

Cannabis : Les scientifiques sont d'accord plus qu'ils ne l'admettent

Cannabis : Experts agree more than they admit

J.P. Jacques¹, S. Zombek², Ch. Guillain³ et P. Duez⁴

¹Modus Vivendi, Bruxelles, ²Service Médico-Psychologique, C.H.U. Saint-Pierre, U.L.B.,

³Facultés Universitaires Saint-Louis, Bruxelles, ⁴Institut de Pharmacie, Laboratoire de Pharmacognosie, U.L.B.

RESUME

Le cannabis connaît un succès croissant, dans la population et dans les débats entre experts. L'article décrit le consensus scientifique qui se dégage sur les effets de cette drogue.

Les effets psychotropes du cannabis, attribués aux cannabinoïdes que contient sa résine, actifs sur des récepteurs spécifiques, comportent généralement un sentiment d'euphorie et de légère désinhibition, ainsi qu'une distorsion de certaines perceptions sensorielles. La sédation, la stimulation de l'appétit et l'anxiolyse sont également recherchées par certains malades. D'autres en attendent une expérience plus intense, avec altération de l'état de conscience.

La consommation de masse du cannabis se stabilise à un taux de 22 % des jeunes de 18 ans qui déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours du dernier mois ; cette proportion chute à l'insertion dans la vie adulte. Les effets secondaires aigus et chroniques, la toxicité de la fumée du cannabis sont décrits, ainsi que le lien problématique entre la consommation de cannabis et le déclenchement d'une psychose. La dangerosité et les effets toxiques attribués à la consommation de cannabis sont exposés en suivant le découpage en trois axes indépendants : développement d'une dépendance, conséquences somatiques néfastes (y compris les perturbations cognitives, et leurs conséquences pour la conduite automobile), dangerosité psychosociale. La théorie de l'escalade est critiquée. Les auteurs concluent en mettant en doute les fondements scientifiques de la pénalisation de la consommation de cannabis, pour recommander la dédramatisation de ce produit.

Les poursuites pénales prévues en Belgique font l'objet d'une synthèse.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : 87-92

ABSTRACT

Cannabis is evermore present in society, whether within the general public or as a subject for scientific debate. Mass consumption of cannabis, for example, is stabilising around 22 percent of 18-year old who admit to having used it at least once during the previous month ; however, this consumption rate falls off as they enter later adulthood.

This article describes the emerging scientific consensus about the effects of this drug.

The psychotropic effects of cannabis -the result of cannabinoids contained in its resin that activate specific receptors- include general euphoria, a mild release from inhibitions and, in certain cases, some distortion of sensory perception. Some patients also experience drowsiness, a stimulated appetite and anxiolysis, while others anticipate a more intense experience such as an altered state of consciousness.

The toxicity of smoked cannabis and its acute, chronic secondary effects are described, as well as the problematic relationship between cannabis consumption and psychosis. The damages and toxic effects attributed to such consumption are presented via three, related themes : the growth of dependency, negative somatic consequences (including cognitive impairment and its consequences for driving an automobile, and damaging psychosocial effects. " Escalation theory " is criticized. In their conclusion, the authors cast doubt on the scientific grounds for penalisation of cannabis consumption, and recommend a " de-demonisation " of the drug. An analysis and discussion of the current penalties applied in Belgium are presented.

Rev Med Brux 2004 ; 25 : 87-92

Key words : cannabis, damage, dependence, penalisation

Le cannabis connaît un succès croissant, dans la population et dans les débats entre experts. Les débats portant sur la dangerosité du cannabis sont passionnés et souvent confus¹⁻³. Ainsi, l'on entend tantôt que la feuille verte est bien moins toxique que l'alcool, tantôt qu'il s'agit d'un nouveau fléau social et sanitaire, d'une drogue sournoise car faussement douce qui provoque psychoses, dépressions et dépendances. Pourtant, à la lecture objective des récentes études scientifiques⁴⁻⁷, un consensus est manifestement en voie de s'imposer, des réponses claires peuvent enfin être formulées.

Il s'agira ici d'éclairer le professionnel de la médecine, sur les derniers consensus ou dissensus scientifiques relatifs à cette drogue, sur l'état de la loi belge et sur les questions cliniques et politiques soulevées par son succès de masse.

