

9.2 Cannabis

Olivier Le Nézet

Le cannabis est le nom générique de la plante consommée sous forme d'herbe (marijuana), de résine (haschisch) et plus rarement d'huile. L'espèce de cannabis la plus répandue est le *Cannabis sativa* (chanvre indien) et ses effets neuropharmacologiques sont essentiellement dus au delta9-tetra-hydro-cannabinol (Δ^9 -THC). L'herbe et la résine se fument généralement sous forme de « joint » (cigarette roulée contenant aussi du tabac). Une frange d'utilisateurs inhale parfois la fumée du cannabis chauffé sans combustion, à l'aide d'une pipe à eau ou « bang », démultipliant ainsi les effets du produit. Plus marginalement, le cannabis peut aussi être ingéré, incorporé dans des préparations alimentaires (gâteaux, « space-cakes ») ou bu (infusions).

Le cannabis possède des effets euphorisants, désinhibants et relaxants. Comme d'autres produits psychoactifs, sa consommation peut s'accompagner de troubles psychiatriques aigus, mais aussi, dans le cadre d'utilisateurs chroniques, de troubles anxieux et dépressifs comme les troubles psychotiques sans présager nécessairement du lien de causalité (voir chapitre 3.5). La consommation régulière de cannabis peut induire une dépendance chez certains usagers. Elle se traduit par des symptômes physiques de sevrage à l'arrêt (agitation, irritabilité, anxiété, céphalées, perturbations du sommeil, troubles digestifs, etc.) se mêlant éventuellement à ceux de l'arrêt du tabac. Ceux-ci régressent après une ou plusieurs semaines et c'est essentiellement la dépendance psychique, plus durable, à l'origine de l'envie répétée de reprendre du cannabis, qui constitue une limite à l'interruption des consommations [212]. Il est classé comme produit stupéfiant en France.

PRODUIT ILLICITE LE PLUS CONSOMMÉ EN FRANCE

Alors que le cannabis est le produit illicite le plus consommé en Europe, la France est l'un des pays où les niveaux d'usage sont les plus élevés, notamment parmi les adolescents.

En 2010, on estime qu'environ 13,4 millions de personnes ont déjà consommé du cannabis au moins une fois dans leur vie, soit un cinquième de la population (tableau 1). Les usagers réguliers sont dix fois moins nombreux.

Tableau 1 - Estimation du nombre de consommateurs de cannabis en France métropolitaine parmi les 11-64 ans en 2011

Expérimentateurs	dont actuels	dont réguliers
13,4 millions	3,8 millions	1,2 million

Expérimentateurs : personnes ayant déclaré avoir consommé au moins une fois au cours de leur vie

- Actuels : consommateurs dans l'année

- Réguliers : au moins 10 consommations de cannabis dans le mois

Sources : Baromètre santé 2010, ESCAPAD 2011, ESPAD 2011, HBSC 2010

215

Stabilisation des usages chez les adultes

En 2010, par rapport à 2005, davantage de personnes avaient déjà fumé du cannabis (33 % contre 29 %). Toutefois, cette légère hausse de l'expérimentation tient principalement au fait que les personnes nées après 1976 ont plus souvent testé le cannabis que leurs aînées (tableau 2).

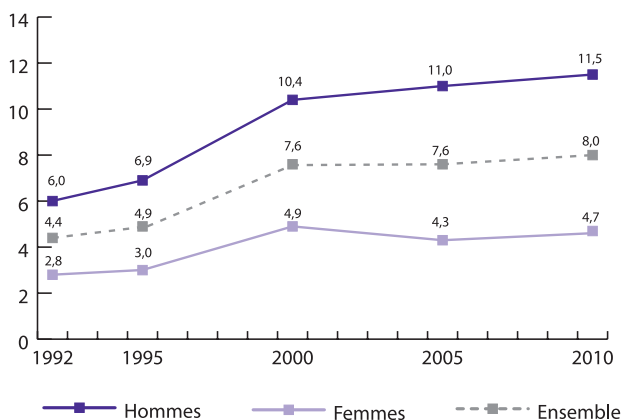
Tableau 2 - Usages de cannabis selon l'âge et le sexe parmi les 18-64 ans en 2010 (%)

