

Mots clés :

Addiction
Cannabis
Drogue

Le cannabis augmente-t-il le risque d'usage d'autres drogues ?

En France, où presque un adolescent (garçon ou fille) de 16-17 ans sur 2 a expérimenté au moins une fois le cannabis et environ 1 sur 10 en fait un usage régulier¹, la question est essentielle. Selon la théorie de « l'escalade », la consommation de cannabis serait la première marche vers la consommation des autres drogues illicites. Cette théorie repose sur l'observation épidémiologique banale que très peu d'individus consommateurs de cocaïne et d'héroïne n'ont pas utilisé auparavant de marijuana ; la majorité d'entre eux avaient auparavant l'habitude de consommer de l'alcool et/ou du tabac². Cependant, l'augmentation importante de la consommation de cannabis chez les jeunes (trois fois plus en 2003 qu'en 1993) ne semble pas avoir entraîné d'augmentation de la consommation d'héroïne, souvent citée dans la théorie de « l'escalade »³. Voici les principales données des récentes études sur ce point.

Trois notions complexes interfèrent

La 1^{ère} repose sur le constat de **séquences** : l'usage de l'alcool, du tabac et du cannabis précède généralement celui d'autres drogues illicites ; la seconde sur **l'association** entre consommations du cannabis et d'autres drogues ; la 3^{ème} pose la question de la **relation de causalité** entre les deux. Mais celle-ci ne peut être mise en évidence dans les études épidémiologiques en population générale où il est impossible d'éliminer tous les possibles facteurs confondants^{2,3} ; ni dans l'observation des jumeaux, qui élimine le facteur génétique et sans doute une partie des facteurs environnementaux, mais pas tous³ ; ni dans les études d'impact des programmes de prévention et d'intervention, qui semblent également efficaces quelles que soient la drogue ou l'association de drogues en cause². Si l'utilisation de modèles animaux semble mieux maîtriser ces différents paramètres, elle ne peut rendre compte des nombreux facteurs psychologiques, sociaux et culturels humains.

Sensibilisation croisée ?

Les modèles animaux vont dans le sens de l'induction d'une sensibilisation croisée entre cannabis et opioïdes ou amphétamine³. On commence ainsi à mieux déchiffrer les bases pharmacologiques de la dépendance. Mais si ces données permettent de mieux comprendre la dépendance au cannabis, elles n'appuient en rien la théorie de l'escalade chez l'homme. L'INSERM conclut prudemment qu'un effet sensibilisateur du cannabis à d'autres substances ne peut être affirmé tant que les

mécanismes réellement responsables de l'addiction ne sont pas élucidés et que l'on ne dispose pas de résultats d'études réalisées chez l'homme³.

Le « cannabis thérapeutique » conforte-t-il la théorie de l'escalade ?

Un rapport canadien, soulignant que le cannabis n'est pas autorisé comme substance thérapeutique, en présente les indications « supposées », notamment dans les douleurs du SIDA et du cancer. Les données sont extrapolées en partie de celles du Marinol® (tetrahydrocannabinol par voie orale) commercialisé au Canada et aux Etats-Unis⁴. Bien qu'il n'existe pas à ce jour de données factuelles sur le cannabis, il a été démontré que l'utilisation médicale de morphine ne mène pas à la toxicomanie, ce qui montre la complexité des comportements de toxicomanie et le rôle des conditions psychologiques et sociales dans son développement^{2,4}. Un rapport européen a une analyse et des conclusions semblables⁵.

Relation statistique n'est pas causalité

Toutes les études épidémiologiques européennes montrent que la plupart des consommateurs de cannabis débutent dans l'adolescence ou au début de l'âge adulte, toutes couches de la société confondues. Beaucoup s'arrêtent à la première expérience, ou très vite. Parmi les autres, certains poursuivent un « simple usage », d'autres poursuivent l'escalade vers une polyconsommation⁶... Mais cette relation statistique n'est pas un lien de causalité⁵.

Que conclure pour notre pratique ?

Aucune de ces publications récentes n'apporte de réelle surprise : il est confirmé que l'usage chronique de cannabis présente en soi des risques pour la santé qui justifient une intervention.

Nous n'avons pas de réponse à la question posée sur le risque d'escalade du cannabis vers d'autres drogues. Aucune expérimentation directe n'étant envisageable, cette réponse évasive doit nous suffire, et n'empêche pas de poursuivre la recherche animale et épidémiologique pour en découvrir les éventuels mécanismes, même si cela ne concerne qu'une fraction particulière « à risque » (mais laquelle ?) des consommateurs de cannabis.

Devant un tel phénomène de société, toute réaction de rejet, condamnation, ou fausses certitudes, ne peut être qu'aveu d'impuissance ou échec. Il est nécessaire de développer des interventions adaptées. Nous y reviendrons.

Références

- 1- Collectif. *Consommateurs de cannabis en France : qui sont ils ?* Bibliomed. 2007:468.
- 2- Kandel D. Does marijuana use cause the use of other drugs? JAMA. 2003;289:482-3.
- 3- INSERM. *Expertise collective cannabis*. MAJ 2004.
- 4 - Marijuana. *Information destinée aux professionnels de la santé*. Santé Canada 2004.
- 5- Ministry of Public Health of Belgium. *Technical Report of the International Scientific Conference Brussels, Belgium*. 2002.
- 6- Beck F et al. *Polyconsommation de substances psychoactives (alcool, tabac et cannabis) dans la population générale française en 2005*. Presse Med. 2008;37:207-15.