Il conviendra donc de distinguer soigneusement :

- les points d'accord ou de désaccord entre les experts sur le plan scientifique sur la dangerosité de cette substance ;
- le rôle réel ou attendu des politiques de gestion des drogues ;
- les interventions cliniques au cas par cas.

NATURE DU PRODUIT^{8,9}

Les sommités fleuries femelles du cannabis, communément appelé chanvre (*Cannabis sativa* L., *Cannabaceae*), produisent une résine qui contient plusieurs centaines de composés différents, parmi lesquels environ soixante appartiennent à la classe des cannabinoïdes. L'activité psychotrope du cannabis est liée pratiquement à un seul dérivé, le Δ^9 -tétrahydrocannabinol ou Δ^9 -THC ; parmi les autres cannabinoïdes, le Δ^8 -THC, d'activité analogue, n'est présent qu'en très faibles quantités, et le cannabidiol (CBD) inhiberait l'anxiété induite par de fortes doses de THC¹⁰. Les autres dérivés ne sont présents qu'à l'état de traces et, bien que peu étudiés, ils semblent pour la plupart dépourvus d'activité sur le psychisme. Sur la base de la teneur en cannabinoïdes, trois types de chanvres peuvent être distingués : le type "drogue" (THC > 1 % et dépourvus de CBD) qui pousse en zone climatique chaude et produit beaucoup de résine, le type "fibre" (très faible teneur en THC, le plus souvent < 0,1 %) en zone tempérée et le type "intermédiaire" (forte teneur en THC et CBD) en zone méditerranéenne. En fonction des conditions de culture, le cannabis peut évoluer vers le type résineux ou le type fibreux ; le plus souvent, et bien que ce ne soit pas une règle absolue, la transplantation d'un chanvre d'une zone climatique à une autre l'amène à se transformer vers le chémotype local. De plus, dans une zone "résine", les plantes sauvages montrent de grandes variations dans les proportions de cannabinoïdes. La situation est donc extrêmement complexe et il est possible que tout un ensemble de types génétiques couvrent la transition de la forme "textile" vers la forme "drogue", les facteurs climatiques influençant fortement la production des métabolites. Ce qui ne simplifie pas la situation pour le consommateur qui doit s'approvisionner à un marché illégal et non contrôlé ...

D'autre part, il faut savoir que le cannabis consommé aujourd'hui n'a plus grand chose à voir avec celui des années hippies ; depuis le début des années 70, les progrès des techniques agronomiques et la sélection de cultivateurs ont permis une forte augmentation de la teneur moyenne en Δ^9 -THC du cannabis, gagnant jusqu'à un facteur 5. Parmi les formes qui circulent sur le marché, on distingue les formes peu concentrées en THC (2 à 6 % ; en fait les sommités fleuries, connues sous le nom de "*marijuana*", "*herbe*", "*kif*", "*shitt*", "*pétard*", "*tarpet*", etc.), concentrées en THC (5 à 20 % ; la résine connue sous le nom de "*haschich*") et enfin celles contenant plus de 50 % de THC (l'huile de cannabis, extraite par solvant). Ces formes sont habituellement fumées, le plus souvent en mélange avec du tabac ("*joint*") ; elles peuvent également être fumées pures, dans des pipes, éventuellement dans des pipes à eau ; plus rarement, elles peuvent aussi être bues en infusion ou absorbées en confiture ou dans des gâteaux ; l'huile de cannabis est utilisée à la goutte sur différents supports.

EFFETS RECHERCHES

Le cannabis provoque généralement un sentiment d'euphorie, de bien-être, de calme, de plaisir, de légère désinhibition, et procure une certaine distance d'avec les préoccupations quotidiennes ainsi qu'une distorsion de certaines perceptions sensorielles (visuelle, auditive, orientation spatio-temporelle). La sédation, la stimulation de l'appétit et l'anxiolyse sont également recherchées par certains malades (douleurs chroniques, sida, angoisses psychotiques, etc.). A ce titre, le cannabis a été utilisé comme un médicament depuis la Haute Antiquité.

L'utilisateur occasionnel ou habituel du cannabis en attend un état d'ivresse transitoire, ou encore un effet relaxant. Certains souhaitent une expérience plus intense, dite **psychédélique**, c'est-à-dire une expérience d'extension ou de modification de l'état de conscience. Ce type d'expérience peut ressembler à un rêve éveillé, avec des altérations des perceptions (couleurs et sons), une perturbation des relations entre la cause et l'effet, donnant donc au sujet de l'expérience le sentiment d'une aventure parfois incroyable, parfois angoissante.