%	Ensemble	18-25 ans	26-34 ans	35-44 ans	45-54 ans	55-64 ans	Hommes	Femmes
Expérimentation	32,9	47,3	51,8	38,0	22,6	10,1	40,6	25,4
Usage au cours de l'année	8,0	22,8	13,8	5,1	2,4	0,8	11,5	4,7
Usage au cours du mois	4,4	13,2	7,5	2,8	1,0	0,2	6,6	2,2
Usage régulier	2,1	6,3	4,1	1,2	0,5	0,1	3,4	0,9
Usage quotidien	1,1	3,1	2,1	0,7	0,3	0,1	1,7	0,5

Lecture : 47,3 % des personnes de 18 à 25 ans ont déjà consommé du cannabis au cours de leur vie

Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Graphique 1 - Usage de cannabis au cours des 12 derniers mois parmi les 18-64 ans entre 1992 et 2010 (%)



Source : Baromètre santé 2010 (INPES)

Concernant l'usage de cannabis au cours de l'année, il se stabilise depuis 2000, après avoir presque doublé au cours des années 1990 (graphique 1). En 2010, il s'établit à 8 % (12 % parmi les hommes, 5 % parmi les femmes). Les jeunes adultes de 18 à 25 ans consomment même moins souvent du cannabis qu'au début de la dernière décennie, avec 13 % d'utilisateurs récents contre 16 % en 2000. De façon générale, les hommes demeurent plus nombreux que les femmes à avoir déjà fumé du cannabis (41 % contre 25 % en 2010), et cet écart a tendance à s'accroître au fur et à mesure que les usages s'intensifient.

À âge donné, les actifs qui ont un emploi ont moins souvent consommé du cannabis (20 % d'utilisateurs dans l'année parmi les 18-25 ans de cette catégorie) que les chômeurs ou les étudiants (25 % parmi les 18-25 ans de ces deux catégories). Parmi les actifs de 18-64 ans en emploi, les cadres et les ouvriers ont les niveaux d'usage les plus élevés (respectivement 9 % et 8 % d'usage dans l'année), tandis que les agriculteurs ont les plus faibles (4 %).

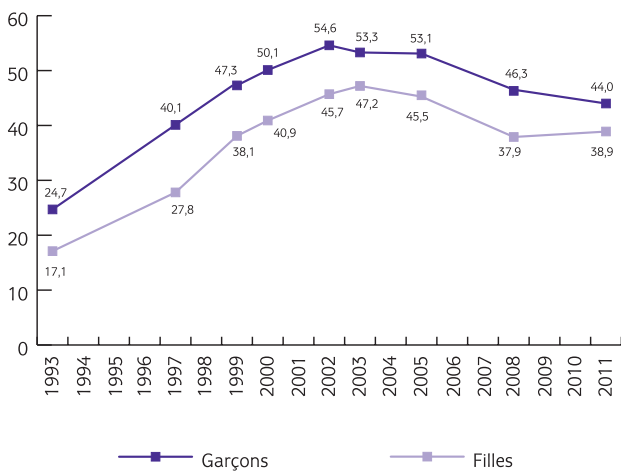
Dans des groupes spécifiques d'utilisateurs précaires, comme ceux fréquentant les CAARUD, le cannabis est très présent ; il s'agit en effet, avec l'alcool, du produit le plus consommé puisque 7 usagers sur 10 en ont consommé au cours du dernier mois [33].

Un produit consommé d'abord par les adolescents

Comme pour les adultes, le cannabis est la première substance illicite consommée par les adolescents. En 2010 comme en 2006, un collégien sur dix en a déjà fumé et l'expérimentation progresse rapidement durant les « années collège ». De marginale en classe de 6^e (1,5 %), l'initiation au cannabis devient moins rare : elle touche pratiquement un adolescent sur quatre en 3^e.

