG, Blázquez C, Gómez del Pulgar T, Guzmán M, de Ceballos ML. Prevention of Alzheimer's disease pathology by cannabinoids: neuroprotection mediated by blockade of microglial activation. *J Neurosci Off J Soc Neurosci*. 2005 Feb 23;25(8):1904–13.
169. Eubanks LM, Rogers CJ, Beuscher AE, Koob GF, Olson AJ, Dickerson TJ, et al. A Molecular Link Between the Active Component of Marijuana and Alzheimer's Disease Pathology. *Mol Pharm*. 2006;3(6):773–7.
170. García C, Palomo-Garo C, García-Arencibia M, Ramos J, Pertwee R, Fernández-Ruiz J. Symptom-relieving and neuroprotective effects of the phytocannabinoid Δ^9 -THCV in animal models of Parkinson's disease. *Br J Pharmacol*. 2011 Aug;163(7):1495–506.
171. Appendino G, Gibbons S, Giana A, Pagani A, Grassi G, Stavri M, et al. Antibacterial Cannabinoids from Cannabis sativa: A Structure–Activity Study. *J Nat Prod*. 2008 Aug 1;71(8):1427–30.
172. Radwan MM, ElSohly MA, Slade D, Ahmed SA, Khan IA, Ross SA. Biologically Active Cannabinoids from High-Potency Cannabis sativa. *J Nat Prod*. 2009 May 22;72(5):906–11.
173. Eisohly HN, Turner CE, Clark AM, Eisohly MA. Synthesis and antimicrobial activities of certain cannabichromene and cannabigerol related compounds. *J Pharm Sci*. 1982 Dec;71(12):1319–23.
174. Karst M, Salim K, Burstein S, Conrad I, Hoy L, Schneider U. Analgesic effect of the synthetic cannabinoid CT-3 on chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003 Oct 1;290(13):1757–62.
175. Tubaro A, Giangaspero A, Sosa S, Negri R, Grassi G, Casano S, et al. Comparative topical anti-inflammatory activity of cannabinoids and cannabivarins. *Fitoterapia*. 2010 Oct;81(7):816–9.
176. Malfait AM, Gallily R, Sumariwalla PF, Malik AS, Andreakos E, Mechoulam R, et al. The nonpsychoactive cannabis constituent cannabidiol is an oral anti-arthritis therapeutic in murine collagen-induced arthritis. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2000 Aug 15;97(17):9561–6.
177. Freimuth N, Ramer R, Hinz B. Antitumorogenic effects of cannabinoids beyond apoptosis. *J Pharmacol Exp Ther*. 2010 Feb;332(2):336–44.
178. Torres S, Lorente M, Rodríguez-Fornés F, Hernández-Tiedra S, Salazar M, García-Taboada E, et al. A combined preclinical therapy of cannabinoids and temozolomide against glioma. *Mol Cancer Ther*. 2011 Jan;10(1):90–103.
179. Velasco G, Sánchez C, Guzmán M. Towards the use of cannabinoids as antitumour agents. *Nat Rev Cancer*. 2012 Jun;12(6):436–44.
180. Preet A, Qamri Z, Nasser MW, Prasad A, Shilo K, Zou X, et al. Cannabinoid receptors, CB1 and CB2, as novel targets for inhibition of non-small cell lung cancer growth and metastasis. *Cancer Prev Res Phila Pa*. 2011 Jan;4(1):65–75.
181. Nasser MW, Qamri Z, Deol YS, Smith D, Shilo K, Zou X, et al. Crosstalk between chemokine receptor CXCR4 and cannabinoid receptor CB2 in modulating breast cancer growth and invasion. *PLoS One*. 2011;6(9):e23901.
182. Vara D, Salazar M, Olea-Herrero N, Guzmán M, Velasco G, Díaz-Laviada I. Anti-tumoral action of cannabinoids on hepatocellular carcinoma: role of AMPK-dependent activation of autophagy. *Cell Death Differ*. 2011 Jul;18(7):1099–111.
183. Nabissi M, Morelli MB, Santoni M, Santoni G. Triggering of the TRPV2 channel by cannabidiol sensitizes glioblastoma cells to cytotoxic chemotherapeutic agents. *Carcinogenesis*. 2013 Jan;34(1):48–57.
184. Shrivastava A, Kuzontkoski PM, Groopman JE, Prasad A. Cannabidiol induces programmed cell death in breast cancer cells by coordinating the cross-talk between apoptosis and autophagy. *Mol Cancer Ther*. 2011 Jul;10(7):1161–72.
185. McKallip RJ, Lombard C, Fisher M, Martin BR, Ryu S, Grant S, et al. Targeting CB2 cannabinoid receptors as a novel therapy to treat malignant lymphoblastic disease. *Blood*. 2002 Jul 15;100(2):627–34.
186. Sánchez C, de Ceballos ML, Gomez del Pulgar T, Rueda D, Corbacho C, Velasco G, et al. Inhibition of glioma growth in vivo by selective activation of the CB(2) cannabinoid receptor. *Cancer Res*. 2001 Aug 1;61(15):5784–9.
187. Blázquez C, González-Feria L, Álvarez L, Haro A, Casanova ML, Guzmán M. Cannabinoids Inhibit the Vascular Endothelial Growth Factor Pathway in Gliomas. *Cancer Res*. 2004 Aug 15;64(16):5617–23.
188. Bifulco M, Laezza C, Pisanti S, Gazerro P. Cannabinoids and cancer: pros and cons of an antitumour strategy. *Br J Pharmacol*. 2006 May;148(2):123–35.
189. Aviello G, Romano B, Borrelli F, Capasso R, Gallo L, Piscitelli F, et al. Chemopreventive effect of the non-psychoactive phytocannabinoid cannabidiol on experimental colon cancer. *J Mol Med Berl Ger*. 2012 Aug;90(8):925–34.
190. Casanova ML, Blázquez C, Martínez-Palacio J, Villanueva C, Fernández-Aceñero MJ, Huffman JW, et al. Inhibition of skin tumor growth and angiogenesis in vivo by activation of cannabinoid receptors. *J Clin Invest*. 2003 Jan 1;111(1):43–50.

191. Zuardi AW, Crippa JAS, Hallak JEC, Moreira FA, Guimarães FS. Cannabidiol, a Cannabis sativa constituent, as an antipsychotic drug. *Braz J Med Biol Res Rev Bras Pesqui Médicas E Biológicas Soc Bras Biofísica Al*. 2006 Apr;39(4):421–9.
192. Müller-Vahl K. Cannabinoids and schizophrenia: where is the link? *Cannabinoids*. 2008;3(4):1–15.
193. Bhattacharyya S, Morrison PD, Fusar-Poli P, Martin-Santos R, Borgwardt S, Winton-Brown T, et al. Opposite effects of delta-9-tetrahydrocannabinol and cannabidiol on human brain function and psychopathology. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2010 Feb;35(3):764–74.
194. Hill AJ, Weston SE, Jones NA, Smith I, Bevan SA, Williamson EM, et al. Δ^9 -Tetrahydrocannabinol suppresses in vitro epileptiform and in vivo seizure activity in adult rats. *Epilepsia*. 2010 Aug;51(8):1522–32.
195. Jones NA, Hill AJ, Smith I, Bevan SA, Williams CM, Whalley BJ, et al. Cannabidiol displays antiepileptiform and antiseizure properties in vitro and in vivo. *J Pharmacol Exp Ther*. 2010 Feb;332(2):569–77.
196. Fouad AA, Al-Mulhim AS, Jresat I. Cannabidiol treatment ameliorates ischemia/reperfusion renal injury in rats. *Life Sci*. 2012 Sep 17;91(7-8):284–92.
197. Cascio MG, Gauson LA, Stevenson LA, Ross RA, Pertwee RG. Evidence that the plant cannabinoid cannabigerol is a highly potent α_2 -adrenoceptor agonist and moderately potent 5HT_{1A} receptor antagonist. *Br J Pharmacol*. 2010 Jan;159(1):129–41.
198. Wargent ET, Zaibi MS, Silvestri C, Hislop DC, Stocker CJ, Stott CG, et al. The cannabinoid $\Delta(9)$ -tetrahydrocannabinol (THCV) ameliorates insulin sensitivity in two mouse models of obesity. *Nutr Diabetes*. 2013;3:e68.
199. Ashton JC, Milligan ED. Cannabinoids for the treatment of neuropathic pain: clinical evidence. *Curr Opin Investig Drugs Lond Engl* 2000. 2008 Jan;9(1):65–75.
200. Wilsey B, Marcotte T, Tsodikov A, Millman J, Bentley H, Gouaux B, et al. A randomized, placebo-controlled, crossover trial of cannabis cigarettes in neuropathic pain. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2008 Jun;9(6):506–21.
201. Wilsey B, Marcotte T, Deutsch R, Gouaux B, Sakai S, Donaghe H. Low-dose vaporized cannabis significantly improves neuropathic pain. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2013 Feb;14(2):136–48.
202. Nurmikko TJ, Serpell MG, Hoggart B, Toomey PJ, Morlion BJ, Haines D. Sativex successfully treats neuropathic pain characterised by allodynia: a randomised, double-blind, placebo-controlled clinical trial. *Pain*. 2007 Dec 15;133(1-3):210–20.
203. Narang S, Gibson D, Wasan AD, Ross EL, Michna E, Nedeljkovic SS, et al. Efficacy of dronabinol as an adjuvant treatment for chronic pain patients on opioid therapy. *J Pain Off J Am Pain Soc*. 2008 Mar;9(3):254–64.
204. Abrams DI, Couey P, Shade SB, Kelly ME, Benowitz NL. Cannabinoid-opioid interaction in chronic pain. *Clin Pharmacol Ther*. 2011 Dec;90(6):844–51.
205. Zajicek JP, Hobart JC, Slade A, Barnes D, Mattison PG, MUSEC Research Group. Multiple sclerosis and extract of cannabis: results of the MUSEC trial. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2012 Nov;83(11):1125–32.
206. Rog DJ, Nurmikko TJ, Friede T, Young CA. Randomized, controlled trial of cannabis-based medicine in central pain in multiple sclerosis. *Neurology*. 2005 Sep 27;65(6):812–9.
207. Abrams DI, Jay CA, Shade SB, Vizoso H, Reda H, Press S, et al. Cannabis in painful HIV-associated sensory neuropathy: A randomized placebo-controlled trial. *Neurology*. 2007 Feb 13;68(7):515–21.
208. Johnson JR, Burnell-Nugent M, Lossignol D, Ganae-Motan ED, Potts R, Fallon MT. Multicenter, double-blind, randomized, placebo-controlled, parallel-group study of the efficacy, safety, and tolerability of THC:CBD extract and THC extract in patients with intractable cancer-related pain. *J Pain Symptom Manage*. 2010 Feb;39(2):167–79.
209. Berman JS, Symonds C, Birch R. Efficacy of two cannabis based medicinal extracts for relief of central neuropathic pain from brachial plexus avulsion: results of a randomised controlled trial. *Pain*. 2004 Dec;112(3):299–306.
210. Maurer M, Henn V, Dittrich A, Hofmann A. Delta-9-tetrahydrocannabinol shows antispastic and analgesic effects in a single case double-blind trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 1990;240(1):1–4.
211. Wade DT, Robson P, House H, Makela P, Aram J. A preliminary controlled study to determine whether whole-plant cannabis extracts can improve intractable neurogenic symptoms. *Clin Rehabil*. 2003 Feb;17(1):21–9.
212. Zajicek J, Fox P, Sanders H, Wright D, Vickery J, Nunn A, et al. Cannabinoids for treatment of spasticity and other symptoms related to multiple sclerosis (CAMS study): multicentre randomised placebo-controlled trial. *Lancet*. 2003 Nov 8;362(9395):1517–26.
213. Zajicek J, Sanders H, Wright D, Vickery P, Ingram W, Reilly S, et al. Cannabinoids in multiple sclerosis (CAMS) study: safety and efficacy data for 12 months follow up. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 2005 Dec;76(12):1664–9.
214. Pooyania S, Ethans K, Szturm T, Casey A, Perry D. A randomized, double-blinded, crossover pilot study assessing the effect of nabilone on spasticity in persons with spinal cord injury. *Arch Phys Med Rehabil*. 2010 May;91(5):703–7.
215. Söderpalm AH, Schuster A, de Wit H. Antiemetic efficacy of smoked marijuana: subjective and behavioral effects on nausea induced by syrup of ipecac. *Pharmacol Biochem Behav*. 2001 Aug;69(3-4):343–50.
216. Parker LA, Rock EM, Limebeer CL. Regulation of nausea and vomiting by cannabinoids. *Br J Pharmacol*. 2011 Aug;163(7):1411–22.
217. Machado Rocha FC, Stéfano SC, De Cássia Haiek R, Rosa Oliveira LMQ, Da Silveira DX. Therapeutic use of Cannabis sativa on chemotherapy-induced nausea and vomiting among cancer patients: systematic review and meta-analysis. *Eur J Cancer Care (Engl)*. 2008 Sep;17(5):431–43.

218. Tramèr MR, Carroll D, Campbell FA, Reynolds DJM, Moore RA, McQuay HJ. Cannabinoids for control of chemotherapy induced nausea and vomiting: quantitative systematic review. *Br Med J*. 2001 Jul 7;323(7303):16.
219. Haney M, Rabkin J, Gunderson E, Foltin RW. Dronabinol and marijuana in HIV(+) marijuana smokers: acute effects on caloric intake and mood. *Psychopharmacology (Berl)*. 2005 Aug;181(1):170–8.
220. Haney M, Gunderson EW, Rabkin J, Hart CL, Vosburg SK, Comer SD, et al. Dronabinol and marijuana in HIV-positive marijuana smokers. Caloric intake, mood, and sleep. *J Acquir Immune Defic Syndr* 1999. 2007 Aug 15;45(5):545–54.
221. Beal JE, Olson R, Lefkowitz L, Laubenstein L, Bellman P, Yangco B, et al. Long-term efficacy and safety of dronabinol for acquired immunodeficiency syndrome-associated anorexia. *J Pain Symptom Manage*. 1997 Jul;14(1):7–14.
222. Beal JE, Olson R, Laubenstein L, Morales JO, Bellman P, Yangco B, et al. Dronabinol as a treatment for anorexia associated with weight loss in patients with AIDS. *J Pain Symptom Manage*. 1995 Feb;10(2):89–97.
223. Brisbois TD, Kock IH de, Watanabe SM, Mirhosseini M, Lamoureux DC, Chasen M, et al. Delta-9-tetrahydrocannabinol may palliate altered chemosensory perception in cancer patients: results of a randomized, double-blind, placebo-controlled pilot trial. *Ann Oncol*. 2011 Feb 22;mdq727.
224. Ekert H, Waters KD, Jurk IH, Mobilia J, Loughnan P. Amelioration of cancer chemotherapy-induced nausea and vomiting by delta-9-tetrahydrocannabinol. *Med J Aust*. 1979 Dec 15;2(12):657–9.
225. Regelson J, Butler J, Schulz J, Kirk T, Peek L, Green M, et al. Delta-9-tetrahydro-cannabi-nol as an effective antidepressant and appetite-stimulating agent in ad-vanced cancer pa-tients. *Pharmacol Mari-hu-ana*. 1976;2:763–76.
226. Gouvernement du Canada. Règlement modifiant le Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales [Internet]. *Gazette du Canada* – May 27, 2009. Available from: <http://www.gazette.gc.ca/rp-pr/p2/2009/2009-05-27/html/sor-dors142-fra.html>
227. Tashkin DP, Shapiro BJ, Lee YE, Harper CE. Effects of smoked marijuana in experimentally induced asthma. *Am Rev Respir Dis*. 1975 Sep;112(3):377–86.
228. Gong H Jr, Tashkin DP, Simmons MS, Calvarese B, Shapiro BJ. Acute and subacute bronchial effects of oral cannabinoids. *Clin Pharmacol Ther*. 1984 Jan;35(1):26–32.
229. Hartley JP, Nogrady SG, Seaton A. Bronchodilator effect of delta1-tetrahydrocannabinol. *Br J Clin Pharmacol*. 1978 Jun;5(6):523–5.
230. Hepler RS, Frank IR. MArihuana smoking and intraocular pressure. *JAMA*. 1971 Sep 6;217(10):1392–1392.
231. Merritt JC, Crawford WJ, Alexander PC, Anduze AL, Gelbart SS. Effect of marihuana on intraocular and blood pressure in glaucoma. *Ophthalmology*. 1980 Mar;87(3):222–8.
232. Zhan G-L, Camras CB, Palmberg PF, Toris CB. Effects of marijuana on aqueous humor dynamics in a glaucoma patient. *J Glaucoma*. 2005 Apr;14(2):175–7.
233. Tashkin DP, Shapiro BJ, Lee YE, Harper CE. Subacute effects of heavy marihuana smoking on pulmonary function in healthy men. *N Engl J Med*. 1976 Jan 15;294(3):125–9.
234. Müller-Vahl KR, Prevedel H, Theloe K, Kolbe H, Emrich HM, Schneider U. Treatment of Tourette syndrome with delta-9-tetrahydrocannabinol (delta 9-THC): no influence on neuropsychological performance. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2003 Feb;28(2):384–8.
235. Müller-Vahl KR, Schneider U, Prevedel H, Theloe K, Kolbe H, Daldrup T, et al. Delta 9-tetrahydrocannabinol (THC) is effective in the treatment of tics in Tourette syndrome: a 6-week randomized trial. *J Clin Psychiatry*. 2003 Apr;64(4):459–65.
236. Lahat A, Lang A, Ben-Horin S. Impact of cannabis treatment on the quality of life, weight and clinical disease activity in inflammatory bowel disease patients: a pilot prospective study. *Digestion*. 2012;85(1):1–8.
237. Naftali T, Lev LB, Yablecovitch D, Yablekovitz D, Half E, Konikoff FM. Treatment of Crohn's disease with cannabis: an observational study. *Isr Med Assoc J IMAJ*. 2011 Aug;13(8):455–8.
238. Blake DR, Robson P, Ho M, Jubb RW, McCabe CS. Preliminary assessment of the efficacy, tolerability and safety of a cannabis-based medicine (Sativex) in the treatment of pain caused by rheumatoid arthritis. *Rheumatol Oxf Engl*. 2006 Jan;45(1):50–2.
239. Schley M, Legler A, Skopp G, Schmelz M, Konrad C, Rukwied R. Delta-9-THC based monotherapy in fibromyalgia patients on experimentally induced pain, axon reflex flare, and pain relief. *Curr Med Res Opin*. 2006 Jul;22(7):1269–76.
240. Weber J, Schley M, Casutt M, Gerber H, Schuepfer G, Rukwied R, et al. Tetrahydrocannabinol (Delta 9-THC) Treatment in Chronic Central Neuropathic Pain and Fibromyalgia Patients: Results of a Multicenter Survey. *Anesthesiol Res Pract* [Internet]. 2009 Nov 23 [cited 2014 Mar 1];2009. Available from: <http://www.hindawi.com/journals/arp/2009/827290/abs/>
241. Ware MA, Wang T, Shapiro S, Robinson A, Ducruet T, Huynh T, et al. Smoked cannabis for chronic neuropathic pain: a randomized controlled trial. *Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can*. 2010 Oct 5;182(14):E694–701.
242. Woolridge E, Barton S, Samuel J, Osorio J, Dougherty A, Holdcroft A. Cannabis use in HIV for pain and other medical symptoms. *J Pain Symptom Manage*. 2005 Apr;29(4):358–67.
243. Page SA, Verhoef MJ. Medicinal marijuana use: experiences of people with multiple sclerosis. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 2006 Jan;52:64–5.