EPIDEMIOLOGIE DE LA CONSOMMATION DU CANNABIS

Réintroduit en Occident au retour de la Campagne d'Egypte, la consommation de masse du cannabis se développe en Occident à partir du début de 20^{ème} siècle, d'abord aux USA ; une explosion survient au cours des années 70 dans le sillage de la contestation de la guerre du Vietnam et du mouvement hippie. Après une régression du phénomène début 90, et une nouvelle poussée en fin de siècle, la consommation se stabilise aux USA à un taux de 22 % des jeunes de 18 ans qui déclarent en avoir consommé au moins une fois au cours du dernier mois¹¹. En Europe, avec un peu de retard sur les USA, l'épidémie a suivi la même évolution ; en 1998, la prévalence de la consommation

des 16-34 ans au cours de la dernière année varie de 2 % (Suède) à 16 % (Royaume-Uni) alors que l'on atteint les 19 % aux Etats-Unis. Les garçons consomment plus que les filles, les milieux aisés plus que les couches dites populaires, et le phénomène est plus fréquent dans les familles dissociées et en situation d'échec scolaire. En France, et la Belgique possède des fréquences comparables, 16 % des garçons de 19 ans fument du cannabis au moins 20 fois par mois⁴ ; mais cette proportion chute de manière substantielle dès que s'opère l'insertion dans la vie adulte. Le jeune vient le plus souvent au cannabis, dans la foulée de son initiation à l'alcool ou au tabac³ ; des facteurs favorisant un usage important sont statistiquement repérés : dépression, tendances suicidaires, déficit des compétences sociales.

Depuis les années 60, la mode du **joint**, héritage du mouvement hippie, peut être considérée comme un promoteur de tabagisme chez les adolescents. Or il est extrêmement difficile d'être un fumeur occasionnel de tabac, en raison de la dépendance rapide suscitée par la nicotine, alors qu'il est tout à fait possible d'être un fumeur occasionnel de cannabis.

MECANISMES NEUROCHIMIQUES

En 1990 étaient découverts des récepteurs spécifiques pour le cannabis, les CB1, particulièrement présents dans les ganglions de la base du cerveau. A partir de 1992 étaient identifiées des substances cannabinoïdes endogènes (les **ligands** endogènes : l'*anandamide* et le *2-arachidoyl glycérol*). L'activation de ces récepteurs est impliquée dans de très nombreuses fonctions : sensorialité, régulation thermique, équilibre veille/sommeil, attention, émotion, mémoire, etc.

D'autres récepteurs (CB2) ont été découverts en 1993 et semblent avoir une distribution plutôt périphérique, en particulier dans le système immunitaire.

EFFETS SECONDAIRES AIGUS

L'intoxication aiguë ne donne jamais lieu à une *overdose* et aucun décès n'a jamais pu être imputé directement au cannabis. A des doses élevées, et en fonction des individus, des troubles transitoires peuvent survenir : crises d'angoisse et état panique, dépersonnalisation, hallucinations sensorielles voire délire paranoïde ; exceptionnellement, de tels épisodes nécessitent une admission en service spécialisé. A des doses modérées, il est possible de rencontrer des troubles dépressifs et anxieux. Au plan physique, en dehors de la tachycardie qui contre-indique l'usage chez le cardiaque, les effets les plus constants portent sur la sphère respiratoire. Au plan neurologique enfin, les perturbations les plus importantes portent sur les fonctions mnésiques (le retentissement sur le travail scolaire peut en être une conséquence), la concentration et la coordination des mouvements, surtout en association avec d'autres psychotropes. La maîtrise d'un véhicule ou d'un engin de précision peut en être affectée.

EFFETS SECONDAIRES CHRONIQUES

Contrairement à ce qui concerne l'alcool et le tabac, aucune augmentation de la mortalité dans la population générale n'a été décrite en association à la consommation de cannabis. L'imprégnation importante et de longue durée peut provoquer un ralentissement des fonctions supérieures et une indifférence affective : on l'appelle le syndrome a-motivationnel. Si la fonction immunitaire est peut-être affectée, cela n'est pas encore démontré. En revanche, l'action du Δ^9 -THC sur l'arbre bronchique est indéniable. Le cannabis, comme toutes les drogues qui se fument, induit une irritation des voix bronchiques, provoque ou aggrave, à terme, une bronchopneumopathie chronique obstructive et expose probablement à des risques accrus de cancer pulmonaire et des voies aérodigestives supérieures.

