Le cannabis en Suisse :
Enjeux et solutions envisagées
Immersion en communauté 2012

Romana Zampa, Amélie Salomon, Maude Decrauzat & Véronique Guerne

HEdS - filière Nutrition & Diététique

« Joint » 2012

Travail supervisé par : Emmanuel Kanbengele
Table des matières

Remerciements .............................................................................................................. 4
Introduction .................................................................................................................. 5
Aspects théoriques ....................................................................................................... 5
1. Problématique ........................................................................................................... 5
2. Méthodologie ........................................................................................................... 6
   2.1. Objectifs intermédiaires pour chaque semaine ............................................... 9
3. Qu’est-ce que le chanvre ? ..................................................................................... 10
4. Repères historiques et points clés ......................................................................... 10
5. Le chanvre, une plante universelle ........................................................................ 12
   5.1. Utilisation thérapeutique ............................................................................... 12
   5.2. Industrie textile, alimentaire et cosmétique .................................................. 14
   5.3. Un produit psychotrope ................................................................................ 14
6. Le chanvre, un produit psychotrope ...................................................................... 15
   6.1. Propriétés du cannabis .................................................................................. 15
   6.2. Pharmacocinétique ....................................................................................... 16
       6.2.1. Absorption ............................................................................................. 16
       6.2.2. Distribution ............................................................................................ 16
       6.2.3. Métabolisme ........................................................................................... 16
       6.2.4. Excrétion ................................................................................................ 16
   6.3. Système de récompense .................................................................................. 16
   6.4. Adaptations ..................................................................................................... 17
   6.5. Drogue dure ou drogue douce ? ..................................................................... 17
   6.6. Polytoxicomanies: THC, nicotine et alcool ..................................................... 18
   6.7. Utilisation récréative ....................................................................................... 18
7. La théorie du tremplin ............................................................................................ 19
8. Population ................................................................................................................. 20
   8.1. La première consommation ............................................................................. 21
   8.2. Les différences de consommation selon l’âge ................................................ 22
   8.3. Consommation de cannabis et régions linguistiques suisses ....................... 23
   8.4. Consommation et contexte social .................................................................... 24
   8.5. Consommation d’alcool et de tabac ............................................................... 24
   8.6. Cannabis et autres drogues illégalas ............................................................... 24
   8.7. Tendances européennes .................................................................................. 26
   8.8. Facteurs de risques ........................................................................................ 26
9. Répercussions sur la santé ....................................................................................... 27
   9.1. Les effets à court terme .................................................................................. 28
   9.2. Les effets à long terme .................................................................................... 28
       9.2.1. Risques somatiques ............................................................................... 29
       9.2.2. Risques psychologiques et psychiatriques ......................................... 29
       9.2.3. Risques cognitifs .................................................................................... 30
       9.2.4. Risques sociaux ...................................................................................... 30
       9.2.5. Autres risques ....................................................................................... 31
   9.3. Dépendance ..................................................................................................... 31
   9.4. Cannabis et conduite ....................................................................................... 32
10. La législation .......................................................................................................... 34
10.1. Loi suisse sur les stupéfiants et substances psychotropes (LStup) ........................................ 34
10.2. LStup et cannabis .................................................................................................................. 35
10.3. Les substances concernées ................................................................................................. 36
10.4. Et ailleurs ? ......................................................................................................................... 39
10.4.1. Nos voisins les Français ................................................................................................. 39
10.4.2. Le cas de la Hollande ..................................................................................................... 39
10.4.3. Et les autres ? ................................................................................................................ 40
10.4.4. Actualité dans le monde ................................................................................................. 40
10.5. Problématiques de la politique actuelle ......................................................................... 40
10.5.1. Dépénalisation .............................................................................................................. 41
10.5.2. Légalisation .................................................................................................................. 42
11. Le marché du cannabis ....................................................................................................... 42
11.1. Culture de la plante de cannabis ...................................................................................... 42
11.2. Le marché dans le monde ................................................................................................. 43
11.2.1. Production ................................................................................................................... 43
11.2.2. Trafic .......................................................................................................................... 44
12. Le marché en Suisse ............................................................................................................ 44
12.1. Production en Suisse ......................................................................................................... 44
12.2. Le marché noir ................................................................................................................. 45
12.3. Le prix du chanvre ............................................................................................................ 46
12.4. Magasins de chanvre ........................................................................................................ 46
12.5. Accessibilité ...................................................................................................................... 47
13. La Santé publique ................................................................................................................. 47
13.1. Prévention ......................................................................................................................... 47
13.1.1. Pour qui ? ..................................................................................................................... 48
13.1.2. Quoi ? ........................................................................................................................ 49
13.1.3. Les buts ..................................................................................................................... 49
13.1.4. Comment ? ................................................................................................................ 49
13.2. La prévention au niveau fédéral ..................................................................................... 50
13.2.1. Les acteurs ................................................................................................................ 51
13.3. Rôle de l’OFSP .................................................................................................................. 51
13.3.1. L’OFSP et la prévention du cannabis ......................................................................... 51
13.3.2. L'intervention précoce ............................................................................................... 52
13.4. Tour d’horizon des actions de prévention en Suisse ....................................................... 54
13.4.1. Canton de Vaud ......................................................................................................... 55
13.4.2. Canton du Valais ....................................................................................................... 55
13.4.3. Canton de Neuchâtel ................................................................................................. 55
14. Les Soins ............................................................................................................................... 57
14.1. Les traitements .................................................................................................................. 57
14.2. La prise en charge ............................................................................................................. 58
14.3. La thérapie ....................................................................................................................... 58
14.4. Les modèles thérapeutiques ............................................................................................ 60
14.5. Les médicaments .............................................................................................................. 61
14.6. Le sevrage ......................................................................................................................... 61
14.7. Les coûts d'une prise en charge ..................................................................................... 61
14.8. Exemple d'une prise en charge : Drop'In ...................................................................... 61
15. Enjeux éthiques et droits fondamentaux ......................................................................... 62
15.1. L’éthique ........................................................................................................................... 62
15.2. Enjeux éthiques en lien avec la problématique ............................................................... 63
15.2.1. Autonomie .................................................................................................................. 63
15.2.2. Bienfaisance et non-malfaisance .............................................................................. 64
15.3. Les droits Humains fondamentaux ................................................................. 64
  15.3.1. Egalité ........................................................................................................... 64
  15.3.2. Dignité ......................................................................................................... 65
  15.3.3. Solidarité .................................................................................................... 65
  15.3.4. Notre réflexion ............................................................................................ 65