244. LEWEKE F, KOETHE D. Cannabidiol as an antipsychotic. A double-blind, controlled clinical trial on cannabidiol vs. amisulpride in acute schizophrenia. IACM 3rd Conference on Cannabinoids in Medicine. IACM 3rd Conference on Cannabinoids in Medicine; 2005; LIEDEN.
245. Wade DT, Makela P, Robson P, House H, Bateman C. Do cannabis-based medicinal extracts have general or specific effects on symptoms in multiple sclerosis? A double-blind, randomized, placebo-controlled study on 160 patients. *Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl.* 2004 Aug;10(4):434–41.
246. Vaney C, Heinzel-Gutenbrunner M, Jobin P, Tschopp F, Gattlen B, Hagen U, et al. Efficacy, safety and tolerability of an orally administered cannabis extract in the treatment of spasticity in patients with multiple sclerosis: a randomized, double-blind, placebo-controlled, crossover study. *Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl.* 2004 Aug;10(4):417–24.
247. Wade DT, Makela PM, House H, Bateman C, Robson P. Long-term use of a cannabis-based medicine in the treatment of spasticity and other symptoms in multiple sclerosis. *Mult Scler Houndmills Basingstoke Engl.* 2006 Oct;12(5):639–45.
248. Gouvernement du Canada T publics et S gouvernementaux C. Règlement sur la marijuana à des fins médicales [Internet]. Dec 15, 2012. Available from: <http://gazette.gc.ca/rp-pr/p1/2012/2012-12-15/html/reg4-fra.html>
249. Anonyme. Medicinal Cannabis, Information for Health Care Professionals,. NEDERLAND: OFFICE OF MEDICINAL CANNABIS, THE NETHERLANDS MINISTRY OF HEALTH WELFARE AND SPORTS.; 2008.
250. Janet E. Joy, Stanley J. Watson, Jr., John A. Benson, Jr. EI of M. Marijuana and Medicine: Assessing the Science Base [Internet]. The National Academies Press. U.S.A.: Institute of medicine; 1999. Available from: http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=6376
251. Harder S, Rietbrock S. Concentration-effect relationship of delta-9-tetrahydrocannabinol and prediction of psychotropic effects after smoking marijuana. *Int J Clin Pharmacol Ther.* 1997 Apr;35(4):155–9.
252. Hirvonen J, Goodwin RS, Li C-T, Terry GE, Zoghbi SS, Morse C, et al. Reversible and regionally selective downregulation of brain cannabinoid CB1 receptors in chronic daily cannabis smokers. *Mol Psychiatry.* 2012 Jun;17(6):642–9.
253. De Vry J, Jentzsch KR, Kuhl E, Eckel G. Behavioral effects of cannabinoids show differential sensitivity to cannabinoid receptor blockade and tolerance development. *Behav Pharmacol.* 2004 Feb;15(1):1–12.
254. Serpell MG, Notcutt W, Collin C. Sativex long-term use: an open-label trial in patients with spasticity due to multiple sclerosis. *J Neurol.* 2013 Jan;260(1):285–95.
255. Valiveti S, Hammell DC, Earles DC, Stinchcomb AL. Transdermal delivery of the synthetic cannabinoid WIN 55,212-2: in vitro/in vivo correlation. *Pharm Res.* 2004 Jul;21(7):1137–45.
256. Stinchcomb AL, Valiveti S, Hammell DC, Ramsey DR. Human skin permeation of Delta8-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and cannabinol. *J Pharm Pharmacol.* 2004 Mar;56(3):291–7.
257. Monographie Marinol [Internet]. Banque Claude Bernard; Available from: <http://www.portailmedicaments.resip.fr/monographie.asp?cip=5900895>
258. Valeant. Monographie du Cesamet(Nabilone) [Internet]. Valeant; 2009 [cited 2014 Jan 3]. Available from: http://shoppers-healthcare-portal-a88a1f4b.s3.amazonaws.com/AgilityUGC/e1f3bd3b-0a97-4af5-a73a-10121d51549d/Cesamet_PM00007799_FR.PDF
259. BAYER. Monographie Sativex [Internet]. 2014 [cited 2014 Jan 3]. Available from: <http://www.bayer.ca/files/SATIVEX-PM-FR-30MAR2012-149598.pdf>
260. Hazekamp A, Heerdink ER. The prevalence and incidence of medicinal cannabis on prescription in The Netherlands. *Eur J Clin Pharmacol.* 2013 Aug;69(8):1575–80.
261. Zuurman L, Ippel AE, Moin E, van Gerven JMA. Biomarkers for the effects of cannabis and THC in healthy volunteers. *Br J Clin Pharmacol.* 2009 Jan;67(1):5–21.
262. Pomahacova B, Van der Kooy F, Verpoorte R. Cannabis smoke condensate III: the cannabinoid content of vaporised Cannabis sativa. *Inhal Toxicol.* 2009 Nov;21(13):1108–12.
263. Holdcroft A, Maze M, Doré C, Tebbs S, Thompson S. A multicenter dose-escalation study of the analgesic and adverse effects of an oral cannabis extract (Cannador) for postoperative pain management. *Anesthesiology.* 2006 May;104(5):1040–6.
264. Klumpers LE, Beumer TL, van Hasselt JGC, Lippelaar A, Karger LB, Kleinloog HD, et al. Novel $\Delta(9)$ - tetrahydrocannabinol formulation Namisol® has beneficial pharmacokinetics and promising pharmacodynamic effects. *Br J Clin Pharmacol.* 2012 Jul;74(1):42–53.
265. L'huile de cannabis de Rick Simpson « Blog du Growshop Alchimia [Internet]. [cited 2014 Mar 29]. Available from: <http://www.alchimiaweb.com/blogfr/huile-cannabis-rick-simpson/>
266. Russo EB, Jiang H-E, Li X, Sutton A, Carboni A, Bianco F del, et al. Phytochemical and genetic analyses of ancient cannabis from Central Asia. *J Exp Bot.* 2008 Nov 1;59(15):4171–82.
267. Fournier G, Beherec O, Bertucelli S. Intérêt du rapport Δ -9-THC / CBD dans le contrôle des cultures de chanvre industriel. *Ann Toxicol Anal.* 2003;15(4):250–9.
268. Burstein SH, Karst M, Schneider U, Zurier RB. Ajulemic acid: A novel cannabinoid produces analgesia without a “high.” *Life Sci.* 2004 Aug 6;75(12):1513–22.

269. Christensen R, Kristensen PK, Bartels EM, Bliddal H, Astrup A. Efficacy and safety of the weight-loss drug rimonabant: a meta-analysis of randomised trials. *Lancet*. 2007 Nov 17;370(9600):1706–13.
270. Mitchell PB, Morris MJ. Depression and anxiety with rimonabant. *Lancet*. 2007 Nov 17;370(9600):1671–2.
271. OEDT | Perspectives sur les médicaments: les cannabinoïdes synthétiques en Europe [Internet]. [cited 2014 Mar 16]. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/topics/pods/synthetic-cannabinoids>
272. Comprendre le phénomène du “Spice” [Internet]. Lisbonne: OEDT; 2009 p. 34. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/spice>
273. Lloyd D. Johnston, Patrick M. O’Malley, Jerald G. Bachman, John E. Schulenberg. 2013 Overview the Key Findings on Adolescent Drug Use. The University of Michigan: Institute for Social Research Ann Arbor; 2013 Feb p. 89.
274. Hermanns-Clausen M, Kneisel S, Szabo B, Auwärter V. Acute toxicity due to the confirmed consumption of synthetic cannabinoids: clinical and laboratory findings. *Addict Abingdon Engl*. 2013 Mar;108(3):534–44.
275. COSTES J. Dix ans d’évolution des perceptions et des opinions des Français sur les drogues [Internet]. OFDT; [cited 2014 Mar 8]. Available from: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend71.html>
276. Reynaud M, Luquiens A, Aubin H-J, Talon C, Bourgain C. Quantitative damage-benefit evaluation of drug effects: major discrepancies between the general population, users and experts. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. 2013 Jul;27(7):590–9.
277. Hélène Meynaud, Denis Duclos,. Les sondages d’opinion,. La découverte. 2007;(4ème édition).
278. Frédéric Lemaire. Délire sordomane : les Français approuvent le pacte de responsabilité malgré eux [archive]. Acrimed,. 2014 Feb;
279. Beck, Al. Baromètre santé 2010 [Internet]. 2010 [cited 2014 Feb 27]. Available from: <http://www.inpes.sante.fr/Barometres/barometre-sante-2010/index.asp#sante-travail>
280. Akvardar Y, Demiral Y, Ergor G, Ergor A. Substance use among medical students and physicians in a medical school in Turkey. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004 Jun;39(6):502–6.
281. Pickard M, Bates L, Dorian M, Greig H, Saint D. Alcohol and drug use in second-year medical students at the University of Leeds. *Med Educ*. 2000 Feb;34(2):148–50.
282. Verghese A. Physicians and addiction. *N Engl J Med*. 2002 May 16;346(20):1510–1.
283. Beck F, Legleye S, Spilka S. Consommation et surconsommation de cannabis : apports et limites de l’épidémiologie. *Psychotropes*. 2007 Apr 1;Vol. 13(1):9–31.
284. Chen C-Y, O’Brien MS, Anthony JC. Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001. *Drug Alcohol Depend*. 2005 Jul;79(1):11–22.
285. Anonyme. Rapport annuel : état du phénomène de la drogue en Europe [Internet]. Lisbonne: Observatoire Européen Drogues et toxicomanies (EMCDDA); 2011 p. 117. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>
286. Beck al. Penser les drogues : perception des produits et des politiques publiques - Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EROPP) [Internet]. 2003 [cited 2014 Feb 27]. 227 p. Available from: <http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/044000600/index.shtml>
287. Clayton R. Transitions in drug use : risk and protective factors. In *Vulnerability to drug abuse*. GLANTZ M, PICKENS R. American Psychological Association,. WashingtonDC; 1992;15–51.
288. Oviedo Rodriguez RJ, Brands B, Adlaf E, Gierbrecht N, Simich L, Wright M da GM. [Critical perspective of relatives and acquaintances regarding protective factors and the use of illicit drugs in Guayaquil, Equador]. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2009 Dec;17 Spec No:831–7.
289. Järvinen M, Ravn S. Cannabis careers revisited: applying Howard S. Becker’s theory to present-day cannabis use. *Soc Sci Med* 1982. 2014 Jan;100:133–40.
290. Aarons GA, Brown SA, Coe MT, Myers MG, Garland AF, Ezzet-Lofstrom R, et al. Adolescent alcohol and drug abuse and health. *J Adolesc Health Off Publ Soc Adolesc Med*. 1999 Jun;24(6):412–21.
291. Poulton RG, Brooke M, Moffitt TE, Stanton WR, Silva PA. Prevalence and correlates of cannabis use and dependence in young New Zealanders. *N Z Med J*. 1997 Mar 14;110(1039):68–70.
292. Robertson JR, Miller P, Anderson R. Cannabis use in the community. *Br J Gen Pract J R Coll Gen Pract*. 1996 Nov;46(412):671–4.
293. Tovar M, Le Nézet O, Bastianic T. Perceptions et opinions des Français sur les drogues [Internet]. OFDT; 2013 p. 6. Report No.: 88. Available from: <http://www.ofdt.fr/ofdtdev/live/publi/tend/tend88.html>
294. Costes JM. De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : à quand l’ouverture de l’impossible débat ? *Boeck Supér*. 2013 Jan;19:9–26.
295. Kuntz. Cannabis ist immer anders [Internet]. Beltz; 2002 [cited 2014 Mar 1]. 290 p. Available from: <http://www.manz.at/list.html?isbn=978-3-407-22881-9>
296. Berghaus G, Krüger H. Cannabiswirkungen im Straßenverkehr [Internet]. Urban & Fischer Verlag in Elsevier; 1998 [cited 2014 Mar 1]. Available from: <http://www.abebooks.fr/rechercher-livre/isbn/3437214861/page-1/>
297. Rosenthal E, Mikuriya T, Gieringer D. Du cannabis pour se soigner : Guide pratique Du cannabis pour se soigner : Guide pratique. Swiss Hemp Shop, votre spécialiste pour les produits de chanvre (Cannabis) [Internet]. Editions du Lezard.

- Editions du Lezard; 1998 [cited 2014 Mar 1]. 218 p. Available from: http://www.swisshempshop.com/cannabis/chanvre/p928/cannabis_pour_soigner_guide_pratique.html
298. Aryana A, Williams MA. Marijuana as a trigger of cardiovascular events: speculation or scientific certainty? *Int J Cardiol.* 2007 May 31;118(2):141–4.
299. Bello P, Plancke L, Cagni G, Delile J, Escots S, Kempfer J, et al. Les usagers fréquents de cannabis, éléments descriptifs. *Bull Épidémiologique Hebd.* 2004;(20):4.
300. Castle D, Murray R. Marijuana And Madness *Psychiatry And Neurobiology* [Internet]. 2004 [cited 2014 Mar 1]. Available from: <http://www.cambridge.org/us/academic/subjects/medicine/mental-health-psychiatry-and-clinical-psychology/marijuana-and-madness-psychiatry-and-neurobiology>
301. Kleiber D, Kovar K. Auswirkungen des Cannabiskonsums. [Internet]. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart; 1997 [cited 2014 Mar 1]. Available from: http://bib.cept.lu/public/book_detail.php?bookID=251
302. Anonyme. Cannabis 2008: Update zum Cannabisbericht 1999 [Internet]. Eidgenössische Kommission für Drogenfragen (CH); 2008 p. 36. Available from: <http://www.chanvre-info.ch/info/fr/Cannabis-2008.html>
303. Hall W, Solowij N. Adverse effects of cannabis. *Lancet.* 1998 Nov;352(9140):1611–6.
304. Baker D, Pryce G, Giovannoni G, Thompson AJ. The therapeutic potential of cannabis. *Lancet Neurol.* 2003 May;2(5):291–8.
305. Greenspon L, Bakalar J. Marihuana: The Forbidden Medicine: Lester Grinspoon, Dr. James B. Bakalar: 9780300070866: Amazon.com: Books [Internet]. Yale University. Yale University; 1995 [cited 2014 Mar 1]. 246 p. Available from: <http://www.amazon.com/Marihuana-Forbidden-Medicine-Lester-Grinspoon/dp/0300070861>
306. Hess. Licht und Schattenseiten von Cannabis aus medizinisch-psychiatrischer Sicht. *Cannabis.* 1996. p. 65.
307. Thornicroft G. Cannabis and psychosis. Is there epidemiological evidence for an association? *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 1990 Jul;157:25–33.
308. Morrison PD, Zois V, McKeown DA, Lee TD, Holt DW, Powell JF, et al. The acute effects of synthetic intravenous Delta9-tetrahydrocannabinol on psychosis, mood and cognitive functioning. *Psychol Med.* 2009 Oct;39(10):1607–16.
309. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM IV) [Internet]. 1994. Available from: <http://allpsych.com/disorders/dsm.html>
310. Kroll P. Psychoses associated with marijuana use in Thailand. *J Nerv Ment Dis.* 1975 Sep;161(3):149–56.
311. Pålsson A, Thulin SO, Tunving K. Cannabis psychoses in south Sweden. *Acta Psychiatr Scand.* 1982 Oct;66(4):311–21.
312. Basu D, Malhotra A, Bhagat A, Varma VK. Cannabis psychosis and acute schizophrenia. a case-control study from India. *Eur Addict Res.* 1999 Jun;5(2):71–3.
313. Berk M, Brook S, Trandafir AI. A comparison of olanzapine with haloperidol in cannabis-induced psychotic disorder: a double-blind randomized controlled trial. *Int Clin Psychopharmacol.* 1999 May;14(3):177–80.
314. Imade AG, Ebie JC. A retrospective study of symptom patterns of cannabis-induced psychosis. *Acta Psychiatr Scand.* 1991 Feb;83(2):134–6.
315. Deffer B. Les troubles mentaux provoqués par l'usage prolongé de cannabis. Paris; 1992 [cited 2014 Mar 1]. Available from: http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=41750
316. McBride AJ, Thomas H. Psychosis is also common in users of “normal” cannabis. *Br Med J.* 1995 Sep 30;311(7009):875.
317. Kuehne J, Mendelson JH, Davis KR, New PF. Computed tomographic examination of heavy marijuana smokers. *JAMA.* 1977 Mar 21;237(12):1231–2.
318. Roques B. La dangerosité des drogues [Internet]. Paris; 1999 Jan p. 192. Available from: http://www.odilejacob.fr/catalogue/medecine/toxicologie-addictologie/dangerosite-des-drogues_9782738106575.php
319. I.N.S.E.R.M. I national de la santé et de la recherche médicale. Cannabis : Quels effets sur le comportement et la santé ? [Internet]. Les éditions Inserm; 2001 [cited 2014 Mar 1]. Available from: <http://www.ipubli.inserm.fr/handle/10608/171>
320. Hampson AJ, Grimaldi M, Axelrod J, Wink D. Cannabidiol and (-)Delta9-tetrahydrocannabinol are neuroprotective antioxidants. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1998 Jul 7;95(14):8268–73.
321. Hamelink C, Hampson A, Wink DA, Eiden LE, Eskay RL. Comparison of cannabidiol, antioxidants, and diuretics in reversing binge ethanol-induced neurotoxicity. *J Pharmacol Exp Ther.* 2005 Aug;314(2):780–8.
322. Dirikoc S, Priola SA, Marella M, Zsürger N, Chabry J. Nonpsychoactive cannabidiol prevents prion accumulation and protects neurons against prion toxicity. *J Neurosci Off J Soc Neurosci.* 2007 Sep 5;27(36):9537–44.
323. Velasco G, Galve-Roperh I, Sánchez C, Blázquez C, Guzmán M. Hypothesis: cannabinoid therapy for the treatment of gliomas? *Neuropharmacology.* 2004 Sep;47(3):315–23.
324. Fried P, Watkinson B, James D, Gray R. Current and former marijuana use: preliminary findings of a longitudinal study of effects on IQ in young adults. *Can Med Assoc J J Assoc Medicale Can.* 2002 Apr 2;166(7):887–91.
325. Ashtari M, Avants B, Cyckowski L, Cervellione KL, Roofeh D, Cook P, et al. Medial temporal structures and memory functions in adolescents with heavy cannabis use. *J Psychiatr Res.* 2011 Aug;45(8):1055–66.

326. Cousijn J, Wiers RW, Ridderinkhof KR, van den Brink W, Veltman DJ, Goudriaan AE. Grey matter alterations associated with cannabis use: results of a VBM study in heavy cannabis users and healthy controls. *NeuroImage*. 2012 Feb 15;59(4):3845–51.
327. Jager G, Van Hell HH, De Win MML, Kahn RS, Van Den Brink W, Van Ree JM, et al. Effects of frequent cannabis use on hippocampal activity during an associative memory task. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol*. 2007 Mar;17(4):289–97.
328. Block RI, O'Leary DS, Hichwa RD, Augustinack JC, Ponto LL, Ghoneim MM, et al. Cerebellar hypoactivity in frequent marijuana users. *Neuroreport*. 2000 Mar 20;11(4):749–53.
329. O'Leary DS, Block RI, Koeppl JA, Flaum M, Schultz SK, Andreasen NC, et al. Effects of Smoking Marijuana on Brain Perfusion and Cognition. *Nat Med*. 2001 Nov 30;26(6):802–16.
330. Harding IH, Solowij N, Harrison BJ, Takagi M, Lorenzetti V, Lubman DI, et al. Functional Connectivity in Brain Networks Underlying Cognitive Control in Chronic Cannabis Users. *Neuropsychopharmacology*. 2012 Jul;37(8):1923–33.
331. Wesley MJ, Hanlon CA, Porrino LJ. Poor decision-making by chronic marijuana users is associated with decreased functional responsiveness to negative consequences. *Psychiatry Res*. 2011 Jan 30;191(1):51–9.
332. Batalla A, Bhattacharyya S, Yücel M, Fusar-Poli P, Crippa JA, Nogué S, et al. Structural and functional imaging studies in chronic cannabis users: a systematic review of adolescent and adult findings. *PloS One*. 2013;8(2):e55821.
333. Meier MH, Caspi A, Ambler A, Harrington H, Houts R, Keefe RSE, et al. Persistent cannabis users show neuropsychological decline from childhood to midlife. *Proc Natl Acad Sci*. 2012 Oct 2;109(40):E2657–E2664.
334. Pope HG Jr, Gruber AJ, Hudson JI, Cohane G, Huestis MA, Yurgelun-Todd D. Early-onset cannabis use and cognitive deficits: what is the nature of the association? *Drug Alcohol Depend*. 2003 Apr 1;69(3):303–10.
335. Gruber SA, Sagar KA, Dahlgren MK, Racine M, Lukas SE. Age of Onset of Marijuana Use and Executive Function. *Psychol Addict Behav J Soc Psychol Addict Behav*. 2012 Sep;26(3):496–506.
336. Schweinsburg AD, Schweinsburg BC, Nagel BJ, Eyler LT, Tapert SF. Neural Correlates of Verbal Learning in Adolescent Alcohol and Marijuana Users. *Addiction*. 2011 Mar;106(3):564–73.
337. Mehra R, Moore BA, Crothers K, Tetrault J, Fiellin DA. The association between marijuana smoking and lung cancer: a systematic review. *Arch Intern Med*. 2006 Jul 10;166(13):1359–67.
338. Moir D, Rickert WS, Levasseur G, Larose Y, Maertens R, White P, et al. A comparison of mainstream and sidestream marijuana and tobacco cigarette smoke produced under two machine smoking conditions. *Chem Res Toxicol*. 2008 Feb;21(2):494–502.
339. Hashibe M, Morgenstern H, Cui Y, Tashkin DP, Zhang Z-F, Cozen W, et al. Marijuana use and the risk of lung and upper aerodigestive tract cancers: results of a population-based case-control study. *Cancer Epidemiol Biomark Prev Publ Am Assoc Cancer Res Cosponsored Am Soc Prev Oncol*. 2006 Oct;15(10):1829–34.
340. Pletcher MJ, Vittinghoff E, Kalhan R, et al. Association between marijuana exposure and pulmonary function over 20 years. *JAMA*. 2012 Jan 11;307(2):173–81.
341. Regier DA, Farmer ME, Rae DS, Locke BZ, Keith SJ, Judd LL, et al. Comorbidity of mental disorders with alcohol and other drug abuse. Results from the Epidemiologic Catchment Area (ECA) Study. *JAMA J Am Med Assoc*. 1990 Nov 21;264(19):2511–8.
342. Jablensky A. The 100-year epidemiology of schizophrenia. *Schizophr Res*. 1997 Dec 19;28(2):111–25.
343. Batel P. Addiction and schizophrenia. *Eur Psychiatry J Assoc Eur Psychiatr*. 2000 Mar;15(2):115–22.
344. Dervaux A, Laqueille X. [Smoking and schizophrenia: epidemiological and clinical features]. *L'Encéphale*. 2008 Jun;34(3):299–305.
345. Thornton LK, Baker AL, Lewin TJ, Kay-Lambkin FJ, Kavanagh D, Richmond R, et al. Reasons for substance use among people with mental disorders. *Addict Behav*. 2012 Apr;37(4):427–34.
346. Gregg L, Barrowclough C, Haddock G. Reasons for increased substance use in psychosis. *Clin Psychol Rev*. 2007 May;27(4):494–510.
347. Chabrol H, Chauchard E, Girabet J. Cannabis use and suicidal behaviours in high-school students. *Addict Behav*. 2008 Jan;33(1):152–5.
348. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Exploring the association between cannabis use and depression. *Addict Abingdon Engl*. 2003 Nov;98(11):1493–504.
349. Van Laar M, van Dorsselaer S, Monshouwer K, de Graaf R. Does cannabis use predict the first incidence of mood and anxiety disorders in the adult population? *Addict Abingdon Engl*. 2007 Aug;102(8):1251–60.
350. Harder VS, Stuart EA, Anthony JC. Adolescent cannabis problems and young adult depression: male-female stratified propensity score analyses. *Am J Epidemiol*. 2008 Sep 15;168(6):592–601.
351. Harder VS, Morral AR, Arkes J. Marijuana use and depression among adults: Testing for causal associations. *Addict Abingdon Engl*. 2006 Oct;101(10):1463–72.
352. Bergamaschi MM, Queiroz RHC, Chagas MHN, de Oliveira DCG, De Martinis BS, Kapczinski F, et al. Cannabidiol reduces the anxiety induced by simulated public speaking in treatment-naïve social phobia patients. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2011 May;36(6):1219–26.