À la fin de l'adolescence, en 2011 comme en 2008, 41,5 % des jeunes de 17 ans déclarent avoir déjà fumé du cannabis. Cette stagnation intervient après une baisse particulièrement forte observée entre 2005 et 2008 (graphique 2).

Graphique 2 - Évolution de l'expérimentation de cannabis à 17 ans, 1993-2011 (%)



Sources : INSERM 1993 ; ESPAD 1999 (INSERM/OFDI/MJENR) ; Enquêtes ESCAPAD (OFDI)

Les garçons expérimentent le cannabis plus souvent que les filles, mais l'écart se réduit depuis 2008. En 2011, alors que 39 % des filles de 17 ans en ont déjà consommé, cette proportion atteint 44 % pour les garçons. Comme chez les adultes, l'usage est d'ailleurs d'autant plus masculin que la fréquence est élevée. Ainsi, les garçons sont presque trois fois plus nombreux que les filles à consommer régulièrement du cannabis (tableau 3).

Tableau 3 - Usages de cannabis à 17 ans par sexe en 2011 (%)

	Expérimentation (1)	Usage dans l'année	Usage dans le mois	Usage régulier (2)	Usage quotidien
Filles	38,9	31,2	18,5	3,4	1,4
Garçons	44,0	37,8	26,3	9,5	4,5
Total	41,5	34,6	22,4	6,5	3,0

(1) au moins un usage au cours de la vie

(2) 10 usages ou plus au cours des 30 derniers jours

Note : Attention, les chiffres ne s'additionnent pas en ligne. Par exemple, les 1,4 % de filles qui consomment quotidiennement du cannabis font partie des 3,4 % qui ont un usage régulier. Elles-mêmes sont incluses dans les 18,5 % qui déclarent un usage récent, etc.

Sources : ESCAPAD 2011 (OFDT)

Comme pour l'alcool, la consommation de cannabis chez les jeunes a lieu en grande majorité le week-end ou lors d'événements (anniversaires, fêtes, etc.), où elle est plus intense. Mais il existe d'autres contextes d'usages (durant la semaine, le matin avant d'aller en cours, en solitaire...), qui sont des éléments pris en compte dans la mesure des usages problématiques (voir encadré).

LES FRANÇAIS PARMIS LES PLUS CONSOMMATEURS EN EUROPE

Drogue illicite la plus répandue en Europe, le cannabis a été expérimenté par environ 77 millions d'Européens de 15 à 64 ans, soit environ un quart de cette population. La plupart des pays rapportent des niveaux d'expérimentation compris entre 10 % et 30 % et des niveaux d'usage au cours de l'année entre 3 % et 10 %. La France appartient au groupe de pays où la prévalence au cours de l'année est la plus élevée : 8,4 % des 15-64 ans (contre 9,6 % pour l'Espagne, 8,9 % pour la République tchèque et 8,4 % pour le Royaume-Uni) [90, 179].

L'enquête ESPAD menée auprès des 15-16 ans indique une relative stabilisation de la consommation de cannabis dans de nombreux pays européens. En 2011, ce sont les Tchèques qui ont la proportion la plus élevée de jeunes déclarant avoir expérimenté le cannabis, juste avant les Français (42 % contre 39 %). Concernant l'usage au cours du mois, ces derniers se distinguent par la prévalence la plus élevée d'Europe (24 %), niveau trois fois supérieur à la moyenne de l'ensemble des pays (7 %).