16. Conclusion .............................................................................................................. 66

Aspects pratiques : Immersion en communauté ....................................................... 67

17. Activités sur le terrain ........................................................................................... 67

18. Les personnes concernées .................................................................................... 67

19. Les personnes contactées ..................................................................................... 68

20. Les personnes rencontrées .................................................................................... 68

21. Synthèse de nos interviews et idées fortes ressorties ........................................ 69
  21.1. Les consommateurs de cannabis ..................................................................... 69
  21.2. Les proches des consommateurs .................................................................... 70
  21.3. Les professionnels de santé .......................................................................... 71
  21.4. Le représentant de la Justice (chef de la police jurassienne) ....................... 71
  21.5. Les professionnels de la prévention (Drop’in) ............................................. 72
  21.6. Les personnes annexes (pasteur, personne âgée, enseignant, maître d’apprentissage) .......................................................... 72

22. Discussion ............................................................................................................... 73

23. Conclusion .............................................................................................................. 76

Bibliographie ............................................................................................................. 77

Annexes ....................................................................................................................... 81
Remerciements

Nous remercions sincèrement toutes les personnes qui nous ont aidées et qui ont contribués à notre travail. Tout d’abord merci à notre tuteur, Emmanuel Kanbengele, pour nous avoir soutenu dans notre projet. Nous remercions également les divers professionnels de la santé ou du domaine du cannabis et des drogues qui ont pu nous renseigner sur notre problématique, que ce soit par e-mail, téléphone ou par entretien :