353. Crippa JAS, Derenusson GN, Ferrari TB, Wichert-Ana L, Duran FLS, Martin-Santos R, et al. Neural basis of anxiolytic effects of cannabidiol (CBD) in generalized social anxiety disorder: a preliminary report. *J Psychopharmacol Oxf Engl*. 2011 Jan;25(1):121–30.
354. Weiser M, Reichenberg A, Grotto I, Yasvitzky R, Rabinowitz J, Lubin G, et al. Higher rates of cigarette smoking in male adolescents before the onset of schizophrenia: a historical-prospective cohort study. *Am J Psychiatry*. 2004 Jul;161(7):1219–23.
355. De Leon J, Diaz FJ. A meta-analysis of worldwide studies demonstrates an association between schizophrenia and tobacco smoking behaviors. *Schizophr Res*. 2005 Jul 15;76(2-3):135–57.
356. McLaren JA, Silins E, Hutchinson D, Mattick RP, Hall W. Assessing evidence for a causal link between cannabis and psychosis: a review of cohort studies. *Int J Drug Policy*. 2010 Jan;21(1):10–9.
357. Moore THM, Zammit S, Lingford-Hughes A, Barnes TRE, Jones PB, Burke M, et al. Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *Lancet*. 2007 Jul 28;370(9584):319–28.
358. Houston JE, Murphy J, Adamson G, Stringer M, Shevlin M. Childhood sexual abuse, early cannabis use, and psychosis: testing an interaction model based on the National Comorbidity Survey. *Schizophr Bull*. 2008 May;34(3):580–5.
359. Parakh P, Basu D. Cannabis and psychosis: have we found the missing links? *Asian J Psychiatry*. 2013 Aug;6(4):281–7.
360. Zammit S, Allebeck P, Andreasson S, Lundberg I, Lewis G. Self reported cannabis use as a risk factor for schizophrenia in Swedish conscripts of 1969: historical cohort study. *BMJ*. 2002 Nov 23;325(7374):1199.
361. Manrique-Garcia E, Zammit S, Dalman C, Hemmingsson T, Andreasson S, Allebeck P. Cannabis, schizophrenia and other non-affective psychoses: 35 years of follow-up of a population-based cohort. *Psychol Med*. 2012 Jun;42(6):1321–8.
362. Van Os J, Bak M, Hanssen M, Bijl RV, de Graaf R, Verdoux H. Cannabis use and psychosis: a longitudinal population-based study. *Am J Epidemiol*. 2002 Aug 15;156(4):319–27.
363. Stefanis NC, Delespaul P, Henquet C, Bakoula C, Stefanis CN, Van Os J. Early adolescent cannabis exposure and positive and negative dimensions of psychosis. *Addict Abingdon Engl*. 2004 Oct;99(10):1333–41.
364. Konings M, Henquet C, Maharajh HD, Hutchinson G, Van Os J. Early exposure to cannabis and risk for psychosis in young adolescents in Trinidad. *Acta Psychiatr Scand*. 2008 Sep;118(3):209–13.
365. Henquet C, Rosa A, Krabbendam L, Papiol S, Fananás L, Drukker M, et al. An experimental study of catechol-o-methyltransferase Val158Met moderation of delta-9-tetrahydrocannabinol-induced effects on psychosis and cognition. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol*. 2006 Dec;31(12):2748–57.
366. Decoster J, van Os J, Kenis G, Henquet C, Peuskens J, De Hert M, et al. Age at onset of psychotic disorder: cannabis, BDNF Val66Met, and sex-specific models of gene-environment interaction. *Am J Med Genet Part B Neuropsychiatr Genet Off Publ Int Soc Psychiatr Genet*. 2011 Apr;156B(3):363–9.
367. Di Forti M, Iyegbe C, Sallis H, Kolliakou A, Falcone MA, Paparelli A, et al. Confirmation that the AKT1 (rs2494732) genotype influences the risk of psychosis in cannabis users. *Biol Psychiatry*. 2012 Nov 15;72(10):811–6.
368. Cunha PJ, Rosa PGP, Ayres A de M, Duran FLS, Santos LC, Scazufca M, et al. Cannabis use, cognition and brain structure in first-episode psychosis. *Schizophr Res*. 2013 Jul;147(2-3):209–15.
369. Brown AS. The environment and susceptibility to schizophrenia. *Prog Neurobiol*. 2011 Jan;93(1):23–58.
370. Degenhardt L, Hall W, Lynskey M. Testing hypotheses about the relationship between cannabis use and psychosis. *Drug Alcohol Depend*. 2003 Jul 20;71(1):37–48.
371. Hickman M, Vickerman P, Macleod J, Kirkbride J, Jones PB. Cannabis and schizophrenia: model projections of the impact of the rise in cannabis use on historical and future trends in schizophrenia in England and Wales. *Addict Abingdon Engl*. 2007 Apr;102(4):597–606.
372. Frisher M, Crome I, Martino O, Croft P. Assessing the impact of cannabis use on trends in diagnosed schizophrenia in the United Kingdom from 1996 to 2005. *Schizophr Res*. 2009 Sep;113(2-3):123–8.
373. Macleod J, Davey Smith G, Hickman M. Does cannabis use cause schizophrenia? *Lancet*. 2006 Apr 1;367(9516):1055.
374. Hall W, Degenhardt L, Teesson M. Cannabis use and psychotic disorders: an update. *Drug Alcohol Rev*. 2004 Dec;23(4):433–43.
375. Legleye et al. Les drogues à 17 ans Résultats de l'enquête ESCAPAD 2008. OFDT [Internet]. 2009 [cited 2014 Jan 3];(66). Available from: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxstp6.pdf>
376. Rahioui, H, Malapert, E, Reynaud ; M. Données actuelles sur les liens entre cannabis et schizophrénie. *Synapse*. 2005;220:35–40.
377. Proal AC, Fleming J, Galvez-Buccollini JA, Delisi LE. A controlled family study of cannabis users with and without psychosis. *Schizophr Res*. 2014 Jan;152(1):283–8.
378. Agrawal A, Nurnberger JI, Lynskey MT. Cannabis involvement in individuals with Bipolar Disorder. *Psychiatry Res*. 2011 Feb 28;185(3):459–61.
379. Pousset M. Drogues, chiffres clés. OFDT. 2013 Jun;(5):8.

380. González S, Cebeira M, Fernández-Ruiz J. Cannabinoid tolerance and dependence: a review of studies in laboratory animals. *Pharmacol Biochem Behav.* 2005 Jun;81(2):300–18.
381. Mayor's Committee on Marihuana. The La Guardia Committee Report: The Marihuana Problem in the City of New York. New York: New York Academy of Medicine City; 1944.
382. Wiesbeck GA, Schuckit MA, Kalmijn JA, Tipp JE, Bucholz KK, Smith TL. An evaluation of the history of a marijuana withdrawal syndrome in a large population. *Addict Abingdon Engl.* 1996 Oct;91(10):1469–78.
383. Jones RT, Benowitz NL, Herning RI. Clinical relevance of cannabis tolerance and dependence. *J Clin Pharmacol.* 1981 Sep;21(8-9 Suppl):143S–152S.
384. Kandel D, Chen K, Warner LA, Kessler RC, Grant B. Prevalence and demographic correlates of symptoms of last year dependence on alcohol, nicotine, marijuana and cocaine in the U.S. population. *Drug Alcohol Depend.* 1997 Jan 10;44(1):11–29.
385. Grant BF, Pickering R. The relationship between cannabis use and DSM-IV cannabis abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *J Subst Abuse.* 1998;10(3):255–64.
386. Wagner FA, Anthony JC. From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol. *Neuropsychopharmacol Off Publ Am Coll Neuropsychopharmacol.* 2002 Apr;26(4):479–88.
387. Santangelo P, Paille F. Enquête sur la consommation de cannabis chez les étudiants lorrains. [Nancy]: Henri Poincaré; 2006.
388. Reynaud M. Cannabis santé vulnérabilité, dépistage, évaluation et prise en charge. Flammarion. Paris; 2004. 194 p.
389. Woody GE, Cottler LB, Cacciola J. Severity of dependence: data from the DSM-IV field trials. *Addict Abingdon Engl.* 1993 Nov;88(11):1573–9.
390. Lewis R, Ward S, Johnson R, Burns DT. Distribution of the principal cannabinoids within bars of compressed cannabis resin. *Anal Chim Acta.* 2005 May 4;538(1–2):399–405.
391. Ross M, ElSohly M. CBN and D9-THC concentration ratio as an indicator of the age of stored marijuana samples. *Bull Narc.* 1999;1:139–47.
392. Anonyme. An overview of cannabis potency in Europe [Internet]. Lisbonne: EMCDDA; 2004. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/insights/cannabis-potency>
393. Ben Lakhdar C, Weinberger D. Du marché du cannabis au marché du THC en France. Implications pour le système d'offre et les politiques de lutte contre les trafics illicites de stupéfiants. *Rev Fr Socio-Econ.* 2011 Jan;(7):123–45.
394. Chouvy P-A, Afsahi K. Hashish revival in Morocco. *Int J Drug Policy.* 2014 Jan 11;
395. Mikuriya TH, Aldrich MR. Cannabis 1988. Old drug, new dangers. The potency question. *J Psychoactive Drugs.* 1988 Mar;20(1):47–55.
396. O.F.D.T. SINTES cannabis : Système d'identification national des toxiques et des substances – investigations spéciales sur le cannabis (données non publiées). 2005.
397. Michael M. Vanyukova, Ralph E. Tartera, b, Galina P. Kirillova, Levent Kiriscia, Maureen D. Reynolds, Mary Jeanne Kreek, et al. Common liability to addiction and “gateway hypothesis”: Theoretical, empirical and evolutionary perspective. *Drug Alcohol Depend.* 2012 Jun;123(Supplément 1):S3–S17.
398. National Household Survey on Drug Abuse: Population Estimates 1998 [Internet]. Washington (DC): United States Department of Health and Human Services; 2014 Jan. Available from: <http://samhsa.gov/data/nhsda/98mf.pdf>
399. Padieu R. Observer des toxicomanes et l'usage de la drogue ? [Internet]. Observer des toxicomanes et l'usage de la drogue ?; 1995 Sep 6. Available from: <http://www.orsas.fr/ressources-documentaires/category/43-addictions.html?download=146:126-padieu>
400. Hall W, Pacula RL. Cannabis Use and Dependence: Public Health and Public Policy. Cambridge University Press; 2003. 320 p.
401. Van Gundy K, Rebellon CJ. A Life-course Perspective on the “Gateway Hypothesis.” *J Health Soc Behav.* 2010 Sep;51(3):244–59.
402. Anonyme. Drugs and the law: report of the independent inquiry into the Misuse of Drugs Act of 1971. London: Police Foundation: Police Foundation of the United Kingdom; 2000.
403. Pageaud D. Prévenir et prendre en charge l'usage problématique du cannabis: quel place pour le médecin généraliste. [Nantes]: Nantes; 2004.
404. Kopp P. Le cout social des drogues en 2003: les dépenses publiques dans le cadre de la lutte contre les drogues. Paris: O.F.D.T.; 2006.
405. Anonyme. Rapport annuel européen sur les drogues, tendances et évolutions [Internet]. Lisbonne: Observatoire Européen Drogues et toxicomanies (EMCDDA); 2013. Available from: info@emcdda.europa.eu I www.emcdda.europa.eu
406. Ben Lakhdar C. Évaluation économique de la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants. *Boeck Supér Psychotr.* 2013 Jan;19:27–48.
407. Niveau G. [Cannabis-related flash-back, a medico-legal case]. *L'Encéphale.* 2002 Feb;28(1):77–9.

408. Fischer J, Täschner KL. [Flashback following use of cannabis--a review]. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 1991 Nov;59(11):437-46.
409. Laumon B, Gadegbeku B, Martin J-L, Biecheler M-B. Cannabis intoxication and fatal road crashes in France: population based case-control study. *BMJ*. 2005 Dec 10;331(7529):1371.
410. Asbridge M, Hayden JA, Cartwright JL. Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis. *BMJ*. 2012;344:e536.
411. Drummer OH, Gerostamoulos J, Batziris H, Chu M, Caplehorn J, Robertson MD, et al. The involvement of drugs in drivers of motor vehicles killed in Australian road traffic crashes. *Accid Anal Prev*. 2004 Mar;36(2):239-48.
412. Longo P, Krawchuk S, Voas R. Rôle de l'alcool, les cannabinoïdes, les benzodiazépines et les stimulants dans des accidents de la route. alcool, les drogues et la sécurité routière-T2000. Actes de la 15e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière; 2000 au 26 mai.
413. Ramaekers JG, Berghaus G, van Laar M, Drummer OH. Dose related risk of motor vehicle crashes after cannabis use. *Drug Alcohol Depend*. 2004 Feb 7;73(2):109-19.
414. Berghaus G, Guo bl. Médicaments et conduite, conclusions d'une méta-analyse des études expérimentales: informations de base pour les patients, les médecins et les expert. Actes de la 13e Conférence internationale sur l'alcool, les drogues et la sécurité routière; 1995; Université d'Adélaïde.
415. Hall W, Homel R. Reducing cannabis-impaired driving: is there sufficient evidence for drug testing of drivers? *Addict Abingdon Engl*. 2007 Dec;102(12):1918-9.
416. Blomberg RD, Peck RC, Moskowitz H, Burns M, Fiorentino D. The Long Beach/Fort Lauderdale relative risk study. *J Safety Res*. 2009;40(4):285-92.
417. Zador PL, Krawchuk SA, Voas RB. Alcohol-related relative risk of driver fatalities and driver involvement in fatal crashes in relation to driver age and gender: an update using 1996 data. *J Stud Alcohol*. 2000 May;61(3):387-95.
418. Biecheler M. Cannabis, conduite et Sécurité routière : une analyse de la littérature scientifique. *Obs Interminist Sécurité Routière*. 2006;16.
419. Kurzthaler I, Bodner T, Kemmler G, Entner T, Wissel J, Berger T, et al. The effect of nabilone on neuropsychological functions related to driving ability: an extended case series. *Hum Psychopharmacol*. 2005 Jun;20(4):291-3.
420. Ramaekers JG, Moeller MR, van Ruitenbeek P, Theunissen EL, Schneider E, Kauert G. Cognition and motor control as a function of Delta9-THC concentration in serum and oral fluid: limits of impairment. *Drug Alcohol Depend*. 2006 Nov 8;85(2):114-22.
421. Grotenhermen F, Leson G, Berghaus G, Drummer OH, Krüger H-P, Longo M, et al. Developing limits for driving under cannabis. *Addict Abingdon Engl*. 2007 Dec;102(12):1910-7.
422. Jones AW, Holmgren A, Kugelberg FC. Driving under the influence of cannabis: a 10-year study of age and gender differences in the concentrations of tetrahydrocannabinol in blood. *Addict Abingdon Engl*. 2008 Mar;103(3):452-61.
423. Sewell RA, Poling J, Sofuoglu M. The effect of cannabis compared with alcohol on driving. *Am J Addict Am Acad Psychiatr Alcohol Addict*. 2009 Jun;18(3):185-93.
424. Anderson M, Rees D. Medical Marijuana Laws, Traffic Fatalities, and Alcohol Consumption. *IZA Discuss*. 2011;November 2011(6112):46.
425. Thomas RE. Benzodiazepine use and motor vehicle accidents. Systematic review of reported association. *Can Fam Physician Médecin Fam Can*. 1998 Apr;44:799-808.
426. Meulemans A, Hooft P, Van Camp L, De Vrieze N, Verstraete A. Étude de toxicologie et Trauma belge: une Étude portante sur la présence d'alcool, de Médicaments et de Drogues Illicites chez des CONDUCTEURS Victimes d'accidents de la voie. *Société Toxicol Belg Luxemb*. 1996;
427. Waller PF, Blow FC, Maio RF, Singer K, Hill EM, Schaefer N. Crash characteristics and injuries of victims impaired by alcohol versus illicit drugs. *Accid Anal Prev*. 1997 Nov;29(6):817-27.
428. Marquet P, Delpla PA, Kerguelen S, Bremond J, Facy F, Garnier M, et al. Prevalence of drugs of abuse in urine of drivers involved in road accidents in France: a collaborative study. *J Forensic Sci*. 1998 Jul;43(4):806-11.
429. Movig KLL, Mathijssen MPM, Nagel PHA, van Egmond T, de Gier JJ, Leufkens HGM, et al. Psychoactive substance use and the risk of motor vehicle accidents. *Accid Anal Prev*. 2004 Jul;36(4):631-6.
430. Bergamaschi MM, Karschner EL, Goodwin RS, Scheidweiler KB, Hirvonen J, Queiroz RHC, et al. Impact of prolonged cannabinoid excretion in chronic daily cannabis smokers' blood on per se drugged driving laws. *Clin Chem*. 2013 Mar;59(3):519-26.
431. Anonyme. Marijuana and health. U.S.A.: National Academy of Science; 1982.
432. Hoaken PNS, Stewart SH. Drugs of abuse and the elicitation of human aggressive behavior. *Addict Behav*. 2003 Dec;28(9):1533-54.
433. Smith PH, Homish GG, Leonard KE, Collins RL. Marijuana withdrawal and aggression among a representative sample of U.S. marijuana users. *Drug Alcohol Depend*. 2013 Sep 1;132(1-2):63-8.
434. Mendelson JH, Mello NK, Ellingboe J, Skupny AS, Lex BW, Griffin M. Marijuana smoking suppresses luteinizing hormone in women. *J Pharmacol Exp Ther*. 1986 Jun;237(3):862-6.