DES MOTIVATIONS À CONSOMMER TRÈS DIVERSES

Quels sont les motivations des personnes qui consomment très régulièrement du cannabis ? Une enquête qualitative [207], menée en 2005 auprès de 70 personnes consommant plus de dix fois par mois (et souvent quotidiennement) du cannabis, a permis de cerner la multiplicité des raisons mises en avant et des effets recherchés. Se relaxer, partager, faire la fête, par habitude, pour dormir, se défoncer... Autant de motifs mis en avant par les usagers qui pourraient apparaître contradictoires. L'analyse des entretiens montre que, finalement, les fonctions sont variables d'un individu à l'autre mais aussi d'un contexte à l'autre. C'est donc ce contexte et la disposition d'esprit au moment de la prise qui vont conditionner en grande partie le type d'effets obtenus, qu'ils

soient du registre récréatif, de celui du dopage ou à caractère autothérapeutique. Chez ces consommateurs, souvent intensifs, l'usage a le plus souvent démarré hors contexte festif dans le cadre de la sociabilité quotidienne, d'autant qu'ils fréquentent le plus souvent des cercles sociaux où les fumeurs de cannabis sont majoritaires. La consommation se poursuit ensuite sur un mode davantage solitaire, comme un moment de détente, ou intégrée aux activités banales.

Les risques sociaux et psychologiques de l'usage sont perçus comme mineurs par ces usagers réguliers qui, dans le même temps, expriment une inquiétude non négligeable vis-à-vis des conséquences somatiques, comme les risques pulmonaires et respiratoires.

UN MARCHÉ EN MUTATION

Depuis le milieu des années 2000, le marché du cannabis en France est en pleine mutation (voir chapitre 7.3) dans un contexte où la cannabiculture s'accroît également avec le développement de produits plus dosés.

La cannabiculture en hausse

En France, comme dans le reste de l'Europe, on constate un engouement croissant des usagers pour l'herbe de cannabis, qui semble de plus en plus disponible. Au moins 40 % de la consommation de cannabis serait désormais constituée d'herbe et 12 % de cette herbe serait directement produite en France, soit 32 t, selon une estimation réalisée en 2005 [25]. Cette culture d'herbe serait majoritairement le fait d'usagers cultivant pour eux-mêmes. Leur nombre est estimé à 80 000 en 2010 [12]. Les données de 2005, pas directement comparables avec celles de 2010,

estimaient à 200 000 le nombre de personnes ayant déclaré se procurer occasionnellement du cannabis par le biais de la cannabiculture. Dans la grande majorité des cas, l'objectif de ces usagers est de satisfaire une consommation personnelle. Le recours à la cannabiculture a aussi pour objectif d'échapper aux contacts avec les dealers et les services répressifs.

Par ailleurs, des associations officieuses à but non lucratif de cultivateurs-consommateurs, surnommés cannabis social clubs, se rendent de plus en plus visibles. Il s'agit pour ces groupes d'usagers de mutualiser leurs moyens afin de produire leur propre consommation tout en cherchant à peser dans le débat sur le statut du produit.

Hormis ces initiatives de particuliers, plusieurs affaires judiciaires font apparaître que la physionomie de l'offre d'herbe de cannabis est en train de se modifier. Il semble que certains milieux criminels s'intéressent à la production intensive de cannabis, avec le développement du phénomène des cannabis factories, sur le modèle des Pays-Bas et de la Belgique, qui voit des groupes criminels structurés se lancer dans la production d'herbe à grande échelle [230] (voir chapitre 7.3).

Des produits plus dosés et la concurrence des produits de synthèse

Cette évolution répond à la volonté des usagers de cannabis de disposer de produits de « meilleure qualité » que la résine que l'on trouve communément sur les marchés illicites. Cette recherche se traduit par une présence accrue de variétés d'herbe, telles l'Amnesia, l'Hase ou la Sinsemilia, plus riches en THC [37]. Ainsi, selon les analyses des Douanes, la pureté de l'Amnesia tournerait autour de 20 % alors que la teneur moyenne des taux de THC retrouvés dans l'herbe s'élève plutôt à 10 % [120]. Pour la Sinsemilia, une variété d'herbe produite aux Pays-Bas et en Belgique et de plus en plus consommée en France, les taux de THC peuvent dépasser 20 % et parfois même 35 % [230]. Face à ces évolutions du marché, les trafiquants de résine de cannabis tendent à s'adapter aux évolutions de la demande en proposant des résines plus dosées. Ainsi, depuis 2005, la teneur moyenne de THC des résines analysées serait passée en cinq ans de 9 % à 11 %. En 2012, des saisies de variétés de résine de cannabis fortement dosées (20-25 %), conditionnées sous forme d'ovules et de boules, ont été observées [178].