- Dr. Tierry Chuard, docteur en chimie qui enseigne à l'université de Berne
- Sylvia Hügli, commis-greffe au Ministère public du canton du Jura
- Martin Büchi, délégué qui répond aux questions de l'OFSP
- M. Claude-François Robert, médecin cantonal du canton de Neuchâtel
- Mme Trojan, infirmière à Préalgranger (CNP)
- M. Meziane Lebik, médecin-chef d'une unité d'addictions dans un hôpital psychiatrique à Préalgranger (CNP)
- M. Clément Descoudres, référent psycho-social au Drop'In
- Valerie Wenger, coordinatrice au Drop'In
- Bruno Guerne, chef de la police de proximité, Neuchâtel
- M. Olivier Guénat, chef de la police du Jura

Ainsi que tous les consommateurs et personnes interrogées pour ce travail.

Un grand merci à Sébastien Borel, cameraman à la RTS, pour son temps consacré à notre montage vidéo.

Finalement, nous remercions nos familles pour leur soutien financier, matériel et moral.
Introduction

Dans le cadre d’un module de quatre semaines d’immersion en communauté qui regroupent des étudiants en médecine de 3ème bachelor et des étudiants en Nutrition et diététique de 2ème bachelor, il nous a été demandé de réaliser un travail de groupe sur une problématique de santé communautaire. Le travail consiste en une immersion en communauté, suivie d’un rapport écrit et d’une présentation orale. La problématique que nous avons choisie de traiter est la consommation de cannabis.

Aspects théoriques

1. Problématique

L’idée de ce sujet nous est venue pour plusieurs raisons. Nous avons premièrement voulu choisir un thème qui nous touchait de près. En effet, il est devenu courant de voir des adolescents ou des jeunes adultes fumer du cannabis dans la rue, aux abords des boîtes de nuit ou lors de fêtes diverses. L’idée de la banalisation de cette drogue dite « douce » nous semblait de plus en plus forte. De plus, il n’est actuellement pas rare de lire ou d’entendre des débats politiques, au sujet des effets et du trafic du cannabis. En effet, celui-ci est souvent l’acteur de nombreux titres médiatiques ou de débats enflammés dans diverses émissions comme A bon entendeur.

Encore ces derniers jours, on pouvait lire dans les journaux des politiques différentes. Premièrement, on entend parler des Pays-Bas, qui souhaitent fermer leurs portes au tourisme de la drogue en contrôlant la consommation de cannabis par le biais d’une « carte cannabis » uniquement délivrée aux habitants de la région. Cette mesure va entrer en vigueur dès janvier 2013. C’est une grande nouvelle de la part de ce pays, qui depuis longtemps est plus permissif que la plupart des pays européens en matière de cannabis.

En Suisse, la réglementation pourrait également être modifiée. En effet, on pouvait lire dans les journaux du 4 juin 2012 « Les petits fumeurs de joints pourraient échapper aux poursuites pénales en s’acquittant d’une amende de 100 Francs ». En acceptant (peut-être !) une dépénalisation de la possession de 10 grammes, la Suisse s’ouvre vers une politique moins restrictive.

En France par exemple, la ministre Mme Duflot a créé la polémique en se prononçant pour une dépénalisation du cannabis. En effet, le nouveau président François Hollande s’était positionné de manière négative concernant cette dépénalisation. Pourtant, il semble se montrer aujourd’hui plus ouvert à des propositions concernant cette thématique.

Avec ces quelques publications médiatiques, on se rend bien compte que la réponse quant à la dépénalisation du cannabis reste problématique.
Suite à cela, une première question nous est alors venue : « Que penser d'une éventuelle dépénalisation du cannabis en Suisse et quels effets cela pourrait avoir au niveau de la santé publique ? » Ensuite, d'autres questions nous sont venues en tête : « Que signifie concrètement ce terme de drogue douce ? », « Est-ce que si l'on va dans l'optique de la protection des consommateurs, ne serait-ce pas mieux que l'Etat puisse avoir un œil sur le marché ? », « Est-ce qu'une politique moins répressive et accompagnée d'une prévention plus marquée serait envisageable et permettrait une meilleure prise de conscience sur les effets de cette drogue ? », « Cette idée que nous avons de banalisation du cannabis a-t-elle engendré une augmentation de sa consommation durant cette décennie ? », et « Quels effets cette consommation précoce de cannabis peut avoir sur le développement psychique et physique de l'adolescent ? ».