435. Vescovi PP, Pedrazzoni M, Michelini M, Maninetti L, Bernardelli F, Passeri M. Chronic effects of marijuana smoking on luteinizing hormone, follicle-stimulating hormone and prolactin levels in human males. *Drug Alcohol Depend.* 1992 Apr;30(1):59–63.
436. Gorzalka BB, Hill MN, Chang SCH. Male-female differences in the effects of cannabinoids on sexual behavior and gonadal hormone function. *Horm Behav.* 2010 Jun;58(1):91–9.
437. D'Souza DC, Sewell RA, Ranganathan M. Cannabis and psychosis/schizophrenia: human studies. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci.* 2009 Oct;259(7):413–31.
438. Johns A. Psychiatric effects of cannabis. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2001 Feb;178:116–22.
439. Fridberg DJ, Vollmer JM, O'Donnell BF, Skosnik PD. Cannabis users differ from non-users on measures of personality and schizotypy. *Psychiatry Res.* 2011 Mar 30;186(1):46–52.
440. Pan J-P. Le médecin généraliste face à la consommation de cannabis: enquête qualitative réalisée en 2007 auprès de 16 médecins généralistes dans le Finistère nord. [Brest]: UNIVERSITÉ DE BREST-BRETAGNE OCCIDENTALE; 2007.
441. Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 [Internet]. Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives; 2013 Sep. Available from: <http://www.drogues.gouv.fr/site-professionnel/la-miltdt/plan-gouvernemental/plan-gouvernemental-2013-2017/>
442. Pierre Gallois, Jean-Pierre Vallée, Yves Le Noc, en Médecine Génér. Cannabis : pas si banal... 1re partie : une consommation à risques. Unafomec [Internet]. 2008 May [cited 2011 May 10]; Available from: http://www.jle.com/e-docs/00/04/3D/8B/vers_alt/VersionPDF.pdf
443. Costentin J. Nouveaux regards sur le cannabis. Available from: <http://svt.ac-rouen.fr/biologie/conferences/costentin.doc>
444. Costentin J. Halte au cannabis ! Paris: Odile Jacob; 2006. 272 p.
445. Costentin J. Pourquoi il ne faut pas dépénaliser l'usage du cannabis. Paris: Odile Jacob; 2012. 272 p.
446. Chamayou J. Les dangers du haschich : les dernières découvertes scientifiques sur le cannabis. [Rouen]: Rouen; 2002.
447. Nahas G. Haschich, cannabis et marijuana : Le chanvre trompeur. 1976.
448. Plasait B, Olin N. Proposition de résolution tendant à la création d'une commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites : Rapport de la commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites - tome I [Internet]. Paris: Sénat; 2003 p. 506. Available from: <http://www.senat.fr/rap/r02-321-1/r02-321-11.pdf>
449. L'addictologie : croyance ou révolution ? - Cairn.info [Internet]. [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://www.cairn.info.bases-doc.univ-lorraine.fr/revue-psychotropes-2006-3-page-21.htm>
450. L'économie du deal - Cairn.info [Internet]. [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://www.cairn.info.bases-doc.univ-lorraine.fr/revue-les-cahiers-dynamiques-2012-3-page-50.htm>
451. Rapport annuel 2011 : Etat du phénomène de la drogue en Europe [Internet]. Lisbonne: OEDT; 2011 p. 117. Available from: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2011>
452. Usage de substances illicites et politique néerlandaise en matière de drogues : vue d'ensemble et évaluation exploratoire - Cairn.info [Internet]. [cited 2014 Jun 16]. Available from: http://www.cairn.info.bases-doc.univ-lorraine.fr/article.php?ID_ARTICLE=DS_323_0325&DocId=62211&Index=%2Fcairn2Idx%2Fcairn&TypeID=226&B AL=an2ZK5yEDjaDk&HitCount=12&hits=1cc7+1cc6+1cc5+154f+154e+154d+b21+b20+b1f+7ab+7aa+7a9+0&fileext =html#hit1
453. What Can We Learn From The Portuguese Decriminalization of Illicit Drugs? [Internet]. [cited 2014 Jun 16]. Available from: <http://bjc.oxfordjournals.org.bases-doc.univ-lorraine.fr/content/50/6/999>
454. Asma Jahangir, Javier Solana, Carlos Fuentes, César Gaviria, ancien président de la Colombie, Ernesto Zedillo, ancien président du Mexique, Fernando Henrique Cardoso, ancien président du Brésil, et al. La guerre aux drogues [Internet]. Global Commission of Drug Policy; 2011 Jun p. 24. Available from: www.globalcommissionondrugs.org
455. Chanvre & Libertés » Un tournant radical de la politique des drogues en Europe ? [Internet]. 2014 [cited 2014 Apr 8]. Available from: <http://chanvre-libertes.org/bulletin-encod-mars-2014/>
456. Marchés, substances, usagers : les tendances récentes (2011-2012). OFDT. 2013 Jul;(86):8.
457. Anonyme. La dépénalisation de la consommation du cannabis. Paris: Division des études de législation comparée du Service des affaires européennes; 2002 Jan p. 61. Report No.: LC 99.
458. Ben Bassa E. Feb, 2014. Available from: <http://tempsreel.nouvelobs.com/societe/20140205.OBS5138/cannabis-ce-que-prevoit-la-proposition-de-loi-ecologiste.html>
459. WEINBERGER D, Brothier A. L'auto-culture en France [Internet]. Presentation presented at: 3ème conférence internationale sur l'observation de la criminalité; 2010; Montréal. Available from: http://www.crime-prevention-intl.org/fileadmin/user_upload/3e_rencontre_observatoire/David_Weinberger_Andre_Brothier.pdf
460. Anonyme. Rapport annuel UNODC [Internet]. UNODC; 2009 p. 56. Available from: http://www.unodc.org/documents/about-unodc/AR09_LORES.pdf
461. Jansen, A. 2nd European Conference on Drug Trafficking and Law Enforcement. Paris; 2002. p. 26–7.

462. ONUDC: Maroc: enquête sur le cannabis en 2003 [Internet]. Maroc: Royaume du Maroc Le premier ministre Agence pour la promotion du développement économique et social des provinces du nord du royaume; 2003 Dec p. 48. Available from: www.unodc.org/unodc/en/crop_monitoring.html
463. Harry Anslinger's Gore File [Internet]. Available from: <http://reefermadnessmuseum.org/chap10/Gore.htm>
464. Herer J. L'empereur est nu [Internet]. du Lezard. 2002 [cited 2014 Mar 1]. 368 p. Available from: <http://livre.fnac.com/a4192514/Jack-Herer-L-empereur-est-nu>
465. Sloman L. Reefer madness: the history of marijuana in America. New York: St. Martin's Griffin; 1998.
466. Harry J. Anslinger — Wikipédia [Internet]. Available from: http://fr.wikipedia.org/wiki/Harry_J._Anslinger
467. Herer J. L'empereur est nu [Internet]. du Lezard. 2002 [cited 2014 Mar 1]. 368 p. Available from: <http://livre.fnac.com/a4192514/Jack-Herer-L-empereur-est-nu>
468. Popular Mechanics - Google Livres. Billion dollar crop. 1938 Feb;332.
469. Anonyme. Rapport De L'organe International De Contrle Des Stupfiants Pour 2010. Autriche: O.N.U.; 2011. 158 p.
470. Arnoult A. Adolescents et drogues : une analyse des discours de la presse quotidienne nationale - Cairn.info. cairn. 2012 Mar;(56):152.
471. Plus précoces et moins sanctionnés ? Usages des statistiques dans les discours sur les jeunes face aux drogues -. Cairn.info. 2012 Mar;(100):192.
472. Mura P, Chatelain C, Dumestre V, Gaulier JM, Ghysel MH, Lacroix C, et al. Use of drugs of abuse in less than 30-year-old drivers killed in a road crash in France: a spectacular increase for cannabis, cocaine and amphetamines. *Forensic Sci Int*. 2006 Jul 13;160(2-3):168–72.
473. KUBLER T. France : la fosse aux lions. *La Recherche*. 2003;(362):33–6.
474. Davidson F, Chouquet M, Bellanger. Les lycéens et les drogues licites et illicites. INSERM; 1980.
475. Frejaville, Davidson F, Choquet M. Les jeunes et la drogue. PUF. 1977.
476. Choquet M, Ledoux S, Menke H. La santé des adolescents. INSERM; 1988.
477. Jean-François, Gayraud. La Grande fraude, Crime, Subprimes et crises financières.. Odile Jacob. Odile Jacob; 2011. 272 p.
478. Massin S. Approches économiques normatives et positives de la législation sur les drogues - Cairn.info. Boeck Supér Psychotr. 2013 Jan;19:49–63.
479. Parquet P. Pour une politique de prévention en matière de comportements de consommation de substances psychoactives [Internet]. 1997. 107 p. Available from: http://bdoc.ofdt.fr/pmb/opac_css/index.php?lvl=notice_display&id=62223&seule=1
480. Puniton et soin - Cairn.info [Internet]. [cited 2014 Jun 15]. Available from: <http://www.cairn.info/bases-doc.univ-lorraine.fr/revue-sud-nord-2005-1-page-175.htm>
481. De la récidive à la répétition ou le travail clinique et l'obligation de soins - Cairn.info [Internet]. [cited 2014 Jun 14]. Available from: <http://www.cairn.info/bases-doc.univ-lorraine.fr/revue-psychotropes-2004-3-page-173.htm>
482. Michel Reynaud, Alain Morel. 100 propositions pour réduire les dommages des addictions en France. FEDERATION FRANCAISE D'ADDICTOLOGIE; 2011.
483. Nacer Lalam. Argent de la drogue: blanchiment et mondialisation financière. *Inst Natl Hautes Études Sécurité Justice INHESJ*. 2011 Oct;(2).
484. Gayraud J-F. Nouveau Capitalisme criminel (Le). Odile Jacob. Odile Jacob; 2014. 368 p.
485. Peretti-Watel P, Beck F, Legleye S. Usagers interpellés, usagers déclarés : les deux visages du fumeur de cannabis. *Déviance Société*. 2004 Sep 1;Vol. 28(3):335–52.
486. Parker HJ, Aldridge J, Measham F. *Illegal Leisure: The Normalization of Adolescent Recreational Drug Use*. Routledge; 1998. 202 p.
487. BULLETIN ENCOD 107 - Encod.org [Internet]. [cited 2014 May 5]. Available from: <http://www.encod.org/info/BULLETIN-ENCOD-107.html>
488. Obradovic I. Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions et état des lieux en Europe [Internet]. OFDT; 2012. 8 p. Available from: <http://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiora.pdf>

ANNEXES

ANNEXE 1 : SYNTHÈSE SUR LES EFFETS ANTI-TUMORAUX DES CANNABINOÏDES

Overview on the functional effects of cannabinoids on tumor cell migration, adhesion, invasion, and metastasization

	Cannabinoid	Tumor Type	Regulation of Functional Effect	Signal Transduction	References
Migration	AEA	Colon	↓	CB1 receptor	Joseph et al., 2004
		Breast	↓	CB1 receptor	Joseph et al., 2004
	2-AG	Cervical	↓	CB1 receptor	Rudolph et al., 2008
	CBD	Glioma	↓	Independent of Gi/o-protein-coupled receptors	Vaccani et al., 2005
	DEA	Colon	↓	CB1 receptor	Joseph et al., 2004
	HU-210	Colon	↓	CB1 receptor	Joseph et al., 2004
	JWH-133	Colon	↔	-	Joseph et al., 2004
	MA	Cervical, Lung	↔	-	Ramer and Hinz, 2008
	Met-F-AEA	Breast	↓	CB1 receptor	Grimaldi et al., 2006
			↓	RHOA-ROCK-dependent	Laezza et al., 2008
	THC	Lung	↓	Inhibition of EGF-induced ERK1/2, JNK, AKT; increased phosphorylation of FAK	Preet et al., 2008
		Glioma, Astrocytoma	↓	-	Blázquez et al., 2008a
	Cervical, Lung	↔	-	Ramer and Hinz, 2008	
	WIN-55,212-2	Cervical	↓	CB1 receptor	Rudolph et al., 2008
Adhesion & adhesive proteins	HU-210	Neuroblastoma	-	CB1 receptor; up-regulation of FRNK phosphorylation	Zhou et al., 2002
	Met-F-AEA	Breast	↓	CB1 receptor; inhibition of FAK-, and Src-phosphorylation on collagen type IV	Grimaldi et al., 2006
	WIN-55,212-2	Glioma	-	Blockade of IL-1-induced up-regulation of cell adhesion molecules	Curran et al., 2005
		Astrocytoma	-	Cannabinoid receptor-independent blockade of IL-1-induced up-regulation of cell adhesion molecules	Curran et al., 2005
Invasion	2-AG	Prostate	↓	CB1	Nithipatakorn et al., 2004
	CBD	Breast	↓	Id-1 down-regulation	McAllister et al., 2007
	MA	Cervical	↓	CB1, CB2 receptors, TRPV1; TIMP-1 up-regulation	Ramer and Hinz, 2008
		Lung	↓	CB1, CB2 receptors, TRPV1; TIMP-1 up-regulation	Ramer and Hinz, 2008
	THC	Cervical	↓	CB1, CB2 receptors; TIMP-1 up-regulation	Ramer and Hinz, 2008
		Lung	↓	CB1, CB2 receptors; TIMP-1 up-regulation	Ramer and Hinz, 2008
		Lung	↓	Inhibition of EGF-induced ERK1/2, JNK, AKT; increased phosphorylation of FAK	Preet et al., 2008
	Glioma	↓	MMP-2 down-regulation	Blázquez et al., 2008b	
Metastasization	CBD-rich extract	Breast	↓	Ca2+, ROS	Ligresti et al., 2006
	CBD	Breast	↓	Ca2+, ROS	Ligresti et al., 2006
	Met-F-AEA	Breast	↓	CB1 receptor	Grimaldi et al., 2006
		Lung	↓	CB1 receptor	Portella et al., 2003
	THC	Lung	↓	Inhibition of FAK-, ERK1/2- and Akt-phosphorylation,	Preet et al., 2008
		Breast	↑	-	McKallip et al., 2005
	WIN-55,212-2	Skin	↓	Inhibition of the Akt signal transduction pathway	Blázquez et al., 2006

ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE EROC



Etude des Représentations et des Opinions sur le cannabis chez les médecins généralistes Lorrains

- Cette enquête est **anonyme**.
- Elle a pour objectif de mesurer votre représentation des **dommages** et des **bénéfices** liés à la consommation de cannabis mais également votre perception des **politiques publiques** concernant ce produit.
- Cette étude portant sur les perceptions, des réponses **spontanées** sont attendues.
- Elle est strictement réservée aux **médecins généralistes libéraux ou assimilés** (régime minier inclus), inscrits à l'ordre des médecins ou disposant d'une licence de remplacement en **Lorraine**. Sont exclus de ce cadre, les médecins n'ayant plus aucune activité de médecine générale en cabinet ou en maison médicale.
- Temps moyen pour remplir le questionnaire = **15 minutes**.

I – Profil:

Sexe: homme / femme

Age:

Quelle formation avez-vous en addictologie ? (plusieurs réponses possibles)

Aucune formation

Formation autodidacte

Formation ponctuelle (formation médicale initiale ou continue)

Formation diplômante (D.U, capacité, D.E.S.C.)

Département d'inscription au tableau de l'ordre des médecins: 54 / 57 / 88 / Non thésé

Mode d'installation: seul / en association / non installé*

Mode d'exercice : rural / semi-rural / urbain / quartier défavorisé péri-urbain

**passez directement au questionnaire*

II – Perception des bénéfices et des dommages liés au cannabis

Aspects individuels (6 items)

Cotez sur une échelle visuelle analogique allant de 0 à 10 votre perception des bénéfices et des dommages liés au cannabis, comparativement à l'alcool et au tabac.

0 = aucun bénéfice/aucun dommage/aucune dépendance

10 = bénéfices extrêmes/dommages extrêmes/dépendance extrême

1. Dommages sanitaires aigus: évaluez les effets négatifs immédiats du produit (coma éthylique, accident de la voie publique, trouble du comportement ou trouble psychotique aigu...)

	0 = aucun dommage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = dommages extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Dommages sanitaires chroniques: évaluez les effets négatifs à long terme (cancer, trouble cardiovasculaire, cirrhose, pathologie respiratoire, trouble psychotique chronique, trouble cognitif chronique, état démentiel...)

	0 = aucun dommage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = dommages extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Dépendance globale: évaluez le pouvoir addictogène du produit (capacité à générer une dépendance) et l'importance de la dépendance physique et psychique, notamment la perte de contrôle et les besoins compulsifs qu'elle entraîne (% de consommateurs dépendants).

	0 = aucune dépendance	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10=dépendance extrême
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

4. Bénéfices hédoniques: évaluez l'importance des sensations intenses inhabituelles et l'intensité du plaisir obtenu par la consommation du produit.

	0 = aucun bénéfice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = bénéfices extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. Bénéfices auto-thérapeutiques: évaluez les bénéfices, en termes de gestion du stress et de soulagement des tensions internes, mais aussi les éventuels effets positifs pour la santé du produit (vin rouge et artères, nicotine et neurone, cannabis et douleur...)

	0 = aucun bénéfice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = bénéfices extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6 Bénéfices identitaires: évaluez le potentiel de socialisation du produit, permettant d'entrer dans des cadres et des codes sociaux qui renforcent l'identité au sein d'un groupe.

	0 = aucun bénéfice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = bénéfices extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

III – Perception des bénéfices et des dommages liés au cannabis

Aspects sociétaux (6 items)

Cotez sur une échelle visuelle analogique allant de 0 à 10, votre perception des bénéfices et des dommages liés au cannabis, comparativement à l'alcool et au tabac.

0 = aucun bénéfice/aucun dommage

10 = bénéfices extrêmes/dommages extrêmes

7. Coût sanitaire et social: évaluez l'importance du coût lié au produit pour la société sur un plan sanitaire et social (hospitalisation, arrêts de travail, invalidités...)

NB: Ce coût est associé à la fréquence de consommation et à la dangerosité du produit

	0 = aucun coût	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = coûts extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. **Coût légal:** évaluez l'importance du coût lié au produit pour la société sur un plan légal (police, justice, douane, maison d'arrêt...).

	0 = aucun coût	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = coûts extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. **Dommages sociétaux:** évaluez l'importance des désordres sociaux générés par les troubles du comportement induits par la consommation du produit (violences sociales, conflits familiaux...).

	0 = aucun dommage	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = dommages extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

10. Bénéfices économiques: évaluez l'importance économique que représente, pour la société, la production, la distribution, la vente, la promotion et l'usage du produit (bénéfices dégagés par le secteur)

NB: Ces bénéfices pour la société s'évaluent en considérant le pourcentage d'utilisateurs

	0 = aucun bénéfice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = bénéfices extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11. Bénéfices sociaux: évaluez l'importance des groupes socio-professionnels contribuant à la production et à la distribution du produit (emplois directs et indirects générés par le secteur) et plus globalement l'importance que revêt la consommation du produit pour les équilibres sociaux.

NB: Ces bénéfices pour la société s'évaluent en considérant le pourcentage d'utilisateurs

	0 = aucun bénéfice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = bénéfices extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Bénéfices culturels: évaluez la place qu'a le produit dans différentes cultures ou micro-cultures, notamment sa valeur festive ou conviviale et son inscription dans les rituels sociaux.

NB: Ces bénéfices pour la société s'évaluent en considérant le pourcentage d'utilisateurs

	0 = aucun bénéfice	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10 = bénéfices extrêmes
Cannabis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alcool	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tabac	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

IV – Perception des politiques publiques (9 items)

Pour les 2 prochains items, cotez sur une échelle visuelle analogique allant de -5 à +5 votre perception de l'impact de la loi.

-5 = très contre-productif 0 = inefficace +5 = très efficace.

Il s'agit ici d'évaluer l'**influence globale de la loi** en considérant son pouvoir dissuasif ou incitatif et ses conséquences positives ou négatives sur un plan individuel et sociétal.

13. Estimez l'impact global à terme d'une légalisation du cannabis.

(Réglementation stricte de la production, de la distribution, de la promotion et de l'usage).

-5 très négatif -4 -3 -2 -1 0 = sans influence 1 2 3 4 5 très positif

14. Estimez l'impact global à terme d'une prohibition des produits suivants :

(Interdiction de la production, de la distribution, de la promotion et de l'usage).

-5 très négatif -4 -3 -2 -1 0 = sans influence 1 2 3 4 5 très positif

Alcool

Tabac

Pour chacune des propositions suivantes, indiquez votre degré d'adhésion.

15 – Un monde dans lequel personne ne consomme de drogue est possible.

Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

16 – Concernant l'usage privé de cannabis, les mesures pénales devraient être abandonnées au profit de mesures sanitaires visant à réduire les dommages.

Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

17 – L'interdiction légale du cannabis est une atteinte aux libertés individuelles.

Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

18 – Vous seriez prêt à prescrire du cannabis en cas d'A.M.M.

Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

*Autorisation de mise sur le marché

19 – Vous êtes favorable à une mise en vente réglementée du cannabis dans des établissements réservés à un public majeur.

Pas du tout d'accord Plutôt pas d'accord Plutôt d'accord Tout à fait d'accord

Concernant les 2 prochains items, **cochez la case** qui représente le mieux votre opinion.

20 – Selon vous, pour quel motif principal le cannabis est-il interdit à la vente?

- Pour des raisons de santé publique *
 Pour des raisons économiques et sociales*
 Pour des raisons culturelles
 Pour des raisons politiques
 Pour d'autres raisons*

*précisez brièvement votre réponse svp:

21 – Selon vous, pour quel motif principal le cannabis pourrait-il être autorisé à la vente?