La toxicité à cet égard est comparable à celle de la cigarette.

Certains adolescents mal informés ou militants pro-cannabis répandent la rumeur d'un effet anti-cancer attribuable au cannabis ; cette rumeur est infondée et provient probablement de la confusion avec les effets " thérapeutiques ", actuellement en cours d'études notamment en Belgique, des dérivés du cannabis dans la diminution des effets secondaires des chimiothérapies (vomissements, états dépressifs) ou dans la relance de l'appétit chez des patients sidéens cachectiques.

LIEN ENTRE CONSOMMATION DE CANNABIS ET PSYCHOSE

Il faut ici distinguer psychose aiguë et psychose chronique. On décrit sans contestation une **psychose toxique aiguë**¹². Cet accident est lié à une consommation brutale de doses très importantes (par exemple, concentration forte et inattendue en principe actif) ; la symptomatologie est spontanément régressive en moins d'une semaine avec évolution favorable dans tous les cas ; elle peut se présenter chez des sujets sans histoire psychiatrique antérieure ; elle comporte des troubles de la conscience, des dimensions confusionnelles importantes, des hallucinations, et un vécu paranoïaque. Elle n'est en aucune manière un phénomène prédictif d'une entrée dans une psychose chronique.

Le lien entre usage chronique ou intensif de cannabis et le déclenchement d'une psychose chronique fait par contre l'objet de discussions passionnées.

Si le risque de développer des troubles psychotiques (en particulier schizophréniques) est plus élevé chez des fumeurs de cannabis que dans la population générale¹³, il n'est toujours pas possible de démontrer s'il s'agit d'un effet direct ou s'il s'agit soit d'une appétence particulière des personnalités (pré)psychotiques pour ce type de produit ou encore du démasquage d'une vulnérabilité préexistante à l'usage.

DANGEROUSITE ET EFFETS TOXIQUES

A partir du rapport Roques⁵, qui s'appuyait sur les travaux du Dr M. Valleur, on peut utilement distinguer trois axes de dangerosité liés à une drogue :

- le développement d'une dépendance ;
- les conséquences somatiques néfastes ;
- la dangerosité psychosociale.

Ces trois axes sont indépendants et chaque substance ou "drogue" présente son propre profil de dangerosité sur chacun des trois axes.

La dépendance au cannabis et la théorie de l'escalade

Il est très difficile d'établir le diagnostic de dépendance au cannabis dans le cadre d'études épidémiologiques et d'en estimer la fréquence. Si l'on s'en tient à considérer la dépendance à une substance comme une incapacité de l'utilisateur à interrompre sa consommation, même s'il le désire, elle concernerait 10 % à 20% des consommateurs de cannabis³. Les autres critères de dépendance (tolérance et syndrome de sevrage) à une substance retenus par le DSM-IV (Tableau) ne se rencontrent pas en clinique humaine.

Ce taux relativement faible par rapport au tabac et à l'alcool s'expliquerait par la légèreté et la rareté

d'un syndrome de sevrage lors de l'arrêt brutal de la consommation, d'une part, et de l'absence du phénomène de tolérance d'autre part (nécessité d'augmenter la dose pour obtenir la même réponse). C'est pourquoi même les consommateurs réguliers ne rencontrent que peu de difficulté à interrompre leur consommation, ce qui explique pourquoi la grande majorité des adolescents arrêtent à l'âge adulte sans aide ni recours thérapeutique.

Le débat fait rage entre les experts pour distinguer les éléments dits psychologiques des composantes strictement physiologiques de cette dépendance.

Sur le plan neurobiologique, si le Δ^9 -THC agit sur le système dopaminergique (système dit de "récompense"), comme la plupart des autres substances addictives comme l'héroïne, la cocaïne, l'amphétamine, la nicotine et l'alcool, un syndrome de sevrage franc ne se manifeste pas à l'arrêt de sa consommation, même intensive.

La théorie de l'escalade, fondée sur une "biologie imaginaire des appétences croisées", pourrait ainsi être abandonnée au profit d'une conception sociologique du passage d'un produit à l'autre, le système de la "porte d'entrée", qui postule que le risque réside dans la proximité des marchés clandestins et la grande probabilité d'être exposé à des produits en l'occurrence plus toxiques et davantage promoteurs de dépendance.