Aussi, le cannabis ne semble plus seulement toucher que le domaine festif et récréatif puisque des personnes atteintes de certaines pathologies (sclérose en plaques) ou suivant certains traitements (chimiothérapie) l'utilisent à des fins thérapeutiques. « Pourquoi en sont-ils venus à cette automédication et quels sont les effets recherchés ? », « Etant un produit illégal, comment peuvent-ils s’en procurer et quelles sont les difficultés qu’ils rencontrent ? ».

2. Méthodologie

Dans ce chapitre, nous allons présenter la manière dont nous nous y sommes prises pour réaliser ce travail ainsi que notre organisation.

Pour commencer, nous avons réalisé un « brainstorming » traitant de la problématique du cannabis. A partir de là, nous avons pu créer une première table des matières avec les chapitres principaux. Nous nous sommes ensuite répartis ces différents chapitres.

Nous nous sommes intéressées à cette problématique sous plusieurs angles. Déjà, nous voulions connaître les effets qu’engendre une consommation plus ou moins longue de cannabis sur l’organisme. Pour se faire, nous avons dû connaître la composition de cette plante ainsi que le fonctionnement de son principal principe actif dans le corps. Nous nous sommes également intéressées aux soins éventuels qu’un consommateur de cannabis doit recevoir et la différence entre ceux-ci et ceux que recevrait un consommateur de drogues dites « dures » (héroïne, cocaïne). Aussi, nous avons tenté de synthétiser tout ce que disait la loi sur la consommation et vente de cannabis. Le but était alors de comprendre ce que risque le consommateur/vendeur au niveau judiciaire. Une autre approche que nous avons réalisée était celle de la santé publique et de la prévention. Qui dit santé publique dit évidemment épidémiologie. Ainsi, nous nous sommes intéressées à la population pour savoir qui étaient les plus touchés par cette consommation. Nous avons fait des recherches pour connaître l’évolution de la consommation de cannabis durant ces dernières décennies et connaître l’état actuel du marché, suisse avant tout, du cannabis. Finalement, nous nous sommes intéressées aux enjeux éthiques et droits humains fondamentaux que touche notre problématique.

1 Annexe I
Afin de récolter des informations, nous avons parcouru des sites Internet et nous sommes allées à la bibliothèque du Centre Médical Universitaire (CMU) de Genève. Nous avons chacune rédigé les chapitres qui nous étaient attribués tout en s’échangeant les informations que nous trouvions intéressantes pour les chapitres qui ne nous concernaient pas. En parallèle de la recherche et de la rédaction, nous avons réfléchi à une liste de personnes que nous souhaitions contacter pour des entretiens. Nous avons chacune fait des téléphones et rédigé des E-mails afin de pouvoir rencontrer des personnes à interviewer. Nous avons demandé à chaque fois à l’interlocuteur s’il était d’accord d’être filmé ou enregistré.

Afin d’organiser nos rendez-vous, nous avons créé un document qui faisait office d’agenda commun. Ainsi, nous savions quel jour nous pouvions prendre des rendez-vous pour des entretiens. Pour que cet agenda soit visible de nous 4 et mis à jour en temps réel, nous avons utilisé le programme « Dropbox ». Ce programme permet de sauvegarder des fichiers sur Internet et de les partager avec d’autres personnes. Ce programme était également utilisé pour le dépôt du rapport et des autres documents en lien avec le rapport. Ainsi, chacune avait accès aux documents.

Une fois les rendez-vous posés, nous travaillions les quatre ensembles pour créer un questionnaire d’entretien semi-directif personnalisé pour chaque interview. Ceci fait, nous nous sommes organisées pour être au minimum deux à chaque entretien selon nos disponibilités et nos préférences. Ainsi, pendant que l’une posait les questions à l’interlocuteur, l’autre pouvait remplir le questionnaire utilisé. Tous les entretiens ont été filmés ou enregistrés sauf trois, car les personnes en question n’étaient pas d’accord. Nous avons cependant pris des notes de ces trois entretiens, de la même manière que pour les autres.