- Pour des raisons de santé publique*
 Pour des raisons économiques et sociales
 Pour des raisons culturelles
 Pour des raisons politiques
 Pour d'autres raisons*

*précisez brièvement votre réponse svp:

V – Proximité avec le produit (2 à 5 items)

Pour chacune des questions suivantes, **cochez la case** qui vous correspond.

22 – Avez-vous connu ou connaissez-vous personnellement des usagers de cannabis ?

- Non (*prenez l'item 23*)
 Oui, dans le cadre professionnel seulement
 Oui, dans le cadre privé seulement
 Oui, dans ces 2 cadres

23 – Pouvez-vous estimer la fréquence de vos rencontres avec ces usagers?

- Annuelle ou moins
 Mensuelle
 Hebdomadaire
 Quotidienne

24 – Avez-vous déjà consommé ou consommez-vous du cannabis ?

- Jamais (*prenez les items 25 et 26*)
 Usage passé = révolu depuis plus d'un an (*prenez l'item 26*)
 Usage actuel = au cours des 12 derniers mois

25 – Pouvez-vous estimer la fréquence de votre usage passé ?

- Usage expérimental ou nul
 Rare (< 10/an)
 Occasionnel (1 à 10/mois)
 régulier (> 10/mois)

26 – Pouvez-vous estimer la fréquence de votre usage actuel ?

- Usage rare < 10/an ou expérimental
 Occasionnel (1 à 10/mois)
 régulier (> 10/mois)

Merci beaucoup d'avoir pris le temps de remplir ce questionnaire.

N'hésitez pas à laisser vos **remarques** ci-dessous:

ANNEXE 3 : AUTORISATION D'UTILISATION DES LOGOS

From:doclive@hotmail.fr
To:agnes.bronner@uhp-nancy.fr;henry.coudane@medecine.uhp-nancy.fr
CC:paolo.di-patrizio@wanadoo.fr
Subject:
Date: Thu, 23 Jun 2011 13:13:00 +0200

Messieurs le doyen de la faculté de médecine et le président de l'université U.H.P.

Je suis médecin généraliste remplaçant et je réalise actuellement ma thèse intitulée «cannabis et médecine générale: vécu et représentations chez les médecins généralistes exerçant en Lorraine à travers 2 enquêtes prospectives, quantitative puis qualitative. » Dans ce cadre, je souhaiterais obtenir vos autorisations respectives afin d'utiliser le logo de la faculté de médecine et celui de l'université sur mon questionnaire et dans le courrier de présentation de mon étude.

En vous remerciant par avance de l'attention que vous porterez à ma demande, je vous prie d'agréer, messieurs, l'expression de mes sentiments les plus respectueux.

Olivier BERTRAND

À olivier bertrand, HEYRENDT Elisabeth, SCHMITT Elisabeth, Raphael Francis

De : Henry COUDANE (henry.coudane@wanadoo.fr)

Envoyé :mar. 05/07/11 09:25

À : olivier bertrand (doclive@hotmail.fr)

Cc : HEYRENDT Elisabeth (elisabeth.heyrendt@medecine.uhp-nancy.fr); SCHMITT Elisabeth (Elisa-beth.Schmitt@medecine.uhp-nancy.fr); Raphael Francis (raphael.fr@infonie.fr)

Pas de pbs c est ok

Hy C

Envoyé de mon iPhone

Pr Henry Coudane

•Doyen de la Faculte de Médecine

doyen@medecine.uhp-nancy.fr Faculte de Médecine BP 184 54505 Vandoeuvre les Nancy Cedex

ANNEXE 4 : RECEPISSE DE DECLARATION A LA C.N.I.L.

FACULTE DE MEDECINE NANCY 9, AVENUE DE LA FORET DE HAYE 54500
VANDOEUVRE LES NANCY

Numéro de déclaration 1514709 v 0

Conformément à la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, modifiée en aout 2004,

FACULTE DE MEDECINE NANCY EPIDEMIOLOGIE

9, AVENUE DE LA FORET DE HAYE 54500 VANDOEUVRE LES NANCY Tél : 0383683000

A déclaré à la Commission Nationale de l'informatique et des libertés un traitement de données personnelles dont la finalité principale est :

CONSTITUER DANS LE CADRE DE MA THESE UN FICHER EXCEL AVEC LA LISTE DES MEDECINS GENERALISTES DE LORRAINE (COORDONNEES POSTALES ET E-MAIL) AFIN DE CONSTITUER MON ECHANTILLON ET DE LEUR

ENVOYER MON QUESTIONNAIRE

La délivrance de ce récépissé atteste que vous avez effectué une déclaration de votre traitement à la C.N.I.L. et que votre dossier est formellement complet. Vous pouvez mettre en œuvre votre traitement. Cependant, la C.N.I.L. peut à tout moment vérifier, par courrier ou par la voie d'un contrôle sur place, que ce traitement respecte l'ensemble des dispositions de la loi du 6 janvier 1978 modifiée en 2004. En tout état de cause, vous êtes tenu de respecter les obligations prévues par la loi et notamment :

- 1) La définition et le respect de la finalité du traitement,
- 2) La pertinence des données traitées,
- 3) La conservation pendant une durée limitée des données,
- 4) La sécurité et la confidentialité des données,
- 5) Le respect des droits des intéressés : leur information sur leur droit d'accès, de rectification et d'opposition.

Pour plus de détails sur les obligations prévues par la loi « informatique et libertés », consultez le site internet de la CNIL : « www.cnil.fr »

Fait à Paris, le 21 juin 2011

Par délégation de la commission

Alex Turk

Président de la commission

8, rue Vivienne – CS30223 - 75083 Paris Cedex 02 Tél : 0153732222 Fax : 0153732200 Site : <http://www.cnil.fr>

REPUBLIQUE FRANCAISE

ANNEXE 5 : COURRIER DE PRESENTATION DE L'ETUDE (SANS L'ENTETE)

Cher(e) confrère,

Je suis médecin remplaçant et je réalise actuellement ma thèse intitulée : « **Vécu et représentations liés au cannabis chez les médecins généralistes exerçant en Lorraine à travers 2 enquêtes prospectives, quantitative puis qualitative.** »

Je vous propose dans le cadre de la partie quantitative de mon étude une enquête originale **diffusée sur internet**. Ce questionnaire est **anonyme, simple et relativement court**. Il porte sur des représentations, et non sur des connaissances ou des pratiques, ce qui le rend accessible à tous... La puissance de cette étude, qui sera **proposée pour une publication**, dépend étroitement du pourcentage de répondants, aussi je vous remercie vivement de vous connecter dès que vous le pouvez sur le lien ci-dessous:

www.questenligne.com/questionnaire/206907376/

Pour des raisons pratiques, j'ai choisi la Meuse comme département pilote, l'étude sera étendue au reste de la Lorraine en septembre. La date de clôture de l'enquête pour la Meuse est fixée **au 15 août 2011**. Le lien ci-dessus et les résultats de l'étude vous seront envoyés sur demande à l'adresse suivante : these.ero@gmail.com

En vous remerciant par avance de votre collaboration, indispensable au bon déroulement de cette étude, je vous prie d'agréer, cher(e) confrère, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

Olivier BERTRAND

Présentation de l'étude quantitative

Choisir de parler et de travailler sur la consommation de cannabis en France est à la fois un sujet banal et une entreprise risquée. L'augmentation considérable de sa consommation en fait une préoccupation de santé publique et un sujet de société devenu incontournable. C'est également un sujet passionnel, car bien que nous disposions de connaissances scientifiques, chacun, selon sa position, continue de les interpréter à sa convenance et se forge ses propres représentations en fonction de son expérience. Parallèlement, des travaux validés ont montré que l'étude des représentations sociales du cannabis constitue un enjeu important de prévention (DANY L, Article, Santé Publique, n°14/4, 2002) et le médecin généraliste est en première ligne pour prendre en charge les addictions. **Au vu de ces différents éléments, il semble intéressant d'évaluer les représentations du cannabis chez les médecins généralistes, d'autant que les données de la littérature sont plutôt rares.**

L'étude quantitative porte sur un échantillon représentatif des médecins généralistes libéraux exerçant en Lorraine ; l'objectif de l'enquête est de **mesurer la perception des dommages et des bénéfices liés à la consommation de cannabis et d'évaluer l'opinion concernant le statut légal du cannabis chez les médecins généralistes.**

Pour ce faire, nous avons utilisé dans la première partie du questionnaire des **items validés** issus d'une étude récente sur les représentations de différents produits addictifs au sein d'un panel d'expert (Reynaud, 2010). Les réponses sont cotées sur des **échelles visuelles numériques** permettant de mesurer la perception de la balance bénéfices/dommages liée au produit sur un plan individuel et sociétal. La deuxième partie du questionnaire est basée en partie sur l'Étude des Représentations et des Opinions et Perceptions sur les Psychotropes, issus de l'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies (J-M Costes, 2008) et les réponses sont cotées par échelle de Likert. **Les résultats seront analysés en fonction du profil du médecin et de la proximité avec le produit.**

ANNEXE 6 : CONSIGNE D'APPEL

Les appels des médecins (54/57/88)

Remarques générales

Horaires d'appel : 8h-12h et 14h-19h du lundi matin au samedi midi (sauf jours fériés).

Privilégiez les appels en **matinée** (médecins plus disponibles en général).

Soyez **naturels** et courtois !

Encouragez le médecin à répondre sans être insistant ...

Correspondance téléphonique:

Avec le secrétariat :

Demandez à parler personnellement au(x) médecin(s) dans le cadre **d'une thèse pour un doctorat de médecine générale**.

Si impossible dans l'immédiat, expliquez l'objet de l'appel et **demandez le mail** du ou des médecins du cabinet (quitte à ce qu'il appelle lui-même le ou les médecins pour leur demander leur mails).

Si mail obtenu, formule de politesse, sinon, **rappel ultérieur éventuel** (voir IV, 1).

Si médecin remplacé, demandez à **parler au remplaçant** (voir IV, 2).

Avec le médecin

Présentation personnalisée en fonction de l'appelant (famille ou amis)

Exemple : « Bonjour, je suis un ami d'Olivier Bertrand qui est médecin généraliste remplaçant et je vous contacte dans le cadre de sa thèse. En fait, je souhaiterais connaître votre adresse mail afin de vous **faciliter l'accès à son questionnaire** qui sera diffusé sur internet début octobre. »

Puis demande des coordonnées : (voir IV, 3)

« **Seriez-vous d'accord pour nous donner votre adresse mail?** »

Si oui « **Pourriez-vous l'épeler s'il vous plaît ?** »

Si réticences à internet= lire avantages pratiques (version web à encourager dans la mesure du possible)

Si absolument pas d'E-mail = « **Pouvons-nous vous envoyer une version papier du questionnaire?** »

Si oui : « **Pouvez-vous nous confirmer votre adresse postale ?** »

« **Avez-vous des questions ?** »

Et pour finir, formule de politesse : « nous nous excusons de vous avoir dérangé +/- nous vous remercions par avance de votre collaboration. Bonne fin de journée. »

Remarques ou questions éventuelles des médecins:

Direction : Mémoire et thèse dirigés par le **Dr Di Patrizio Paolo, médecin généraliste**. Jury présidé par le Pr Paille François.

Sujet de thèse: Représentations liés au cannabis chez les médecins généralistes Lorrains à travers une enquête quantitative auprès de 2000 médecins.

Si médecin peu concerné ou réticent par rapport au sujet, lui expliquer que le questionnaire ne fait pas appel aux connaissances et que les représentations de ceux qui connaissent peu le sujet sont particulièrement intéressantes.

Avantages pratiques de la version internet pour le médecin:

Accessible en un simple clic depuis votre boîte mail

Convivial

Simple à utiliser

Pas d'envoi postal

Confidentialité: La constitution de ce fichier d'adresse est déclarée à la C.N.I.L (Commission Nationale Informatique et Liberté). Cette adresse ne sera donc communiquée à personne.

Annotations à inscrire sur le document (sur votre liste et dans l'onglet remplaçants)

Inscrire tous les renseignements **en noir dans la colonne D** de votre liste et dans l'onglet remplaçant.

Ne modifiez aucune autre colonne sauf si le genre du médecin n'est pas connu, le précisez dans la colonne C.

Cas où seul le secrétariat a pu être joint:

Si médecin indisponible dans l'immédiat (vacances ou surchargé), demande de disponibilité, consignez svp la **date de rappel** et rappel ultérieur.

Si secrétaire hostile à vous passer le médecin, précisez **Z olivier**

Cas où le médecin remplaçant est joint : consignez svp **nom, prénom, e-mail** (adresse postale si pas de mail) et demande leur si ils ont déjà obtenu leur **thèse** puis inscrire les informations dans l'onglet 6 « remplaçants. »

Cas où le médecin est joint :

Si médecin hostile à l'envoi d'un questionnaire sans avoir parlé du sujet, précisez = **Z refus**

Si médecin hostile à l'envoi d'un questionnaire en ayant parlé du sujet, précisez = **Z chanvre**

Si mail non utilisé, précisez **Z papier** et consignez svp l'adresse postale si elle diffère de celle de votre liste.

Si mail utilisé, consignez **l'e-mail !**

Si mail non connu par le médecin, lui demander d'envoyer un mail à these.eroc@gmail.com

Cas particuliers : précisez le problème : congés maternité, non exerçant, faux numéro, non attribué...

ANNEXE 7 : DEFINITIONS ISSUES DE « LEGISLATIONS RELATIVES A L'USAGE ET A LA DETENTION DE CANNABIS : DEFINITIONS ET ETAT DES LIEUX EN EUROPE » (488)

La « **libéralisation** » consiste, dans le langage économique, à ouvrir un marché à la concurrence (légale). La libéralisation permet de déréguler un marché de biens ou de produits, de telle sorte que l'État n'intervienne pas (ou plus). Elle relève donc d'un choix de gouvernement : elle n'est pas du domaine du juge.

Quand on parle de libéralisation, on signifie le retrait de l'État d'un marché, dès lors soumis à une concurrence supposée pure et parfaite. Cela peut impliquer, éventuellement, de mettre fin au monopole d'une administration ou d'une entreprise (publique ou privée) sur une activité définie par l'autorité publique. Ainsi a-t-on évoqué, par exemple, une « libéralisation » du marché des jeux de hasard et d'argent en ligne, lorsque la loi du 12 mai 2010 a ouvert à la concurrence légale l'offre de paris sur Internet : la loi a, à la fois, mis fin à l'essor d'un marché illégal de paris en ligne et au monopole d'État de la Française des jeux et du Pari mutuel urbain (PMU) sur le marché légal des jeux en ligne.

Appliquée au cannabis, la libéralisation¹ reviendrait à supprimer toute interdiction juridique en ce qui concerne l'usage, la détention et le commerce (achat, vente, cession) de ce produit.

La légalisation (ou réglementation) est la reconnaissance juridique d'un comportement, qui implique la reconnaissance d'une liberté (comme la libéralisation). Elle peut cependant impliquer une intervention de l'État, consistant à mettre à disposition les moyens qui permettent l'exercice de cette liberté. « Légaliser le cannabis » signifie que la détention de ce produit est autorisée. Sa production et sa distribution peuvent néanmoins être contrôlées et encadrées par l'État. La légalisation laisse libre l'État de définir le niveau et les modalités de contrôle, tant de l'usage que de la distribution : il peut peser sur la demande en intervenant sur le prix de vente légal via la fiscalité ; il peut limiter les conditions dans lesquelles la consommation est autorisée, en restreignant l'autorisation de consommer à certaines *catégories de population* (cf. autorisation de vente d'alcool et de tabac limitée aux majeurs et interdite aux mineurs) ou à certains *lieux* (cf. interdiction de fumer dans les lieux publics). La légalisation du cannabis en tant que produit est à ce jour juridiquement impossible à mettre en oeuvre dans les pays signataires des conventions internationales, qui se sont engagés à incriminer et sanctionner la culture, la distribution et la production de tout type de stupéfiants. Les notions de **légalisation « partielle » ou « totale »** du cannabis, largement utilisées dans le débat public, n'ont aucune valeur juridique établie dans les textes. Dans son acception courante, la « légalisation partielle » peut désigner une légalisation limitée à certaines populations ou à certaines circonstances d'usage (comme, par exemple, le tabac et l'alcool, dont la vente est interdite, en France, aux mineurs), par opposition à la « légalisation totale » qui consisterait à autoriser l'achat et la vente de cannabis sans aucune restriction (au même titre qu'un bien de consommation courante). De la même manière que le langage usuel confond souvent libéralisation et légalisation, les termes de dépénalisation et décriminalisation sont souvent utilisés comme synonymes.

La dépénalisation est définie par Van de Kerchove comme le processus « *tendant à réduire l'application de sanctions pénales à l'égard d'un comportement déterminé, cette réduction pouvant*

aboutir à leur suppression pure et simple.» Il existe d'autres définitions possibles de la « dépenalisation », plus ou moins proches de la notion de « décriminalisation » : pénalistes et criminologues ne donnent en effet pas tous le même contenu aux notions de « dépenalisation » et de « décriminalisation. » Dans certains pays, en France en particulier et dans les pays latins (Italie, Espagne, Portugal), le terme de dépenalisation est généralement utilisé pour désigner la suppression de l'interdit pénal. Dans l'emploi courant des notions de **dépenalisation** « **partielle** » ou « **totale** » de l'usage de cannabis, la « dépenalisation totale » désigne la suppression de toute peine (le comportement d'usage est extrait du champ pénal), alors que la « dépenalisation partielle » désigne, de façon plus limitative, la réduction ou l'assouplissement des peines prévues par la loi : il peut s'agir de diminuer les peines d'emprisonnement ou de remplacer la possibilité de peines de prison par une peine d'amende, une peine de travail d'intérêt général, ou encore un traitement médical. Dans les deux cas cependant, la prohibition demeure (Van de Kerchove, 1987). Soulignons-le une nouvelle fois : ce distinguo entre dépenalisation totale et partielle n'a aucune valeur juridique.

Le langage courant distingue également, parfois, la **dépenalisation en droit et en fait**. La « dépenalisation en droit » consiste à réduire ou à supprimer les sanctions pénales (amende, emprisonnement) associées au comportement d'usage par le droit positif (changement législatif de l'incrimination et de la sanction de l'usage et/ou de la détention). On parle de « dépenalisation de fait » lorsque, en raison de divers mécanismes juridiques (à l'instar de l'opportunité des poursuites), une infraction définie par le droit pénal n'est, de fait, pas sanctionnée à la mesure de ce que prévoit la loi. Cela peut arriver dans les pays dont la politique pénale est orientée par des directives du ministère de la Justice.

La décriminalisation désigne « le processus tendant non seulement à la suppression de l'application de toute sanction pénale à l'égard d'un comportement déterminé, mais encore à la suppression de son statut même de « crime » (au sens large), c'est-à-dire d'infraction pénale », comme c'est le cas par exemple au Portugal. La décriminalisation consiste donc à retirer le caractère d'infraction pénale à un acte, signifiant la sortie du comportement déterminé du champ pénal. Cet anglicisme, souvent utilisé comme synonyme de dépenalisation, n'a pas d'équivalent en langue française. Appliquée au système français, elle désignerait un processus de déclassement de l'infraction, de la catégorie d'infraction la plus grave (crime) à une catégorie d'infraction moins grave (délit, par exemple), entraînant une réduction de la peine encourue.

La contraventionnalisation consiste à déclasser une infraction de la catégorie de délit à celle de contravention (définie par le droit français comme l'infraction pénale la moins grave). A la différence des crimes et des délits, les contraventions ne sont pas punies de peines d'emprisonnement (du moins en France) : les peines applicables sont l'amende et des peines restrictives de droits. Dans l'hypothèse d'une contraventionnalisation de l'usage en France, la possibilité d'une peine d'emprisonnement serait supprimée et remplacée par la possibilité de réprimer l'usage de stupéfiants au moyen d'une peine d'amende (éventuellement forfaitaire). Ainsi « contraventionnalisée », l'infraction d'usage de stupéfiants ne serait plus passible du tribunal correctionnel mais du tribunal de police ou d'une juridiction de proximité (compétents pour juger les contraventions), tout en restant une infraction pénale. La décision de contraventionnaliser une infraction peut constituer une réponse lorsque l'importance d'un contentieux dépasse les capacités de traitement des tribunaux correctionnels.