En outre, l'offre de produits de synthèse vendus sur Internet et imitant les effets des drogues illicites a pris un certain essor. Depuis 2009, des cannabinoïdes de synthèse (comme le Spice) ont été identifiés en France.

RISQUES ET EFFETS POUR LA SANTÉ

Les risques de la consommation de cannabis apparaissent clairement différents en fonction de l'usage : récréatif, compulsif, en petites quantités ou de façon intensive. Les risques liés à des usages aigus ou chroniques du cannabis sont de mieux en mieux connus. À court terme, la prise de cannabis altère la perception, l'attention et la mémoire immédiate, troubles susceptibles de perturber la réalisation de tâches tels la conduite automobile ou le travail scolaire des plus jeunes. À un niveau de consommation élevé, apparaît le risque de dépendance – psychique surtout – et peuvent survenir des problèmes relationnels, scolaires et professionnels. L'usage régulier de cannabis peut, par ailleurs, accompagner ou aggraver l'apparition de troubles psychiatriques [62] (voir encadré dans chapitre 3.5).

En France, l'usage thérapeutique du cannabis reste illicite à la différence entre autres de plusieurs États des États-Unis, du Canada, de l'Australie, du Royaume-Uni, de la Finlande, des Pays-Bas, de la Belgique, de l'Allemagne, de l'Italie et de l'Espagne. Il existe toutefois le Marinol® (dronabinol), un médicament contenant du THC synthétique, sous forme de gélules. Il est autorisé dans des indications très limitées (comme les douleurs de la sclérose en plaques ou les nausées liées aux chimiothérapies résistantes aux thérapeutiques disponibles) et dans le cadre très restrictif d'autorisations temporaires d'utilisation (ATU) nominatives délivrées par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) [62]. Enfin, début 2013, le ministère de la Santé a souhaité que l'ANSM puisse étudier le dossier du Sativex®, un médicament obtenu à partir d'extraits de cannabis. Une demande d'autorisation de mise sur le marché de ce spray, disponible ailleurs en Europe et qui permet de soulager les douleurs de certains patients atteints de sclérose en plaques, ne pourrait être effectuée qu'après la modification d'un décret relatif à l'interdiction de la commercialisation de tout médicament dérivé du cannabis.

REPÉRAGE DES USAGES PROBLÉMATIQUES

L'usage problématique de cannabis peut être appréhendé comme un « usage susceptible d'induire des dommages sanitaires et sociaux importants pour soi ou pour autrui » [14]. Il n'existe pas actuellement de données scientifiques suffisantes permettant d'établir le lien précis entre un niveau de consommation, l'existence d'une dépendance et celle de problèmes socio-sanitaires induits par l'usage de cannabis. Ce d'autant plus qu'une consommation « excessive » peut être à l'origine des troubles, comme elle peut en constituer les symptômes.

Toutefois, plusieurs outils de repérage de la dépendance ou de l'usage problématique existent, parmi lesquels le questionnaire CAST (Cannabis Abuse Screening Test). C'est une échelle à six items qui vise à dépister des usages problématiques en évaluant dans les 12 derniers mois la fréquence des événements suivants : l'usage hors contexte festif, les troubles de la mémoire, le fait d'être encouragé à réduire ou à arrêter l'usage de cannabis, les échecs dans les tentatives d'arrêt et les problèmes liés à la consommation de cannabis, selon cinq modalités de réponse (jamais, rarement, de temps en temps, souvent, très souvent) [184]. En 2011, au vu des résultats du CAST en population générale, 18 % des jeunes de 17 ans ayant consommé du cannabis au cours de l'année présentent un risque élevé d'usage problématique, voire de dépendance (23 % pour les garçons et 13 % pour les filles), ce qui correspond à 5 % de l'ensemble des adolescents de cet âge (7 % pour les garçons et 3 % pour les filles).