Lorsque les entretiens étaient terminés, nous mettions au propre les notes concernant les réponses de la personne interviewée, et nous en faisions ressortir les points essentiels. Ceci nous a grandement aidé à compléter les apports théoriques.

Voici comment nous avons organisé notre travail pour la création du dossier.

Diagramme de flux

---

2 Annexe II
Au milieu de l’immersion, nous avons mis en commun les chapitres que chacune avait rédigés. Cela nous a permis de nous rendre compte de ce que nous avions et ce qu’il restait à faire. En parallèle de la rédaction, nous avons aussi séquencé les vidéos selon les différents thèmes qui étaient abordés durant l’entretien. Ce séquençage nous a permis de repérer les thèmes similaires, afin de préparer nos choix pour le montage vidéo. Pour celui-ci, nous avons contacté l’ami de l’une d’entre nous qui travaille en tant que cameraman à la Télévision Suisse Romande (RTS). C’est lui qui s’est chargé de faire le montage de la vidéo utilisée pour la présentation orale.

Voici comment nous avons organisé notre travail pour monter la vidéo :

![Diagramme de montage vidéo]

Au départ, pour notre présentation orale, nous pensions réaliser un reportage avec une vidéo de vingt minutes. Cependant, en discutant avec notre tuteur, nous nous sommes rendu compte que ceci pouvait être trop long et ennuyeux. Nous avons donc modifié notre idée en faisant un jeu de rôle entrecoupé des vidéos des entretiens pour compléter notre discourt.

Nous avons créé ensemble les textes du jeu de rôle sur la base d’une situation de la vie courante que nous avons inventée.

En ce qui concerne le poster, nous avons commencé à réfléchir à sa forme et à son contenu durant la troisième semaine, afin de faire les premiers achats. En effet, nous avons choisi de créer notre poster sous forme d’une plante de cannabis. La plante représente en même temps un tronc commun, c’est-à-dire le cannabis, et des branches qui correspondent aux différents domaines que le cannabis peut toucher, comme : la loi, la santé, l’économie, etc.

Pour cela, nous avons été acheter du matériel et nous en avons aussi récolté de chez chacune d’entre nous.

Lors de la dernière semaine, nous nous sommes réparti le travail pour réaliser le poster, finir la rédaction et la mise en page du rapport ainsi que revoir notre présentation orale afin que tout soit prêt pour le premier jour des présentations orales.
Ce tableau illustre notre méthodologie de travail :

2.1. Objectifs intermédiaires pour chaque semaine

- **Première semaine** :
  - répartition des thèmes
  - récolte des informations dans la littérature
  - recherche des personnes à contacter

- **Deuxième semaine** :
  - rédaction du rapport
  - réalisation des entretiens fixés

- **Troisième semaine** :
  - fin de la rédaction du rapport
  - choix des vidéos
  - montage vidéo
  - rédaction de la trame du jeu de rôle pour la présentation orale

- **Quatrième semaine** :
  - création du poster
  - finalisation du dossier écrit
  - finalisation et répétition de la présentation orale
3. Qu’est-ce que le chanvre ?

Le chanvre est une plante de la famille des Cannabinacées. C’est la seule espèce de cette famille mais elle présente plusieurs variétés. Les plus connues et utilisées actuellement sont le *Cannabis sativa* et le *Cannabis indica*, dit aussi chanvre indien. Ce sont des plantes annuelles herbacées à feuilles palmées, à croissance rapide et pouvant mesurer jusqu’à 1,50 mètres. Le *Cannabis sativa* est cultivé pour sa tige (fibre textile) et ses graines (chênevis pour les animaux et huile avec propriétés sédatives). Quant au *Cannabis indica*, il est utilisé pour sa fumée hallucinogène. Ces plantes sont dites dioïques (comportant des pieds mâles et des pieds femelles). En fait, il s’agit de deux variétés qui diffèrent seulement par leur teneur en substances psychotropes (tableau 1). Le principe actif présent dans la résine que forme cette plante est le THC (tétrahydrocannabinol). Le pourcentage de cette molécule dans la plante va de 0 à 0,3 % pour les variétés autorisées à plus de 10 % pour les variétés utilisées comme drogue. La résine qui contient le THC protège la plante de la dessiccation et forme de fin globules qui se logeront particulièrement sur les feuilles et fleurs femelles. Les cultivateurs de *Cannabis indica* vont alors sélectionner les parties femelles de la plante qui produiront davantage l’effet psychotrope recherché que les parties mâles.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Teneur en substances psychotropes (cannabinol) des variétés de chanvre en % de matière sèche</th>
<th>Variétés textiles autorisées</th>
<th>Cultures traditionnelles avant réglementation$^3$</th>
<th>Plants pour haschich</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>0 à 0,3%</td>
<td>Environ 2 %</td>
<td>10 à 20 %</td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