ANNEXE 8 : ANALYSE COMPARATIVE DES FUMÉES D'UNE CIGARETTE DE TABAC OU DE CANNABIS SOUS FORME « D'HERBE » (431)

	Cannabis	Tabac
Phase gazeuse		
Monoxyde de carbone (%)	3,99	4,58
Dioxyde de carbone (%)	8,27	9,38
Ammoniaque (µg)	228	199
Acide cyanhydrique (µg)	532	498
Cyanogène (µg)	19	20
Isoprène (µg)	83	310
Acroléine (µg)	92	85
Benzène (µg)	76	67
Toluène (µg)	112	108
Chlorure de vinyle (ng)	5,4	12,4
Diméthylnitrosamine (ng)	75	84
Méthyléthylnitrosamine (ng)	27	30
Phase particulaire		
Matière sèche totale (mg)	22,7	39
Phénol (µg)	76,8	138,5
O-crésol (µg)	17,9	24
M- et p-crésol (µg)	54,4	65
Diméthylphénol (µg)	6,8	14,4
Catéchol (µg)	188	328
Cannabidiol (µg)	190	-
THC (µg)	820	-
Cannabinol (µg)	400	-
Nicotine (µg)	-	2,85
N-nitrosornicotine (ng)	-	390
Naphtalène (µg)	3	1,2
1-méthylnaphtalène (µg)	6,1	3,65
2-méthylnaphtalène (µg)	3,6	1,4
Benzanthracène (ng)	75	43
Benzopyrène (ng)	31	21,1
1 Poids moyen : 1,11 g ; longueur : 85 mm		

ANNEXE 9 : RAPPORT LA GUARDIA (381)

ETUDE SOCIOLOGIQUE : CONCLUSIONS

De l'étude qui précède, les conclusions suivantes sont tirées:

La marihuana est largement utilisée dans l'arrondissement de Manhattan, mais le problème n'est pas aussi aigu que ce qui a été signalé dans d'autres régions des États-Unis.

L'introduction de la marihuana est récente par rapport aux autres localités.

Le coût de marihuana est faible, et donc dans le pouvoir d'achat de la plupart des personnes.

La distribution et la consommation de marihuana est centré dans Harlem.

La majorité des fumeurs de marijuana sont des Noirs et des Latino-Américains.

Le consensus chez les fumeurs de marijuana est que l'utilisation de la drogue crée un sentiment précis d'adéquation avec le monde environnant.

La pratique de fumer de la marihuana n'entraîne pas de dépendance au sens médical du terme.

La vente et la distribution de marihuana n'est pas sous le contrôle d'un seul groupe organisé.

L'utilisation de la marijuana n'entraîne pas d'usage de morphine ni de dépendance à l'héroïne ou à la cocaïne et aucun effort n'est fait pour créer un marché pour ces stupéfiants en stimulant la pratique de la fumée de marihuana.

La marihuana n'est pas le facteur déterminant dans la commission de crimes majeurs.

La fumée de marijuana n'est pas très répandue chez les écoliers.

La délinquance juvénile n'est pas associée à la pratique de fumer de la marijuana.

La propagande publicitaire concernant les effets catastrophiques de la fumée de marihuana à New York n'est pas fondée.

ETUDE MEDICALE : CONCLUSIONS

Sous l'influence de la marijuana la structure de la personnalité de base de l'individu ne change pas, mais quelques-uns des aspects les plus superficiels de son comportement montrent des modifications.

L'utilisation de la marihuana augmente le sentiment de relaxation, la désinhibition et la confiance en soi.

Le nouveau sentiment de confiance en soi induite par le médicament s'exprime principalement par voie orale, plutôt que par l'activité physique. Il y a une certaine indication d'une diminution de l'activité physique.

La désinhibition qui résulte de l'utilisation de la marihuana est latent dans les pensées et les émotions de l'individu, mais ne provoquent pas des réactions qui lui seraient totalement étrangère.

La marijuana non seulement libère réactions agréable, mais aussi un sentiment d'anxiété.

Les personnes qui ont de la difficulté à établir des contacts sociaux sont plus susceptibles de recourir à la marijuana que les autres.

ANNEXE 10 : USAGE DE CANNABIS EN FRANCE EN 2010 ET PROJECTIONS EN 2040, EN CAS DE LEGALISATION EN 2020

Usages de cannabis selon l'âge et le genre parmi les 18-64 ans en 2010 (%)										
%	0-11 ans	12-17 ans*	18-25ans	26-34ans	35-44ans	45-54ans	55-64ans	Adulte H	Adulte F	Adultes
Expérimentation	0	44,0	47,3	51,8	38	22,6	10,1	40,6	25,4	32,9
Usage au cours de l'année	0	37,8	22,8	13,8	5,1	2,4	0,8	11,5	4,7	8
Usage au cours du mois	0	26,3	13,2	7,5	2,8	1	0,2	6,6	2,2	4,4
Usage régulier	0	9,5	6,3	4,1	1,2	0,5	0,1	3,4	0,9	2,1
Usage quotidien	0	4,5	3,1	2,1	0,7	0,3	0,1	1,7	0,5	1,1
Lecture : 47,3 % des personnes de 18 à 25 ans ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie										
%	0-11 ans	12-17 ans*	18-25ans	26-34ans	35-44ans	45-54ans	55-64ans	Adulte H	Adulte F	Adultes
Taux d'accroche (usage actuel/expérimentation)	0	85,9%	48,2%	26,6%	13,4%	10,6%	7,9%	28,3%	18,5%	21,4%
Taux d'usage quotidien chez les usagers	0	11,9%	13,6%	15,2%	13,7%	12,5%	12,5%	14,8%	10,6%	13,5%
Source : Baromètre santé 2010 (INPES) et ESCAPAD 2011* (OFDT)										
%	0-11 ans	12-17 ans	18-25ans	26-34ans	35-44ans	45-54ans	55-64ans	Adulte H	Adulte F	Adultes
Expérimentation	0	33,0	59,1	64,8	67,8	71,1	74,4	89,9	45,0	67,4
Usage au cours de l'année	0	21,3	35,6	21,6	11,4	9,4	7,4	22,8	11,4	17,1
Usage au cours du mois	0	14,8	20,6	11,7	6,2	3,9	1,8	11,8	5,9	8,9
Usage régulier	0	5,3	9,8	6,4	2,7	2,0	0,9	5,8	2,9	4,4
Usage quotidien	0	2,5	4,8	3,3	1,6	1,2	0,9	3,1	1,6	2,4
Projection en 2040 à partir des données du baromètre santé 2010, dans l'hypothèse d'une légalisation en 2020 avec minoration de 25% de l'expérimentation et du taux d'accroche à 17 ans et majoration de l'expérimentation et du taux d'accroche de 25% minimum dans les autres tranches d'âge.										
%	0-11 ans	12-17 ans	18-25ans	26-34ans	35-44ans	45-54ans	55-64ans	Adulte H	Adulte F	Adultes
Expérimentation	0	44,0	71,0	77,7	81,4	85,3	89,3	97,1	64,7	80,9
Usage au cours de l'année	0	37,8	51,3	31,1	16,4	13,6	10,6	38,3	16,0	25,9
Usage au cours du mois	0	26,3	29,7	16,9	9,0	5,7	2,7	22,0	7,5	14,3
Usage régulier	0	9,5	14,2	9,2	3,9	2,8	1,3	11,3	3,1	6,8
Usage quotidien	0	4,5	7,0	4,7	2,2	1,7	1,3	5,7	1,7	3,6
Projection en 2040 à partir des données du baromètre santé 2010, dans l'hypothèse d'une légalisation en 2020 avec majoration de 50% de l'expérimentation et du taux d'accroche après 18 ans.										

ANNEXE 11 : EVALUATION DES DOMMAGES SELON LE RAPPORT ROQUES (318)

	Cannabis	Alcool	Tabac
Dépendance physique	Faible	Très forte	Forte
Dépendance psychique	Faible	Très forte	Très forte
Neurotoxicité	Nulle	Forte	Nulle
Toxicité générale	Très faible	Forte	Très forte
Dangerosité sociale	Faible	Forte	Faible

ANNEXE 12 : LETTRE OUVERTE DE DIDIER JAYLE A L'ACADEMIE DE MEDECINE

Réplique à l'Académie

Voici son texte auquel nous n'avons ajouté que des intertitres. Il n'est pas interdit d'espérer que l'Académie nationale de médecine accepte de descendre, un matin prochain, sur le pré.

« Merci d'exciter notre sagacité !

Non, l'Académie nationale de Médecine ne remplit pas sa mission. Sous l'influence de quelques membres extrémistes, elle lance des oukases inutiles dans un domaine qu'elle connaît mal. Elle ne tient aucun compte de l'évolution de la société et propose des solutions qui ont fait la preuve de leur inefficacité.

Certes, le cannabis n'est pas un produit anodin, mais il fait partie intégrante de l'environnement des jeunes européens. La prohibition ne fonctionne pas dans les pays démocratiques, les académiciens devraient en prendre conscience. Ils s'affolent parce que l'expérimentation de cannabis a explosé entre 1993 et 2012, mais c'est une réalité dans tous les pays occidentaux et il est illusoire de penser qu'on peut réduire ce phénomène de société maintenant ancien. « Le cannabis EST une réalité. » Et les méfaits de la consommation occasionnelle de cannabis ne sont pas avérés (en dehors de la conduite), même si l'Académie n'en fait pas mention.

Quatre vœux pieux

Leurs quatre propositions ne sont rien d'autres que des vœux pieux :

En psychiatrie, est-ce en prévenant le commerce DANS les établissements psychiatriques (sous peine de désaccréditation), qu'on va réduire la consommation des personnes atteintes de troubles psychotiques ? On croit rêver !

En prison, où les problèmes sont multiples, l'administration pénitentiaire a bien 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 contrairement à ce que sous-entend la déclaration de l'Académie de Médecine.

En ville, interdire par la loi l'achat de matériel et de semences sur internet aurait surtout l'effet de priver les consommateurs d'un moyen d'approvisionnement qui les gardent 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. Pour ce qui concerne l'interdiction de vendre des vapoteurs aux mineurs, on ne voit pas très bien le lien avec le cannabis. Quant à l'interdiction de vendre du papier à cigarette « grand format », elle aboutirait à avoir des joints plus petits (ou plus grands avec deux feuilles collées) ! Quel progrès !

Sur la route, les contrôles sont coûteux, (à la grande satisfaction de certains membres de l'Académie de Pharmacie), et en forte augmentation. L'Académie ne devrait pas ignorer que c'est l'alcool qui est responsable de la majorité des accidents mortels sur la route (environ 30 %) et aussi la consommation associée d'alcool et de cannabis (risque multiplié par 15 alors que le cannabis seul augmente le risque, certes, mais d'un facteur 2, soit autant que l'alcool à un taux toléré (0,5 g/l). (étude S.A.M.)

Prise en charge des fumeurs intenses

Les problèmes sanitaires mis en avant par l'Académie de Médecine sont réels quoique qu'abordés sans nuance, en particulier la relation entre consommation de cannabis et cancers O.R.L. ou broncho-pulmonaires qui reste très mal documentée, de même que les liens avec les accidents vasculaires qui,

s'ils existent, sont loin d'avoir l'ampleur des risques liés au tabac qui sont absolument prouvés et considérables. Et pourtant ce n'est pas l'interdiction de la vente de tabac qu'elle réclame.

La seule politique qui semble donner des résultats est une politique de prévention et de prise en charge des fumeurs intensifs. La loi n'est pas capable d'empêcher la disponibilité de cannabis, c'est vrai en France et ailleurs. La consommation de cannabis a flambé après la loi de 1970 (!) comme celle de la cocaïne, qui a flambé après la loi de 1916, entre 1918 et 1925. L'interdiction et la répression n'ont aucun impact sur les niveaux de consommation. Il y a moins de jeunes fumeurs de joints en Hollande où la consommation personnelle est tolérée, qu'en France où elle est sanctionnée.

Non à la prohibition

La politique publique que j'ai eu l'honneur d'influencer entre 2003 et 2007 notamment sur le cannabis en organisant des campagnes d'information sur le cannabis, en créant les consultations « Jeunes consommateurs » anonymes et gratuites dans tous les départements, semble avoir eu un certain impact sur les consommations des jeunes si on en juge par les enquêtes publiées par l'OFDT, ESPAD et ESCAPAD ; le nombre de consommateurs réguliers de cannabis a baissé sensiblement entre 2002 et 2007 dans les deux enquêtes. Dans ESPAD : de 6,1% à 3,7% entre 2003 et 2007. En 2011, après quatre ans d'absence de campagne publique ciblée et du tout répressif, le taux est remonté à 8,1%. (lettre « Tendances » n°89 de novembre 2013, site www.ofdt.fr).

Ces constats renforcent ma conviction que ce n'est pas l'interdiction et la prohibition qui peuvent faire baisser l'usage, mais bien plutôt une meilleure prise en compte des modes de ces consommations, un dispositif sanitaire plus qu'un dispositif répressif inefficace. Les mesures préconisées par l'Académie de Médecine ne sont pas pertinentes, elles sont idéologiques et non pragmatiques. »

Didier Jayle

ANNEXE 13 : LETTRES DE DEUX MEDECINS INCLUS DANS NOTRE ETUDE (TRES INTOLERANTS A UNE LEGALISATION DU CANNABIS)

Lettre du Dr G. présentant un profil coercitif (n'a pas répondu à l'enquête)

Monsieur

Comment séparer tabac, alcool et cannabis alors que très souvent les produits sont liés. Le drame réside dans la permissivité de l'entourage des enfants : parents, éducateurs, médias et société en général et les addictions commencent de plus en plus tôt, sans limites, avec l'impossibilité de faire une fête sans ces produits. Dans le cadre de l'aptitude à la conduite au sein de la commission primaire du permis de conduire ou constate que certains jeunes personnes sont inaccessibles à tout raisonnement pour changer d'habitudes alors que d'autres sont guéris de suite en voyant les frais et les tracas occasionnés par ce délit (cannabis ou alcool) Certains récidiviste acceptent le contrat avec les autorités judiciaires afin d'être suivi régulièrement pour abandonner les produits interdits.

Il faut arrêter de faire croire à notre jeunesse que la vie est un long fleuve tranquille sans contrainte et sans contrariété, que chacun peut « oublier » le quotidien en utilisant un produit quelconque ou en plongeant dans un monde virtuel. N'oublions pas que le fumeur ou le buveur, ou celui qui pratique les deux a plus de chance de passer à autre chose.

Les questions posées orientent le lecteur à une attitude pessimiste que je refuse totalement.

Je n'ai jamais prescrit une substance de substitution car je n'ai jamais vu leur efficacité et ces produits entretiennent la délinquance et la marginalisation dans une période difficile où chacun a besoin de toutes ces capacités pour trouver une place dans la société.

Lettre du Dr N. présentant un profil négativiste (a répondu à l'enquête)

Bonsoir Dr Bertrand,

Pourriez-vous me ré adresser votre questionnaire car je pense avoir mal initié mes réponses qui disent exactement le contraire de ce que je pense sur le cannabis.

J'ai tardé à vous répondre pour des raisons très authentiques de surcharge de travail.

Sachez que, pour moi, le cannabis est un véritable fléau médical très largement sous-estimé par les médias, les médecins généralistes mais aussi par les psychiatres qui, de par leur formation, tendent à donner des explications au comportement addictif qui reposent pour l'essentiel sur des considérations à connotation psychanalytique, sociétale...

Je suis en totale opposition avec cette perception de la consommation de cannabis et de ses conséquences et je suis profondément révolté par les propos anesthésiants véhiculés par des hommes politiques irresponsables, de gauche comme de droite, qui sont dans la plus totale ignorance de cette toxicomanie aux visages multiples et sournois.

Le cannabis n'est pas une drogue douce, terme qui ne veut strictement rien dire. Le cannabis est une drogue avant tout hallucinogène dont l'impact sur les fondements de la personnalité du consommateur est absolument imprévisible d'un individu à l'autre. J'ai très nettement observé que plus les consommateurs avaient un Q.I. élevé, plus leur capacité d'idéation délirante était forte, durablement, avec un développement de perceptions totalement décalées, schizoïdes, qui pourrissent littéralement leur vie et celle de leur entourage.

Sur le plan de la conduite automobile, il est important de mettre l'accent sur la perte de la mémoire antérograde de l'individu sous emprise de cannabis. Il est important de considérer le danger du phénomène de "relargage" du cannabis stocké sur les récepteurs cannabinoïdes sous l'influence de facteurs émotionnels en particulier au volant.

La consommation, au premier joint, du cannabis à considérer comme le jeu de "la roulette russe". Sur le plan médical, au-delà de considération majeure du dégât comportemental aux conséquences dévastatrices dans tous les domaines de la vie du consommateur qui ne s'en sort pas, il faut retenir que cette drogue est carcinogène de façon particulièrement agressive sur le plan pulmonaire, et je ne crains pas de prendre date aujourd'hui sur l'explosion de cancers du poumon auxquels nous assisterons dans 15 à 20 ans.

Je ne peux pas terminer mon propos sans souligner l'absurdité de comparer les méfaits de l'alcool et du cannabis:

- l'alcool est effectivement un véritable fléau lorsqu'il est consommé en excès, en particulier par les troubles du comportement qu'il engendre et la perte de psychomotricité qu'il engendre au volant et qui rend compte sans aucune discussion possible de l'accidentologie dans ce domaine. Reste que l'individu revenu à un tout d'alcoolémie totalement négatif est en mesure de retrouver une raison en phase avec sa personnalité.

- le cannabis se caractérise, lui, par sa capacité à perturber profondément les fondamentaux de la personnalité de celui qui le consomme en le coupant ainsi, de façon durable, d'une communication intelligente avec son entourage en l'enfermant de plus en plus dans un comportement véritablement autistique par rapport à la réalité.

Lorsque l'on additionne les deux..!

Je reste à disposition si vous le souhaitez pour discuter davantage.

Bien con fraternellement.

ANNEXE 14 : INFRACTIONS PENALES ET SANCTIONS JUDICIAIRES RELATIVES A LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS

Source : Rapport national 2008 de l'O.F.D.T. pour l'O.E.D.T.

Infractions pénales et sanctions encourues au titre de la conduite sous l'influence de stupéfiants en France		
Les délits	Incrimination(peine maximale encourue)	Texte de référence
Délit de conduite sous l'influence de stupéfiants	2 ans d'emprisonnement et 4 500€ d'amende	Code de la route, art. L235-1, L 235-2, L 235-3
Circonstances aggravantes :		
Consommation de stupéfiants en cas d'homicide involontaire	5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende	Code pénal, art. 221-6-1
Atteinte involontaire à l'intégrité d'une personne	5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende	Code pénal, art. 222-19-1 et 222-20-1

Infractions pénales et sanctions encourues au titre du trafic de stupéfiants en France		
Les délits	Incrimination(peine maximale encourue)	Texte de référence
Transport, détention, offre cession, acquisition, emploi illicite de stupéfiants	10 ans d'emprisonnement et 7 500 000€ d'amende	Code pénal, art.222-37 al.1, al.2
Facilitation de l'usage		
Importation ou exportation illicites de stupéfiants	10 ans d'emprisonnement et 7 500 000€ d'amende	Code pénal, art.222-36, 1er alinéa
Provocation d'un mineur au trafic de stupéfiants (transport, offre et cession)	7 ans d'emprisonnement et 150 000€ d'amende	Code pénal, art.227-18-1 1er alinéa
Circonstance aggravante : mineur de moins de 15 ans ou faits commis dans un établissement scolaire ou aux abords de celui-ci	10 ans d'emprisonnement et 300 000€ d'amende	Code pénal, art.227-18-1 2e alinéa
Non-justification de ressources correspondant à son train de vie tout en étant en relation habituelle avec une personne se livrant à une activité illicite en matière de stupéfiants, ou avec plusieurs personnes se livrant à l'usage de stupéfiants	5 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende	Code pénal, art.321-677
Circonstance aggravante : si cette personne est mineure	10 ans d'emprisonnement et 75 000€ d'amende	Code pénal, art. 222-39-1, 2e alinéa
Blanchiment simple d'argent	5 ans d'emprisonnement et 375 000€ d'amende	Code pénal, art.324-1
Blanchiment aggravé commis de façon habituelle ou en utilisant les facilités liées à une activité professionnelle, ou bien commis en bande organisée	10 ans d'emprisonnement et 750 000€ d'amende	Code pénal, art.324-2
Liste des crimes		
Production ou fabrication illicites de stupéfiants	20 ans de réclusion criminelle et 7 500 000€ d'amende	Code pénal, art.222-35 1er alinéa
Circonstance aggravante : si les faits sont commis en bande organisée	Peine de réclusion portée à 30 ans	Code pénal, art.222-35 2ème alinéa
Importation ou exportation illicites de stupéfiants en bande organisée	30 ans de réclusion criminelle et 7 500 000€ d'amende	Code pénal, art.222-36 2e alinéa
Direction ou organisation d'un groupement ayant pour objet la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, le transport, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi illicites de stupéfiants	Réclusion criminelle à perpétuité et 7 500 000€ d'amende	Code pénal, art.222-34
Blanchiment de l'argent provenant des crimes cités à l'article susmentionné (222-34, 222-35, 222-36 2e alinéa)	De 20 ans de réclusion à la réclusion criminelle à perpétuité et 7 500 000€ d'amende	Code pénal, art.222-38 2e alinéa
N.B. : La simple tentative des délits prévus par les articles 222-36 à 222-39 est punie des mêmes peines (art.222-40 du code pénal).		