CAST (Cannabis Abuse Screening Test)

Au cours des 12 derniers mois	Jamais	Rarement	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
1. Avez-vous fumé du cannabis avant midi ?	0	1	2	3	4
2. Avez-vous fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?	0	1	2	3	4
3. Avez-vous eu des problèmes de mémoire quand vous fumiez du cannabis ?	0	1	2	3	4
4. Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous deviez réduire votre consommation de cannabis ?	0	1	2	3	4
5. Avez-vous essayé de réduire votre consommation de cannabis sans y arriver ?	0	1	2	3	4
6. Avez-vous eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (disputes, bagarres, mauvais résultats à l'école...) ? Lesquels ?...	0	1	2	3	4

Chaque réponse est associée à un nombre de points : « jamais » (0), « rarement » (1), « de temps en temps » (2), « souvent » (3) et « très souvent » (4). Le score est calculé par simple addition et varie donc de 0 à 24. En l'état actuel de la recherche, à partir des critères du DSM-IV, un score de 3 caractérise un risque modéré ou élevé de problèmes, et un score de 7 points un risque élevé d'usage problématique voire de dépendance.

UNE PRISE EN CHARGE DES CONSOMMATEURS À DIFFÉRENTS NIVEAUX

L'usage de cannabis conduit une partie des consommateurs à entrer en contact avec des structures ou des professionnels de santé. Ces usagers sont le plus souvent accueillis dans les Centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA). Ils sont aussi vus dans des services ou établissements hospitaliers sans centres spécialisés mais disposant de consultations ambulatoires en addictologie ou en médecine de ville.

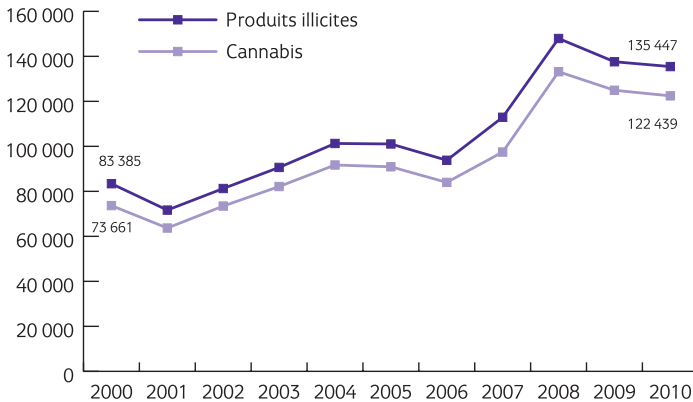
En 2010, les CSAPA ont reçu 38 000 personnes principalement consommatrices de cannabis [193]. Plus de la moitié d'entre elles ont été vues dans le cadre d'une consultation jeunes consommateurs (CJC), dispositif géré, à quelques exceptions près, par les CSAPA. Créées fin 2004, les CJC proposent un accompagnement aux jeunes usagers de cannabis (l'âge moyen des consultants avoisinant 23 ans) ainsi qu'à leurs familles. Bien qu'elles aient d'abord été centrées sur ce produit, au point d'être couramment qualifiées de « consultations cannabis », elles ont vocation à prendre en compte toutes les substances relevant de l'addictologie (alcool, cannabis, cocaïne, psychostimulants, etc.), ainsi que les addictions sans produit (jeux, Internet, etc.). En pratique, le dispositif touche une majorité d'usagers de cannabis (92 %). La moitié du public reçu à la CJC est adressée par la justice : parmi eux, les jeunes majeurs (18-25 ans), de sexe masculin, consommateurs occasionnels de cannabis, sont majoritaires [172]. Environ un tiers du public présente, à l'inverse, une dépendance au cannabis : il s'agit souvent de consultants plus âgés, venus spontanément ou adressés par un professionnel de santé. Cette frange du public comprend en outre une part plus importante de femmes. En dehors des CSAPA, des consommateurs de cannabis peuvent également être vus par des médecins généralistes. En 2009, 59 % d'entre eux déclarent avoir reçu en consultation au moins un patient au cours de l'année pour usage de cannabis [110].

