

Mots clés :

Addiction
Cannabis
Drogue

Cannabis : quelle prise en charge « sociétale » ?

La consommation de cannabis est largement répandue dans la population, notamment jeune¹. Ses dangers sont bien connus, qu'il s'agisse de ses effets somatiques, du risque de dépendance induit, ou des effets cognitifs ou psychiatriques (cf n^{os} précédents). Malgré cela, une minorité seulement des consommateurs demande une aide médicale. Les « consultations cannabis » récemment mises en place concernent une population bien particulière, surtout à la demande de la justice, de la famille ou d'un tiers². Si le généraliste est au premier rang des intervenants possibles chez ceux qui ne demandent rien³, il ne peut être considéré comme le « gardien » d'une société à la dérive, ni assumer seul les responsabilités de la prise en charge. La société française de 2008 commence à prendre acte d'une responsabilité plus globale que celle de la simple répression.

Consommation stable, mais élevée en France

En 2005, plus de 12 millions de français âgés de 12 à 75 ans déclaraient avoir consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie. La part des consommateurs réguliers est en hausse. Les données les plus récentes (ESPAD 2003, ESCAPAD 2005, Baromètre santé INPES 2005) montrent que l'usage de cannabis a augmenté chez les adolescents de manière importante dans la décennie 90. La France figure parmi les pays les plus consommateurs en Europe tant chez les jeunes adultes que les adolescents^{1,4}.

Le coût social du cannabis en France

Il inclut les dépenses de prévention, de répression, de soins, et les manques à gagner induits. Les dépenses de médecine ambulatoire ne sont pas connues, faute de données épidémiologiques, mais celles de l'hôpital atteignent près de 10 M€ par an. S'y ajoutent 350 M€ pour les pertes de production, revenus et prélèvements obligatoires imputables au cannabis, du fait de l'accidentologie routière ou des périodes d'hospitalisation ou d'emprisonnement, 500 M€ pour la répression, 40 M€ pour la prévention. Le coût social annuel total du cannabis est donc proche de 1 milliard d'€, soit en 2003 0,06% du PIB, 15 € par habitant, à mettre en parallèle avec les 599 € de l'alcool (2,37% du PIB) et 772 € du tabac (3,05%)¹.

L'évolution de la législation

L'usage de cannabis, son achat et sa détention sont interdits en France par la loi du 31/12/1970, la conduite sous l'emprise de stupéfiants depuis la loi du 3/2/2003. En 2005, 90 000 personnes ont été interpellées, 21 000 dépistages de stupéfiants effectués sur les routes, relevant 5000 infractions (dont 900 avec alcool)

Que conclure pour notre pratique ?

Le cannabis est le produit illicite le plus largement disponible. Sa consommation régulière peut parfois conduire à la dépendance et présente des dangers immédiats et à plus long terme. « *Il est irrationnel de vouloir, à tout prix, diaboliser le produit, mais prétendre l'inverse sans arguments objectifs, n'est pas non plus recevable* »¹. La prise en charge sociétale du « phénomène cannabis » s'est longtemps résumée en France à son versant répressif, à la fois inefficace et inadapté. « *Schématiquement, le cannabis sépare les seniors, plutôt contre (encore que...), des jeunes, plutôt pour* »¹. L'évolution récente commence à envisager une prise en charge plus adaptée à la complexité du problème. Elle devrait nous aider – nous, médecins – à aborder plus sereinement la question.

La législation européenne va globalement, au moins de fait, vers une dépénalisation. Selon la plupart des études, cela influence peu la consommation de cannabis. Elle n'est pas plus élevée dans les pays aux législations les plus libérales, comme au Pays-Bas, où la vente est libre dans certaines conditions⁴. Le mode « tout répressif » n'a pas fait la preuve de son efficacité. En France, les affaires d'usage sont de plus en plus fréquemment traitées par une mesure alternative aux poursuites (80% des procédures en 2005, contre 56% en 2002)¹.

L'approche préventive

Depuis le rapport Parquet de 1997, 3 plans gouvernementaux se sont succédés : 1999-2001 (abandon du « tout répressif » pour un « préventif » moins centré sur les produits eux-mêmes que sur les comportements d'usages, les facteurs de risques et de protection) ; 2004-2008 (programme spécifique cannabis visant à modifier la perception des risques induits) ; 2007-2011 (nécessité de coupler démarche informative et travail sur les représentations, pertinence des méthodes interactives, du développement de compétences psychosociales...). Les idées ont avancé, les actions restent floues... La première intervention concrète de l'État a été la diffusion, en 2006, d'un guide d'intervention en milieu scolaire, du CM2 à la terminale ; puis 2 campagnes itinérantes, en lien avec les partenaires institutionnels locaux (une quinzaine de villes en 2006) ; des campagnes médiatiques grand public, mais si les non consommateurs se sentent concernés, les consommateurs sont moins convaincus... ; une campagne cannabis/sécurité routière. Ces actions sont prolongées par une action de « téléphonie sociale » : « DIS » et « Ecoute cannabis » cumulent jusqu'à 500 appels/j¹.

Références

- 1- Costes JM (Dir). Cannabis : données essentielles. Saint Denis; OFDT: 2007.
- 2- Collectif. Les enseignements des consultations cannabis. Bibliomed. 2007: 470.
- 3- Collectif. Les consommateurs de cannabis et le généraliste. Bibliomed. 2007: 471.
- 4- INSERM. Expertise collective cannabis. MAJ 2004.