ANNEXE 15 : RAPPORT DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE



Direction générale de la santé

080208

11 AVR. 2008

Le directeur général de la santé,

A l'attention de
Mesdames et Messieurs les directeurs des établissements de santé

(à l'attention des chefs de services d'urgence, de médecine interne, de pneumologie, d'oto-rhino-laryngologie, SAMU-Centres 15, Centres antipoison et de toxicovigilance, Centres d'évaluation et d'information sur la pharmacodépendance, Centres régionaux de pharmacovigilance)

Point d'information et recommandations

Risques sanitaires liés à une consommation d'herbe de cannabis coupée avec des microparticules de silice

Entre octobre 2006 et avril 2007, huit cas de pathologies respiratoires et de la sphère ORL qui pouvaient être liés à la consommation d'herbe de cannabis coupée avec des microparticules de silice (sous forme de microbilles de verre ou de quartz) ont été portés à la connaissance des autorités de santé.

La circulation d'un tel produit était suspectée depuis le mois de juillet 2006, ce qui avait conduit l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) à communiquer sur ce sujet. D'autres pays du nord de l'Europe ont signalé ce phénomène (Royaume-Uni, Pays Bas et Belgique).

Dès la connaissance des premiers cas, les autorités de santé ont procédé à une saisine de la société de pneumologie de langue française (SPLF), à une recherche active de cas non signalés, à une information des professionnels de santé ainsi qu'à une communication auprès du public, relayée par l'ouverture d'une ligne d'information spécialement dédiée.

Parallèlement, des analyses ont été menées au laboratoire de Chimie Physique de l'Université Victor Segalen de Bordeaux ainsi qu'au Laboratoire National de Métrologie et d'Essais (LNE). Sur la base des résultats définitifs de ces analyses, et sachant que, depuis les épisodes qui ont justifié l'alerte initiale, il n'y a pas eu de nouveaux cas déclarés, la SPLF, la DGS, l'Institut de veille sanitaire, l'OFDT et l'AFSSAPS sont arrivés aux conclusions suivantes :

1. La taille des particules analysées est comprise entre 25 μm et 200 μm , ce qui explique leur impact préférentiellement ORL. Mais quelques micro-billes de diamètre inférieur à 5 μm , susceptibles de pénétrer profondément dans l'arbre bronchique, ont été retrouvées. Leur nombre est toutefois très faible.

CETTE TELECOPIE CONTIENT DEUX PAGES

14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 60 00 – Télécopie : 01 40 56 40 56 – www.sante.gouv.fr – www.sante.fr

DGS / Afssaps / InVS / OFDT / SPLF

Risques sanitaires liés à une consommation d'herbe de cannabis coupée avec des microparticules de silice (p.2)

2. Les additifs de l'herbe de cannabis, dénommés « billes de verre », sont en fait des particules de silice de deux types :

- Des micro-billes de verre.
- La combustion de l'herbe en machine (fumage) a entraîné la modification de la forme et de la taille des particules, donnant des fragments aux arêtes vives dont la longueur est d'environ 10 µm, ressemblant à des fibres de verre. Pour de telles particules, il existe des références bibliographiques qui signalent des symptômes de bronchite avec toux, parfois accompagnés d'expectoration ou d'hémoptysie. Dans ces publications, les malades signaleraient des douleurs à l'inspiration et l'auscultation pourrait révéler des sifflements.
- Lors des expériences de fumage en machine, les filtres acétate ont réduit de façon significative le nombre de particules par rapport aux « filtres » carton, mais ne débarrassent pas complètement la fumée de celle-ci.
- Du quartz-alpha.

L'analyse en cristallographie a mis en évidence la présence de quartz-alpha, c'est-à-dire de silice de type SiO₂. Il est donc possible qu'une silicose puisse être induite par ce cannabis contaminé. Mais les expositions en termes de quantité et de durée ne peuvent être comparées à celles des mineurs de fond.

En conséquence, les autorités de santé souhaitent attirer l'attention des consommateurs de cannabis, de leur entourage, des professionnels du champ des addictions et de l'ensemble des professionnels de santé sur les risques liés à la consommation d'herbe de cannabis contaminée par des microparticules de verre ou de quartz-alpha.

Deux types de tableaux cliniques peuvent être observés :

- A court terme : des manifestations ORL ou bronchiques ;
- A long terme : le risque de silicose ne peut être exclu, même s'il requiert une exposition longue et très importante.

Il est donc recommandé aux médecins ORL, pneumologues et urgentistes :

- d'interroger les malades sur leur consommation de cannabis ;
- de rechercher des épisodes ou des signes atypiques au niveau ORL (essentiellement joues et langue) et bronchique.

Tout cas suspect devra être notifié au Centre d'Evaluation et d'Information sur la Pharmacodépendance (CEIP) et/ou au Centre antipoison (CAP-TV) de la région concernée.

Les autorités de santé rappellent également que le cannabis est en lui-même délétère pour la santé et que la présence de microparticules de silice augmente encore les risques liés à sa consommation.

Le Directeur Général de la Santé,



Pr Didier HOUSSIN

CETTE TELECOPIE CONTIENT DEUX PAGES

14, avenue Duquesne – 75 350 Paris 07 SP
Tél. : 01 40 56 60 00 – Télécopie : 01 40 56 40 56 – www.sante.gouv.fr – www.sante.fr

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	3
SERMENT.....	9
SOMMAIRE.....	10
ABREVIATIONS ET ACRONYMES UTILISES	13
PREAMBULE	15
INTRODUCTION	17
PREMIERE PARTIE : LE CANNABIS EN MEDECINE.....	19
1. HISTORIQUE DU CANNABIS MEDICAL.....	20
1.1 L'ERE NEOLITHIQUE : UNE CULTURE ANCESTRALE A DES FINS MULTIPLES	20
1.2 DU MOYEN-AGE A LA RENAISSANCE : UNE DIFFUSION LIMITEE DES CONNAISSANCES :	20
1.3 LE 19 ^{EME} SIECLE : LA REDECOUVERTE DES PROPRIETES MEDICINALES DU CHANVRE	21
1.4 LE VINGTIEME SIECLE : LA PROHIBITION DE LA RECHERCHE SUR LE CANNABIS	22
1.5 LE CHANVRE MEDICAL DE NOS JOURS : L'AMORCE D'UN CHANGEMENT	23
2. LE SYSTEME ENDOCANNABINOÏDE.....	23
2.1 LES CANNABINOÏDES ENDOGENES :	24
2.2 DISTRIBUTION DES RECEPTEURS CANNABINOÏDES	24
2.3 MECANISME D'ACTION DES CANNABINOÏDES ENDOGENES SUR CB1:	25
2.4 CONCLUSION SUR LE SYSTEME ENDOCANNABINOÏDE :	26
3. LES PRINCIPES ACTIFS DU CANNABIS.....	27
3.1 LES PHYTOCANNABINOÏDES.....	27
3.2 LES TERPENES ET LES FLAVONOÏDES	28
4. BASES PHARMACODYNAMIQUES DES PCB	29
4.1 UNE ACTION POLYMODALE	29
4.2 LA DUALITE THC/CBD : DES EFFETS OPPOSES OU SYNERGIQUES	30
4.3 DUALITE DES RECEPTEURS CB ET DE LEURS AGONISTES PARTIELS	30
4.4 CONCLUSION SUR LES PHYTOCANNABINOÏDES	31
5. BASES PHARMACOCINETIQUES DU THC ET DE SES METABOLITES	31
5.1 ABSORPTION ET DISTRIBUTION	32
5.2 METABOLISME.....	33
5.3 ELIMINATION.....	33
6. ETUDES PRECLINIQUES ET POTENTIEL THERAPEUTIQUE DES PCB.....	33
7. ETUDES CLINIQUES ET INDICATIONS MEDICALES DU CANNABIS	34
7.1 LES INDICATIONS RECONNUES DU CANNABIS, DU THC ET DU CBD	34
7.2 LES INDICATIONS PROBANTES DU CANNABIS ET DES CANNABINOÏDES	35
7.3 LES INDICATIONS CONTROVERSEES DU CANNABIS ET DES CANNABINOÏDES	35
7.4 CONCLUSION SUR LES INDICATIONS DU CANNABIS	36
8. TOLERANCE CLINIQUE DU CANNABIS	36
9. LE CANNABIS SUR ORDONNANCE	37
9.1 MODE D'ADMINISTRATION.....	37
9.2 PRODUITS DISPONIBLES : INDICATIONS ET POSOLOGIES.....	37
9.2.1 <i>Les cannabinoïdes de synthèse</i>	37
9.2.2 <i>Les phytocannabinoïdes</i>	38
9.3 PRISE EN CHARGE SOCIALE DE CES TRAITEMENTS	39
10. LE CANNABIS EN AUTOMEDICATION	39
10.1 DES DONNEES EMPIRIQUES.....	39
10.2 DES FORMES HAUTEMENT CONCENTREES EN PRINCIPES ACTIFS	40
10.3 DES TAUX DE PRINCIPES ACTIFS MODULABLES.....	40
11. PERSPECTIVES DE RECHERCHES SUR LES CANNABINOIDES.....	41

DEUXIEME PARTIE : ENQUÊTE SUR LA REPRESENTATION DU CANNABIS CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES	43
1. OBJECTIFS.....	44
1.1 OBJECTIF PRINCIPAL	44
1.2 OBJECTIFS SECONDAIRES.....	44
2. HYPOTHESES TESTEES	44
2.1 HYPOTHESE PRINCIPALE.....	44
2.2 HYPOTHESES SECONDAIRES	44
3. MATERIEL ET METHODE	45
3.1 POPULATION INCLUSE DANS L'ETUDE	45
3.1.1 <i>Critères d'inclusion</i>	45
3.1.2 <i>Critères d'exclusion</i>	45
3.1.3 <i>Périodes d'inclusion</i>	45
3.1.4 <i>Liste des structures hiérarchisées ayant amené l'exclusion (non exhaustif)</i>	45
3.2 BASE DE DONNEES DE LA POPULATION:.....	46
3.2.1 <i>Déclaration à la commission nationale informatique et libertés</i>	46
3.2.2 <i>Sources de données utilisées</i>	46
3.2.2.1 La Meuse.....	46
3.2.2.2 La Moselle.....	46
3.2.2.3 Les Vosges.....	46
3.2.2.4 La Meurthe et Moselle.....	46
3.2.3 <i>Constitution de la base régionale</i>	47
3.2.3.1 Fusion des bases départementales.....	47
3.2.3.2 Recueil des coordonnées téléphoniques et croisement des données.....	47
3.2.3.3 Médecins inclus en sus	47
3.2.3.4 Médecins exclus.....	48
3.3 COLLECTE DES E-MAILS (54/57/88)	49
3.3.1 <i>Méthode choisie</i> :.....	49
3.3.2 <i>Description de la méthode</i>	49
3.3.3 <i>Déroulement de l'opération</i>	49
3.4 LE QUESTIONNAIRE E.R.O.C. (ANNEXE 2)	49
3.4.1 <i>Bases utilisées</i> :	49
3.4.2 <i>Description analytique</i>	49
3.4.3 <i>Support utilisé</i> :	50
3.4.3.1 Questionnaire en ligne.....	50
3.4.3.2 Questionnaire papier	50
3.4.4 <i>Mise au point du questionnaire final</i>	50
3.5 DIFFUSION DES QUESTIONNAIRES.....	51
3.5.1 <i>Préparation de l'envoi</i>	51
3.5.1.1 Création d'une adresse mail	51
3.5.1.2 Mise au point d'un programme d'envoi en masse	51
3.5.1.3 Elaboration d'un courrier de présentation	51
3.5.2 <i>Envoi des questionnaires</i>	51
3.5.2.1 Cas du département pilote	51
3.5.2.2 Envoi dans les autres départements.....	51
3.5.2.2.1 Envoi électronique.....	51
3.5.2.2.2 Envoi postal	52
3.5.3 <i>Synthèse des envois par département</i>	52
3.6 SAISIE DES RESULTATS.....	53
3.6.1 <i>Version internet</i>	53
3.6.2 <i>Version papier</i>	53
3.6.3 <i>Analyse des résultats</i>	53
3.6.3.1 Analyse statistique des perceptions de dommages et de bénéfiques.....	53
3.6.3.2 Analyse descriptive des perceptions du statut légal	54
3.6.3.3 Analyse qualitative des perceptions de l'origine du statut légal.....	55
3.6.3.4 Analyse statistique croisée	55

4.	RESULTATS.....	56
4.1	CARACTERISTIQUES DE LA POPULATION INCLUSE	56
4.1.1	<i>Selon le genre.....</i>	56
4.1.2	<i>Selon l'âge.....</i>	57
4.1.3	<i>Selon le mode d'installation.....</i>	57
4.1.4	<i>Selon le mode d'exercice.....</i>	58
4.2	TAUX DE PARTICIPATION	58
4.2.1	<i>Au niveau régional.....</i>	58
4.2.2	<i>Au niveau départemental.....</i>	60
4.3	PROFIL DES NON-REPOUNDANTS	60
4.3.1	<i>Médecins non-participants d'emblée.....</i>	60
4.3.2	<i>Médecins non-répondants.....</i>	61
4.4	PROFIL DES REPOUNDANTS.....	62
4.4.1	<i>Genre.....</i>	63
4.4.2	<i>Age.....</i>	63
4.4.3	<i>Département :.....</i>	64
4.4.4	<i>Mode d'installation :.....</i>	64
4.4.5	<i>Mode d'exercice :.....</i>	65
4.4.6	<i>Formation en addictologie :.....</i>	65
4.4.7	<i>Proximité avec le cannabis :.....</i>	66
4.4.7.1	Cas particulier du département pilote (panel de 43 médecins).....	66
4.4.7.2	Enquête finale : panel de 935 médecins.....	67
4.5	PRESENTATION DES RESULTATS BRUTS	68
4.5.1	<i>Perceptions individuelles.....</i>	68
4.5.1.1	<i>Dommmages individuels.....</i>	68
4.5.1.2	<i>Bénéfices individuels.....</i>	69
4.5.1.3	<i>Balance individuelle.....</i>	70
4.5.2	<i>Perceptions sociétales.....</i>	70
4.5.2.1	<i>Dommmages sociétaux.....</i>	70
4.5.2.2	<i>Bénéfices sociétaux.....</i>	71
4.5.2.3	<i>Balance sociétale.....</i>	72
4.5.3	<i>Moyennes et balance globales.....</i>	73
4.5.4	<i>Perception du statut légal.....</i>	74
4.5.4.1	<i>Impact global de la loi pour les 3 produits.....</i>	75
4.5.4.2	<i>Items cannabis évalués par échelle de Likert.....</i>	75
4.5.5	<i>Perceptions des motivations des politiques publiques.....</i>	76
4.5.5.1	Cas particulier du département pilote (panel de 43 médecins).....	77
4.5.5.2	Enquête finale (panel de 935 médecins).....	77
5.	ANALYSE.....	79
5.1	PERCEPTIONS DES DOMMAGES ET DES BENEFICES.....	79
5.1.1	<i>Perceptions du cannabis comparativement aux drogues légales.....</i>	79
5.1.1.1	<i>Etude des évaluations moyennes obtenues.....</i>	79
5.1.1.1.1	<i>Mise en évidence de différences significatives entre les évaluations moyennes des produits.....</i>	79
5.1.1.1.2	<i>Evaluations moyennes du cannabis comparativement aux drogues légales.....</i>	79
5.1.1.2	<i>Etude de la dispersion des évaluations autours de la moyenne.....</i>	81
5.1.1.2.1	<i>Mise en évidence de différences significatives entre les écarts-types.....</i>	81
5.1.1.2.2	<i>Dispersion des évaluations du cannabis comparativement à celle des drogues légales.....</i>	81
5.1.1.3	<i>Etude du classement des représentations du cannabis par rapport aux drogues légales comparativement aux données de référence.....</i>	82
5.1.1.3.1	<i>Classement des 3 produits en termes de dommages.....</i>	82
5.1.1.3.2	<i>Classement des 3 produits en termes de bénéfices.....</i>	85
5.1.2	<i>Perceptions des produits comparativement aux données de référence (étude F.F.A. 2011).....</i>	87
5.1.2.1	<i>Analyse par produit.....</i>	87
5.1.2.1.1	<i>Cannabis.....</i>	87
5.1.2.1.2	<i>Alcool.....</i>	88
5.1.2.1.3	<i>Tabac.....</i>	89
5.1.2.2	<i>Analyse globale.....</i>	91

5.1.2.2.1	Perceptions individuelles comparées aux perceptions des experts	91
5.1.2.2.2	Perceptions sociétales comparées aux perceptions des experts	92
5.1.2.2.3	Perceptions globales comparées aux perceptions des experts	94
5.1.2.2.4	Distribution des agrégats majeurs du cannabis par rapport aux experts	96
5.1.3	<i>Conclusion</i>	99
5.2	PERCEPTION DU STATUT LEGAL	99
5.2.1	<i>Impact d'une pénalisation de chaque produit</i>	99
5.2.2	<i>Perception de « la place de la drogue »</i>	100
5.2.3	<i>Perception de « l'accès au cannabis »</i>	101
5.2.4	<i>Cadre légal global (usage et accès)</i>	102
5.3	PERCEPTION DES ORIGINES DU CADRE LEGAL	104
5.3.1	<i>Analyse thématique des perceptions</i>	104
5.3.1.1	Motifs de la prohibition	104
5.3.1.2	Motifs d'une éventuelle légalisation	105
5.3.2	<i>Analyse descriptive des perceptions</i>	106
5.3.2.1	Notions de santé publique	106
5.3.2.1.1	Dommages individuels	106
5.3.2.1.2	Dommages sociétaux	108
5.3.2.1.3	Réduction consommation et coût sanitaire	110
5.3.2.1.4	Escalade toxicomaniaque	111
5.3.2.1.5	Usage médical	111
5.3.2.2	Notions économiques et sociales	112
5.3.2.2.1	Notions économiques	112
5.3.2.2.2	Notions sociales	113
5.3.2.3	Notions culturelles	114
5.3.2.3.1	Composante liée à la tradition	114
5.3.2.3.2	Composante liée aux mœurs et à la morale	115
5.3.2.4	Notions politiques :	115
5.3.2.4.1	Démagogie politique :	116
5.3.2.4.2	Courage politique :	116
5.3.2.4.3	Lobbying politique :	116
5.3.2.5	Notions autres	117
5.3.2.5.1	Pas d'avis précis (indécis)	117
5.3.2.5.2	Avis pessimistes :	117
5.3.2.5.3	Avis tranchés :	117
5.3.3	<i>Analyse typologique du statut légal</i>	118
5.3.3.1	Définitions et classement des commentaires	118
5.3.3.1.1	Approche individuelle	119
5.3.3.1.2	Approche sociétale:	121
5.3.3.1.3	Catégories limites (approche mixte)	123
5.3.3.2	Typologie générale	124
5.3.3.2.1	Représentations conservatrices	124
5.3.3.2.2	Représentations neutres	124
5.3.3.2.3	Représentations réformistes	125
5.3.3.3	Typologie détaillée	125
5.3.3.3.1	Bases de construction des profils	125
5.3.3.3.2	Profils types	126
5.3.3.4	Tableaux récapitulatifs	130
5.4	ANALYSE DES SOUS POPULATIONS :	135
5.4.1	<i>Evolution des perceptions selon le score de proximité</i>	135
5.4.1.1	Distribution du score de proximité dans le panel	135
5.4.1.3	Evolution des perceptions de bénéfices selon le score de proximité avec le cannabis	137
5.4.1.4	Evolution des balances selon le score de proximité avec le cannabis	138
5.4.1.5	Evolution du score de tolérance à une légalisation du cannabis selon le score de proximité avec le chanvre	139
5.4.2	<i>Evolution des perceptions selon le score de tolérance</i>	141
5.4.2.1	Rappel sur la construction du score de tolérance à une légalisation	141
5.4.2.2	Distribution du score de tolérance et catégorisation	141
5.4.2.3	Evolution des perceptions de dommages selon le score de tolérance à une légalisation du cannabis	142
5.4.2.4	Evolution des perceptions de bénéfices selon le score de tolérance à une légalisation du cannabis	143