Perturbations cognitives

L'ivresse cannabique aiguë s'accompagne d'une perturbation des fonctions cérébrales supérieures, notamment cognitives (capacité d'effectuer des opérations mentales complexes, comme les calculs mentaux ou la lecture d'un document abstrait ou difficile, mémorisation, attention). Cette ivresse est donc peu compatible avec les activités intellectuelles complexes et certaines prestations professionnelles exigeantes.

Ces effets ne sont pas rémanents et les fonctions altérées retrouvent leurs aptitudes antérieures peu après l'arrêt d'une consommation abusive ; autrement dit, contrairement à d'autres substances psycho-actives, comme l'alcool, les amphétamines ou la cocaïne, la consommation régulière de cannabis ne serait donc pas neurotoxique.

Lors de la conduite d'un véhicule sous l'influence du cannabis, les risques d'accident de roulage sont significativement accrus ; par ailleurs, en Belgique¹⁴ et en France, la loi réprime sévèrement la conduite automobile sous l'influence du cannabis (et des autres substances illégales), avec un risque d'amende, de frais d'analyses toxicologiques et de retrait de permis de conduire, voire de déchéance du droit de conduire.

Dangerosité psychosociale

Sous ce terme, on peut rassembler toutes les conséquences psychosociales néfastes de l'usage

Tableau : Critères de dépendance à une substance selon le DSM IV.

Mode d'utilisation inadapté d'une substance conduisant à une altération du fonctionnement ou une souffrance, cliniquement significative, caractérisée par la présence de trois (ou plus) des manifestations suivantes, à un moment quelconque d'une période continue de 12 mois :

1. Tolérance, définie par l'un des symptômes suivants :
 - besoin de quantités notablement plus fortes de la substance pour obtenir une intoxication ou l'effet désiré ;
 - effet notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de la substance.
2. Sevrage caractérisé par l'une ou l'autre des manifestations suivantes :
 - syndrome de sevrage caractéristique de la substance (voir les critères A et B des critères de sevrage à une substance spécifique) ;
 - la même substance (ou une substance très proche) est prise pour soulager ou éviter les symptômes de sevrage.
3. La substance est souvent prise en quantité plus importante ou pendant une période plus prolongée que prévu.
4. Il y a un désir persistant, ou des efforts infructueux, pour diminuer ou contrôler l'utilisation de la substance.
5. Beaucoup de temps est passé à des activités nécessaires pour obtenir la substance (par exemple, consultation de nombreux médecins ou déplacement sur de longues distances), à utiliser le produit (par exemple, fumer sans discontinuer), ou à récupérer de ses effets.
6. Des activités sociales, professionnelles ou de loisirs importantes sont abandonnées ou réduites à cause de l'utilisation de la substance.
7. L'utilisation de la substance est poursuivie, bien que la personne sache avoir un problème psychologique ou physique persistant ou récurrent susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance (par exemple, poursuite de la prise de cocaïne bien que la personne admette une dépression liée à la cocaïne, ou poursuite de la prise de boissons alcoolisées bien que le sujet reconnaisse l'aggravation d'un ulcère du fait de la consommation d'alcool).

d'une drogue, quel que soit le lien causal. Ainsi, l'exclusion d'une école, l'éviction hors de la famille ou d'un club sportif, ou la rupture d'un contrat de travail sous le motif de la consommation de cannabis sont des conséquences défavorables (pour l'individu) d'une consommation, dans un contexte de "chasse aux sorcières", qui n'est pas fondé scientifiquement. Ces événements traumatiques ont rarement pour effet de décider le patient à interrompre sa consommation, et provoquent plutôt une surenchère de celle-ci.

Contrairement à d'autres drogues psycho-actives comme l'alcool, les psychostimulants, ou même les benzodiazépines au considérable pouvoir désinhibant l'agressivité, l'usage de cannabis n'est généralement pas lié à des comportements qui nuisent à l'intégrité ou à la sécurité d'autrui. Toutefois, des préoccupations existent concernant le travail à certains postes engageant la sécurité d'autrui et la dangerosité du cannabis sur le comportement de conduite automobile. De manière exceptionnelle, on décrit des attitudes d'hétéro-agressivité au cours de certains épisodes de psychose cannabique aiguë, dont la sémiologie évoque celle des bouffées délirantes⁴.