Des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants peuvent être ordonnés à des personnes interpellées pour détention et usage de stupéfiants. Sur la période 2007-2011, 1 800 à 1 900 stages ont été mis en place, en métropole et dans les DOM, ce qui correspond à 18 000 ou 19 000 usagers de stupéfiants concernés depuis 2008, dont 94 % pour la consommation de cannabis [176].

PREMIÈRE SUBSTANCE EN CAUSE DANS LES INTERPELLATIONS POUR USAGE

Première substance illicite dans les consommations, le cannabis est de très loin le premier produit en cause dans les interpellations pour usage de stupéfiants, qui s'élèvent en 2010 à 122 439 (soit une hausse de 65 % par rapport à l'année 2000). Le cannabis est en cause dans 90 % de ces interpellations pour usage de stupéfiants (graphique 3). Cette proportion est constante depuis le début des années 2000.

Graphique 3 - Évolution des interpellations pour usage de cannabis et produits illicites (dont cannabis) par année, 2000-2010



Source : OSIRIS (OCRTIS)

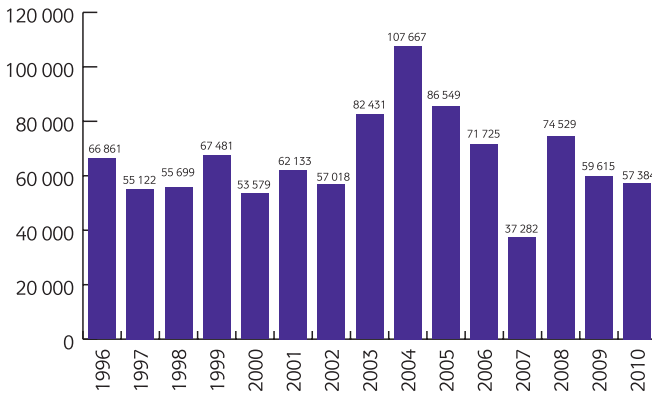
Les personnes interpellées pour usage de cannabis sont plus jeunes que les autres usagers interpellés (23,7 ans en moyenne en 2009, contre près de 30 ans pour les usagers de cocaïne, héroïne ou crack), et donc plus fréquemment étudiants ou lycéens. Comme pour les autres produits, ce sont plus souvent des hommes.

PRINCIPAL OBJET DU TRAFIC DE STUPÉFIANTS

En 2010, le cannabis est en cause dans 70 % des interpellations pour trafic, loin devant l'héroïne (16 %). Les cas de « petits trafics » (usage-revente ou trafic local) dominent, plus que pour l'héroïne ou la cocaïne.

En 2012, la quantité de cannabis saisie est d'environ 54,4 t. Ce niveau est assez stable depuis 2009, avec, à partir de cette date, une orientation à la baisse alors que de 2003 à 2005 les saisies avaient été particulièrement importantes (graphique 4). Depuis 2004, où le pic atteignait plus d'une centaine de tonnes, les saisies de résine de cannabis sont en baisse, à l'inverse de celles d'herbe. La plupart de la résine saisie en France est produite au Maroc et est importée sur le territoire essentiellement via l'Espagne (voir chapitre 7.3).

Graphique 4 - Évolution des quantités de cannabis saisies entre 1996 et 2010 (en kg)



Source : OSIRIS (OCRTIS)

Repères méthodologiques

Baromètre santé ; Baromètre santé médecins généralistes ; Base nationale STUPS ; ENaCAARUD ; Enquête CJC ; ESCAPAD ; ESPAD ; Évaluation des stages de sensibilisation aux dangers de l'usage de produits stupéfiants ; HBSC ; OEDT ; OSIRIS ; Rapports d'activité des CSAPA ; TREND Enquête « Les habitués du cannabis ».