5.4.2.5	Evolution des balances selon le score de tolérance	145
5.4.2.6	Perception des raisons motivant la prohibition ou la légalisation du cannabis selon le score de tolérance	146
5.4.2.7	Répartition des argumentaires selon le groupe de tolérance.....	147
5.4.3	<i>Evolutions des perceptions selon l'âge.....</i>	149
5.4.3.1	Distribution et catégorisation	149
5.4.3.2	Etude des représentations du cannabis selon l'âge	149
5.4.4	<i>Evolutions des perceptions selon la formation en addictologie.....</i>	151
5.4.5	<i>Evolutions des perceptions selon le genre.....</i>	151
5.4.6	<i>Conclusion.....</i>	152
TROISIEME PARTIE : DISCUSSION.....		153
1.	PUISSANCE ET LIMITES DE L'ETUDE.....	154
1.1	PUISSANCE DE L'ETUDE.....	154
1.1.1	<i>Un recueil de données considérable.....</i>	154
1.1.2	<i>Un panel d'étude représentatif.....</i>	154
1.1.3	<i>Une méthodologie rigoureuse.....</i>	155
1.1.4	<i>Des conditions optimales pour répondre à l'enquête</i>	155
1.1.5	<i>Une analyse multiaxiale complémentaire.....</i>	155
1.2	LIMITES DE L'ETUDE	156
1.2.1	<i>Biais de comparaison</i>	156
1.2.2	<i>Biais de questionnaire</i>	156
1.2.3	<i>Limitation de la portée de l'étude</i>	156
2.	INTERETS DE L'ETUDE.....	157
2.1	DES DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES INEDITES EN FRANCE	157
2.2	UN NOUVEL INDICATEUR DE RECHERCHE EN PERSPECTIVE	159
2.3	MISE EN EVIDENCE DES REPRESENTATIONS DU CANNABIS.....	159
2.3.1	<i>Une majorité de médecins favorable à sa prescription.....</i>	159
2.3.1.1	Etats des lieux en Europe: une situation juridique confuse	159
2.3.1.2	Représentations de notre panel sur le cannabis médical	160
2.3.2	<i>Une majoration spécifique des dommages du cannabis.....</i>	161
2.3.2.1	Dommages aigus.....	162
2.3.2.1.1	Dommages chroniques.....	163
2.3.2.1.2	Dommages organiques.....	163
2.3.2.1.3	Dommages psychiatriques :	165
2.3.2.1.4	Dépendance	167
2.3.2.1.5	Coût sanitaire et social.....	170
2.3.2.1.6	Coût légal	171
2.3.2.1.7	Conséquences sociales de l'usage.....	172
2.3.2.2	Conclusion sur les représentations sur les dommages	174
2.3.3	<i>Une représentation ambivalente des bénéfices liés à l'usage de cannabis :</i>	176
2.3.4	<i>Synthèse des représentations sur la balance bénéfices-dommages</i>	179
2.3.5	<i>Représentations du statut légal.....</i>	181
2.3.5.1	Une influence limitée de la loi sur la prévalence de l'usage	181
2.3.5.2	Liens entre les perceptions du cannabis et de son statut légal.....	186
3.	PISTES DE REFLEXION	190
3.1	LE MANQUE D'ACCES A UNE INFORMATION PERTINENTE	190
3.1.1	<i>L'origine de la désinformation</i>	190
3.1.2	<i>Les mécanismes de la désinformation en France.....</i>	192
3.1.2.1	Le vecteur médiatique ou l'instrumentalisation politique du discours.....	192
3.1.2.2	Le vecteur scientifique ou l'instrumentalisation politique de la recherche	194
3.1.3	<i>Le contrôle de la recherche et la censure sur les bénéfices.....</i>	195
3.1.4	<i>Le mythe de la caverne</i>	196
3.1.5	<i>L'influence de la désinformation sur les médecins généralistes.....</i>	197

3.2	LA NECESSITE D'UN CHANGEMENT DE DISCOURS POLITIQUE.....	198
3.2.1	<i>Le bilan mitigé des campagnes de prévention cannabis en France</i>	198
3.2.2	<i>L'inefficacité de la politique actuelle en termes de santé publique</i>	198
3.2.2.1	Les moyens mis en place pour faire appliquer la loi	198
3.2.2.2	Les vicissitudes du discours de la M.I.L.D.T. sur l'efficacité de loi de 1970.....	199
3.2.2.3	Les raisons de l'inefficacité de loi de 1970.....	200
3.2.3	<i>Les dommages de la prohibition pour la société</i>	203
3.2.3.1	Insécurité sanitaire	203
3.2.3.2	Insécurité publique	203
3.2.3.3	Insécurité politique et financière.....	204
3.2.3.4	Insécurité économique	204
3.2.4	<i>Les dommages de la répression pour l'individu</i>	205
3.2.5	<i>Conclusion : l'urgence des réformes</i>	206
3.3	UNE APPROCHE PROGRESSISTE BASEE SUR LES BENEFICES ET LA REDUCTION DES DOMMAGES :	207
3.3.1	<i>Cannabis médical</i>	207
3.3.2	<i>Cannabis récréatif</i>	208
CONCLUSION		211
BIBLIOGRAPHIE		213
ANNEXE 1 : SYNTHESE SUR LES EFFETS ANTI-TUMORAUX DES CANNABINOÏDES		232
ANNEXE 2 : QUESTIONNAIRE EROC		233
ANNEXE 3 : AUTORISATION D'UTILISATION DES LOGOS		240
ANNEXE 4 : RECEPISSE DE DECLARATION A LA C.N.I.L.		241
ANNEXE 5 : COURRIER DE PRESENTATION DE L'ETUDE (SANS L'ENTETE)		242
ANNEXE 6 : CONSIGNE D'APPEL		243
ANNEXE 7 : DEFINITIONS ISSUES DE « LEGISLATIONS RELATIVES A L'USAGE ET A LA DETENTION DE CANNABIS : DEFINITIONS ET ETAT DES LIEUX EN EUROPE » (488)		245
ANNEXE 8 : ANALYSE COMPARATIVE DES FUMÉES D'UNE CIGARETTE DE TABAC OU DE CANNABIS SOUS FORME « D'HERBE » (431)		247
ANNEXE 9 :RAPPORT LA GUARDIA (381)		248
ANNEXE 10 : USAGE DE CANNABIS EN FRANCE EN 2010 ET PROJECTIONS EN 2040, EN CAS DE LEGALISATION EN 2020		249
ANNEXE 11 : EVALUATION DES DOMMAGES SELON LE RAPPORT ROQUES (318)		250
ANNEXE 12 : LETTRE OUVERTE DE DIDIER JAYLE A L'ACADEMIE DE MEDECINE		251
ANNEXE 13 : LETTRES DE DEUX MEDECINS INCLUS DANS NOTRE ETUDE (TRES INTOLERANTS A UNE LEGALISATION DU CANNABIS)		253
ANNEXE 14 : INFRACTIONS PENALES ET SANCTIONS JUDICIAIRES RELATIVES A LA LEGISLATION SUR LES STUPEFIANTS		255
ANNEXE 15 : RAPPORT DE LA DIRECTION GENERALE DE LA SANTE		257
TABLE DES MATIERES		261
INDEX DES FIGURES		267
INDEX DES TABLEAUX		269
AUTORISATION DE PUBLICATION		270

INDEX DES FIGURES

Figure 1 : idéogramme chinois du mot chanvre (ancien et moderne).....	20	
Figure 2 : produits à base de cannabis et marketing au début du 19ème siècle	22	
Figure 3 : distribution des récepteurs CB1 dans le système nerveux	25	
Figure 4 : le système endocannabinoïde dans le système nerveux.....	26	
Figure 5 : mécanismes d'action et récepteurs cibles des phytocannabinoïdes.....	29	
Figure 6 : action pharmacologiques des PCB non psychotropes	31	
Figure 7 : concentrations en Δ^9 -THC (cercles ouverts) et effets physiques et psychiques « ressentis »	32	
Figure 8 : Sativex® commercialisé en France à partir de 2015	38	
Figure 9 : fleurs de cannabis distribuées en pharmacie dans certains pays	39	
Figure 10 : répartition des médecins recensés selon la source	47	
Figure 11 : répartition des médecins exclus selon le motif d'exclusion	48	
Figure 12 : répartition des médecins inclus par département selon l'activité au 15 octobre 2011	48	
Figure 13 : proportion de questionnaire papier selon les départements	52	
Figure 14 : proportion de questionnaire papier par départements selon le genre.....	52	
Figure 15 : répartition des motifs orientant vers un questionnaire papier	53	
Figure 16 : répartition de la population incluse motifs selon le genre et l'activité	56	
Figure 17 : pyramide des âges des médecins généralistes actifs libéraux et mixtes au 1 er juin 2011.....	57	
Figure 18 : répartition des médecins installés selon le genre et le mode d'installation	57	
Figure 19 : taux de médecins installés en zone urbaine	58	
Figure 20 : taux de réponses et taux de participation selon l'activité du répondant.....	59	
Figure 21 : taux de réponses sur papier et taux de réponses électroniques selon l'activité du répondant	59	
Figure 22 : taux de réponses par département selon le genre (médecins non thésés exclus).....	60	
Figure 23 : répartition des motifs évoqués par les non-participants	60	
Figure 24 : âge moyen des répondants selon le genre et l'activité du répondant	63	
Figure 25 : pyramide des âges des répondants installés.....	64	
Figure 26 : pyramide des âges des médecins généralistes en France.....	64	
Figure 27 : répartition du panel répondant selon le département d'inscription au C.N.O.M.	65	
Figure 28 : répartition du panel répondant selon le mode d'exercice.	65	
Figure 29 : répartition du panel répondant selon la formation en addictologie	65	
Figure 30 : proximité des médecins de Meuse avec le cannabis, étude pilote	66	
Figure 31 : proximité des médecins avec le cannabis, département pilote exclu	67	
Figure 32 : fréquence de l'usage passé	Figure 33 : fréquence de l'usage actuel	68
Figure 34 : scores de dommages individuels perçus pour le chanvre, l'alcool et le tabac.....	68	
Figure 35 : scores de bénéfices individuels perçus pour le chanvre, l'alcool et le tabac	69	
Figure 36 : balance et agrégats individuels pour le chanvre, l'alcool et le tabac	70	
Figure 37 : scores de dommages sociétaux perçus pour le chanvre, l'alcool et le tabac	71	
Figure 38 : scores de bénéfices sociétaux perçus pour le chanvre, l'alcool et le tabac	72	
Figure 39 : balance et agrégats sociétaux pour le chanvre, l'alcool et le tabac	72	
Figure 40 : balance et agrégats globaux pour le chanvre, l'alcool et le tabac	73	
Figure 41 : scores de dommages cumulés perçus pour l'alcool, le cannabis et le tabac.....	73	
Figure 42 : scores de bénéfices cumulés perçus pour l'alcool, le cannabis et le tabac.....	74	
Figure 43 : évaluation de l'impact d'une légalisation du cannabis et d'une prohibition des drogues légales	75	
Figure 44 : perceptions des politiques publiques sur le cannabis (n=978)	76	
Figure 45 : motif principal d'interdiction du cannabis dans le département pilote (n=43)	77	
Figures 46 (a et b): motif principal de la prohibition du cannabis avant et après reclassement (n=935)	77	
Figures 47 (a et b): motif principal d'une légalisation du cannabis avant et après reclassement (n=935)	78	
Figure 48 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les agrégats de dommages	83	
Figure 49 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les scores de dommages individuels	84	
Figure 50 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les scores de dommages sociétaux	85	
Figure 51 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les agrégats de bénéfices	86	
Figure 52 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les scores de bénéfices individuels.....	86	
Figure 53 : répartition de la perception du classement des trois produits pour les scores de bénéfices sociétaux.	87	
Figure 54 : moyennes des scores de dommages comparées aux données de référence – Cannabis.....	87	
Figure 55 : moyennes des scores de bénéfices comparées aux données de référence - Cannabis	88	
Figure 56 : moyenne des scores de dommages comparées aux données de référence - Alcool.....	89	
Figure 57 : moyenne des scores de bénéfices comparées aux données de référence – Alcool.....	89	

Figure 58 : moyenne des scores de dommages comparées aux données de référence - Tabac.....	90
Figure 59 : moyenne des scores de bénéfices comparées aux données de référence - Tabac.....	90
Figure 60 : moyenne des agrégats de dommages individuels comparée aux données de référence.....	91
Figure 61 : moyenne des agrégats de bénéfices individuels comparée aux données de référence.....	91
Figure 62 : moyenne des balances individuelles comparée respectivement à celles des experts.....	92
Figure 63 : moyenne des agrégats de dommages sociétaux comparée aux données de référence.....	92
Figure 64 : moyenne des agrégats de bénéfices sociétaux comparée aux données de référence.....	93
Figure 65 : moyenne des balances sociétales comparée respectivement à celles des experts.....	93
Figure 66 : moyenne des agrégats de bénéfices globaux comparée aux données de référence.....	94
Figure 67 : moyenne des agrégats de bénéfices globaux comparée aux données de référence.....	95
Figure 68 : moyenne des balances globales comparée respectivement à celles des experts.....	95
Figure 69 : répartition de l'agrégat de dommage global du cannabis par tranche de points.....	96
Figure 70 : répartition de l'agrégat de bénéfice global du cannabis par tranche de points.....	96
Figure 71 : répartition de la balance individuelle du cannabis par tranche de points.....	97
Figure 72 : répartition de la balance sociétale du cannabis par tranche de points.....	97
Figure 73 : répartition de la balance globale du cannabis par tranche de points.....	98
Figure 74 : score d'impact d'une pénalisation pour chaque produit.....	99
Figure 75 : perceptions du cadre légal souhaitable pour la filière cannabique.....	102
Figure 76 : niveau de tolérance à un assouplissement du cadre légal.....	103
Figure 77 : principales raisons de la prohibition du cannabis selon notre panel.....	104
Figure 78 : principales raisons d'une légalisation éventuelle du cannabis selon notre panel.....	105
Figure 79 : distribution du panel selon le score de proximité.....	135
Figure 80 : évolution des perceptions de l'agrégat de dommage global de l'alcool, du tabac et du chanvre selon les catégories de proximité.....	136
Figure 81 : évolution des perceptions des agrégats de dommage du cannabis selon les catégories de proximité.....	136
Figure 82 : évolution des perceptions des agrégats de bénéfices du cannabis selon les catégories de proximité.....	137
Figure 83 : évolution des perceptions des balances bénéfices-dommages du cannabis selon les catégories de proximité.....	138
Figure 84 : évolution des perceptions des agrégats individuels et sociétaux du cannabis selon le score de proximité avec le chanvre.....	139
Figure 85 : distribution des catégories de tolérance selon la proximité avec le chanvre.....	140
Figure 86 : rappel des résultats sur les politiques publiques et de la construction du score de tolérance.....	141
Figure 87 : distribution du score de tolérance au sein de notre panel.....	141
Figure 88 : évolution des perceptions de l'agrégat de dommage global de l'alcool, du tabac et du chanvre selon les catégories de tolérance.....	142
Figure 89 : évolution des perceptions des agrégats de dommages liés au chanvre selon les catégories de tolérance.....	143
Figure 90 : évolution des perceptions de l'agrégat de bénéfice global de l'alcool, du tabac et du chanvre selon les catégories de tolérance.....	144
Figure 91 : évolution des perceptions des agrégats de bénéfice du chanvre selon les catégories de tolérance.....	144
Figure 92 : évolution des perceptions de la balance bénéfice-dommage du chanvre selon les catégories de tolérance.....	145
Figure 93 : évolution des perceptions des agrégats individuels et sociétaux du cannabis selon le score de tolérance.....	146
Figure 94 : répartition des perceptions sur le cannabis selon la catégorie de tolérance à une légalisation.....	148
Figure 95 : distribution du panel par tranche d'âge selon le genre.....	149
Figure 96 : évolution des perceptions globales sur le cannabis selon la tranche d'âge.....	150
Figure 97 : répartition des catégories de proximité selon la tranche d'âge.....	150
Figure 98 : répartition des catégories de tolérance selon la tranche d'âge.....	151
Figure 99 : prévalence de l'expérimentation du cannabis dans notre panel comparée à celle observée en population générale en fonction de la tranche d'âge (usage vie).....	157
Figure 100 : prévalence de l'usage actuel du cannabis (au moins une fois dans l'année dans notre panel comparée à celle observée en population générale en fonction de l'âge).....	158
Figure 101 : accès aux médicaments à base de cannabinoïdes en Europe en 2012.....	160
Figure 102 : Cadre légal du cannabis en Europe en 2013. Source :idé.....	182
Figure 103 : lien entre la sanction et la prévalence de l'usage dans 8 pays Européens.....	183
Figures 104 : prévalence de l'usage de cannabis en 2010 selon les tranches d'âge et projection de la prévalence de l'usage en 2040 en cas de légalisation bien encadrée en 2020.....	185
Figures 105 : prévalence de l'usage de cannabis en 2010 selon les tranches d'âge et projection de la prévalence de l'usage en 2040 en cas de légalisation mal encadrée en 2020.....	185
Figure 106 : évolution des perceptions globales selon le score de tolérance à une légalisation.....	187
Figure 107 : interpellation pour infraction à la législation sur les stupéfiants en France de 1970 à 2010.....	199
Figure 108 : la législation sur le cannabis dans le monde en 2014. Source : Radio France international.....	209
Figure 109 : état des législations sur l'usage et la détention de cannabis au sein de l'UE.....	210

INDEX DES TABLEAUX

Tableau 1 : sous-groupe de phytocannabinoïdes identifiés. Le nombre de composants est approximatif, précisant la taille des groupes respectifs.....	27
Tableau 2 : principales caractéristiques du panel de répondants comparativement à la population incluse et au groupe de médecins non répondant	62
Tableau 3 : perception de la position du cannabis par rapport aux drogues légales selon les items	79
Tableau 4 : évaluation moyenne et intervalle de confiance de la moyenne à 99% des agrégats et des balance de chaque produits.....	80
Tableau 5 : évaluation moyenne et intervalle de confiance de la moyenne à 99% des agrégats et des balance de chaque produits.....	82
Tableau 6 : représentations générales du cannabis selon la typologie établie.....	131
Tableau 7 : perceptions des dommages liés au cannabis selon la typologie établie.....	132
Tableau 8 : perceptions des bénéfices liés au cannabis selon la typologie établie.....	133
Tableau 9 : perceptions de la législation sur le cannabis selon la typologie établie.....	134
Tableau 10 : perceptions des raisons motivant la prohibition ou la légalisation du cannabis selon les groupes de tolérance	147
Tableau 11 : taux d'usage actuel parmi les expérimentateurs et taux d'usage quotidien chez les usagers actuels selon la tranche d'âge en population générale.....	184

AUTORISATION DE PUBLICATION

NANCY, le 16 juillet 2014

Le Président de Thèse

Professeur F. PAILLE

NANCY, le 31 juillet 2014

Le Doyen de la Faculté de Médecine

Par délégation,

Professeur M. BRAUN

AUTORISE À SOUTENIR ET À IMPRIMER LA THÈSE

NANCY, le 25/08/2014

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ DE LORRAINE

Professeur P. MUTZENHARDT

Les représentations des médecins généralistes concernant le cannabis, l'alcool et le tabac.
Enquête prospective auprès de 2186 médecins généralistes libéraux lorrains -270 f, 15 annexes, 109 figures, 11 tableaux. Olivier BERTRAND - Contact : these.eroc@gmail.com

RESUME :

Objectifs: l'étude des perceptions relatives aux substances addictives représente un enjeu majeur de prévention et la prise en charge des addictions est fortement influencée par les représentations des professionnels de santé sur les produits. Nous avons cherché à évaluer ces perceptions auprès des médecins généralistes à travers une enquête quantitative prospective : un questionnaire anonyme, qui proposait de mesurer les dommages et les bénéfices pour les usagers et pour la société de 3 produits répandus (alcool, tabac et cannabis), a été envoyé à 2186 médecins généralistes libéraux Lorrains. Nos résultats ont été comparés aux données de référence. Une analyse croisée a recherché les facteurs qui influaient sur la perception du cannabis.

Résultats: nous avons analysé 978 questionnaires. L'alcool était perçu comme le produit le plus dommageable, à l'inverse du tabac. Les bénéfices liés au cannabis étaient perçus de manière ambivalente, élevés pour les usagers et faibles pour la société, à l'inverse des produits légaux. La comparaison avec les données de référence témoignait du contraste entre une majoration significative des dommages du cannabis (+27%) et un consensus évident sur les dommages des produits légaux ; de plus, les panélistes sous-estimaient largement les bénéfices individuels des 3 produits alors que l'évaluation des bénéfices sociétaux était parallèlement beaucoup plus proche des données de référence. Les évaluations du cannabis ne variaient pas selon l'âge. En revanche, le score de proximité avec le chanvre et surtout le score de tolérance à une légalisation influençaient nettement les évaluations du cannabis. Plus le niveau de proximité ou de tolérance augmentait, plus ces évaluations se rapprochaient des données de référence.

Conclusion: nos résultats révèlent une carence de formation des médecins généralistes ciblée sur les dommages du cannabis et témoignent de la forte dimension subjective des perceptions liées aux drogues, et à leurs bénéfices.

TITLE: PERCEPTIONS OF GENERAL PRACTITIONERS REGARDING CANNABIS, ALCOHOL AND TOBACCO.

THESE DE MEDECINE GENERALE - ANNEE 2014

MOTS CLEFS : USAGE DE CANNABIS, PERCEPTION DOMMAGE/BENEFICE, MEDECIN GENERALISTE.



UNIVERSITE DE LORRAINE
Faculté de Médecine de Nancy
9, avenue de la Forêt de Haye
54505 VANDOEUVRE LES NANCY
Cedex