LES INTERVENTIONS CLINIQUES AU CAS PAR CAS

L'usage occasionnel de cannabis, le plus fréquent, ne nécessite aucune intervention thérapeutique spécifique s'il n'est associé à aucun trouble psychique, relationnel ou scolaire. Ces troubles éventuels doivent, s'ils sont présents, être soigneusement distingués de ceux qui surviennent régulièrement à l'adolescence, sans être pathologiques pour autant, ou de ceux, nettement plus morbides, qui signent une psychose en déclenchement. Dans ces cas, la consommation de cannabis est souvent alléguée comme motif de consultation, surtout par l'entourage. Le dialogue avec l'utilisateur du produit, conduit avec tact et empathie, permet généralement de poser le diagnostic différentiel et d'évaluer les perturbations éventuelles du climat au sein de la famille. La consommation abusive, en quantité ou en fréquence, ou celle à laquelle sont attribués des effets secondaires, mérite un suivi attentif et peut amener à recommander une psychothérapie pour l'utilisateur ou pour le système familial, dont il signale la souffrance. Quant aux rares situations de franche dépendance au cannabis, s'il existe encore relativement peu d'études relatives à son traitement, il semble acquis que celui-ci s'articule sur un accompagnement (psycho)thérapeutique à moyen terme. Divers traitements médicamenteux ont été envisagés pour le traitement symptomatique du syndrome de sevrage. Par mesure de précaution, on évitera le recours aux benzodiazépines.

LA PENALISATION EST-ELLE FONDÉE ?

Les scientifiques s'accordent à dire qu'en dehors de positions fondées sur des considérations strictement morales, deux types d'arguments plaident en faveur d'une réglementation de l'accès au produit et dès lors de la dépénalisation de son usage, de sa production et de sa **pourvoyance**. Le premier est positif et relève de

la santé publique : même si les connaissances sont encore lacunaires, aujourd'hui, l'expérience sur le terrain montre que le cannabis peut être considéré comme la drogue la moins toxique et la moins dangereuse au plan de la santé⁵ ; cependant, dans une logique de réduction des dommages, il conviendrait d'en réglementer strictement la qualité (standardiser les teneurs en Δ^9 -THC et limiter les taux d'impureté et de pesticides) et de promouvoir une consommation non problématique par des campagnes de prévention ciblées sur les populations à risque d'usage "problématique". Le second argument est négatif et relève de la sociologie : il n'y a pas de relation entre le régime législatif (tolérance zéro, dépénalisation de l'usage, politique locale de tolérance) et le niveau observé de sa consommation (comme le déclarent l'Académie Américaine des Sciences¹⁵ et le Sénat Canadien⁶). Cela se confirme à l'analyse du dernier rapport de l'Observatoire européen des Drogues et des Toxicomanies¹⁶.

Bien sûr, nous lisons encore des publications qui mêlent résultats des expériences sur l'animal et corrélations démographiques pour démontrer la "dangerosité méconnue" du cannabis. Mais la dédramatisation est certainement le meilleur rempart contre l'ignorance.

CANNABIS : LES POURSUITES PÉNALES EN BELGIQUE (JUN 2003)

À suivre les comptes-rendus des journalistes, les usagers de cannabis, et de nombreux citoyens, ont pu croire que la Belgique "dépénalisait" l'usage de cannabis. Il n'en est rien.

Pourtant, en matière de cannabis, les poursuites pénales ont fait l'objet en Belgique de modifications récentes. La loi du 24 février 1921 a été modifiée par les lois du 4 avril et 3 mai 2003. Un nouvel arrêté royal "en vue d'insérer des dispositions relatives à la réduction des risques et à l'assistance pour avis thérapeutique (...)" et une directive ministérielle du 16 mai 2003 viennent détailler la mise en application de ces changements législatifs, dans un sens restrictif¹⁷.

Sur le plan des textes, les nouvelles lois et la directive ministérielle rappellent que "la détention de cannabis reste une infraction, même si cette détention n'a lieu qu'en vue d'une consommation personnelle et qu'aucune circonstance aggravante n'est constatée"¹⁸.

Pour les usagers majeurs non problématiques et n'occasionnant aucune nuisance publique, les poursuites se limiteront à un enregistrement policier (anonyme), destiné à un recueil de données.

Toutefois, si l'auteur de l'infraction n'a pas de résidence ou de domicile fixe en Belgique, ou si l'infraction porte sur la culture de plants femelles de cannabis ou si elle a lieu dans un arrondissement dans lequel l'auteur de l'infraction n'est pas domicilié, un procès-verbal ordinaire sera dressé.

De même, il y aura procès-verbal s'il y a indica-

tion de consommation problématique, nuisances publiques ou circonstances aggravantes parmi lesquelles la consommation en présence de mineurs.

La notion de consommation problématique est définie “ comme un usage qui s’accompagne d’un degré de dépendance (au cannabis) qui ne permet plus à l’utilisateur de contrôler son usage, et qui s’exprime par des symptômes physiques ou psychiques ”.

La notion de nuisances publiques recouvre la détention de cannabis dans un établissement scolaire, pénitentiaire, dans les locaux d’un service social, etc.

Une récente analyse critique de ces mesures¹⁹ conclut sur “ un chantier de grands travaux inutiles ” : “ l’échafaudage juridique mis en place pour continuer à incriminer la détention de cannabis tout en évitant la poursuite de certains usagers ainsi que la communication contradictoire du gouvernement sur le contenu des réformes rendent la lecture des textes extrêmement périlleuse au point qu’il est difficile aujourd’hui de distinguer ce qui est interdit de ce qui ne l’est pas ”¹⁹.

BIBLIOGRAPHIE

1. Cannabis, un stupéfiant à démystifier, La Recherche, n° 287, mai 1996
2. Costentin J : Données neurobiologiques récentes sur le cannabis. Drogues illicites d’aujourd’hui et santé. Bull Acad Nat Méd 2002 ; 186
3. Chollet-Przednowed E : Cannabis : le dossier. Paris, Gallimard, 2003
4. INSERM, Expertise Collective : Cannabis, quels effets sur le comportement et la santé. Paris, Inserm, 2001
5. Roques B : La dangerosité des drogues, rapport au Secrétariat d’Etat à la santé. La documentation française. Paris, Odile Jacob, 1999
6. Le cannabis : positions pour un régime de politique publique pour le Canada : rapport du comité spécial du Sénat sur les drogues illicites, septembre 2002
7. Postel-Viney O : Le dossier du cannabis. Les scientifiques sont d’accord ! La Recherche, 2003 ; 362 : 26-32
8. Bruneton J : Pharmacognosie. Paris, Tec & Doc, 2003 : 447-56
9. Dewick PM : Medicinal natural products, a biosynthetic approach, 2nd edition. Chichester, England, John Wiley & sons Ltd, 2002 : 86-89
10. Nuss Ph, Ferreri M : Le cannabis : données scientifiques récentes. Entretiens de Bichat, 2001
11. National Institute on Drug Abuse : www.drugabuse.gov
12. Marie P : Psychose et cannabis : La psychose cannabique en question. Nervure 2002, Tome XV ; 5 : 27-30
13. Dequordo et al : Patterns of substances abuse in schizophrenia : nature and significance. J Psychiat Res 1994 : 28 ; 267-75
14. Articles 35 et 37bis de la loi relative à la police de la circulation routière
15. Marijuana and medicine, assessing the science base, Institute of medicine. The National Academy of Science, 1999
16. <http://annualreport.emcdda.eu.int>
17. Les lois du 4 avril 2003 et du 3 mai 2003 (modifiant la loi du 24 février 1921 concernant le trafic des substances vénéneuses, soporifiques, stupéfiantes, désinfectantes et antiseptiques et l’article 137 du Code d’instruction criminelle) ont été publiés au Moniteur belge du 2 juin 2003, ainsi que l’arrêté royal du 16 mai 2003 et la directive ministérielle du 16 mai 2003 relative à la politique des poursuites en matière de détention et de vente au détail de drogues illicites.
18. Directive ministérielle, III.2.1
19. Guillaïn Ch : La politique pénale du gouvernement arc-en-ciel en matière de drogues. Bruxelles, Courrier hebdomadaire du CRISP, 2003 ; 1796

Pour en savoir plus

www.ofdt.fr/accueil.htm, site de l’Office français des drogues et des toxicomanies (OFDT)

Correspondance et tirés à part :

J.P. JACQUES
Avenue Jupiter 101
1190 BRUXELLES

Travail reçu le 4 août 2003 ; accepté dans sa version définitive le 16 février 2004.