4. Repères historiques et points clés

L’origine géographique du cannabis ainsi que son histoire restent incertaines et varient selon les sources. Certains parlent d’une origine de l’Asie centrale, et d’autres évoquent la région du fleuve Jaune en Chine ou encore les contreforts indiens de l'Himalaya. Cependant, les plus anciennes traces archéologiques de son utilisation ont été retrouvées en Chine, et datent de 8000 av. J.-C.

En ce qui concerne son usage médical, la plus ancienne tradition est certainement chinoise également. En effet, le cannabis, avec ces effets antalgiques, antiémétiques et laxatifs, fait partie des trois cent soixante-cinq remèdes d’origine végétale présents dans le plus vieux traité de pharmacopée retrouvé. Sa variété *indica*, connue actuellement comme psychotrope, est donc bien connue par les chinois il y a 3000 ans. Ses effets inducteurs de délires hallucinatoires ont même été associés à des

$^3$ Dès le 1er mars 2005, le gouvernement suisse a interdit aux agriculteurs de donner du chanvre à consommer à leurs vaches, chèvres ou moutons afin de préserver la réputation et la qualité du lait suisse. En effet, dans le chanvre industriel utilisé comme fourrage, on retrouve des traces de THC.
rituels chamanistes. Cette variété semble avoir été diffusée dans les pays sous domination arabe, mille ans plus tard.

Dans l’Antiquité grecque et romaine, une variété de chanvre riche en fibres est utilisée pour la fabrication de vêtements ainsi que de voiles et de cordages servant à la marine. Puis, au Moyen Âge, Charlemagne va grandement encourager la culture du chanvre en France, toujours en raison de son utilité pour ses fibres. Il est donc supposé que cette variété de chanvre cultivée en Europe n’était pas la même que celle découverte en Asie pour ses vertus médicinales et hallucinogènes. Cela reste cependant une supposition car il est difficile de trouver des informations qui puissent clairement expliquer comment s’est déroulée la propagation de cette plante dans le monde. Aussi, la découverte en Europe de la plus ancienne pipe ayant contenu du chanvre date de 1500 av. J.-C. et a été retrouvée dans des tombeaux en Bavière. Cela tend donc à prouver que l’absorption de cette plante en Europe sous forme de fumée inhalée remonte à très longtemps.

En 751, après la bataille d’Atlah, les arabes découvrent, grâce à des prisonniers de guerre, la fabrication du papier à partir d’écorce de mûrier et de fibres de chanvre. Les Arabes ont en effet perfectionné la technique de fabrication du papier à partir de chanvre. Au XVIᵉ siècle, les arabes introduisent le chanvre en Europe qui servira à faire les premiers papiers du continent. Il semble que, l’agriculture du chanvre au Chili commence dans les années 1540. Aux XVIᵉ et XVIIᵉ siècles, le chanvre aura une place stratégique pour les puissances européennes. C’est encore ses qualités de matériau solide qui seront prises pour la fabrication de cordages, de câbles, d’échelles et de haubans construits de manière plus perfectionnée qu’au Moyen Âge. C’est également lors de cette période que la Hollande connaît un fort essor dans le commerce du chanvre. Dans les Caraïbes anglophones, le chanvre indica aurait été importé avec la main-d’œuvre indienne et serait arrivé en Amérique avec la colonisation. Les Mexicains l’ont également cultivé et ont commencé l’exportation des sommités fleuries vers le Texas dès 1910. C’est d’ailleurs aux Mexicains que l’on doit l’usage du mot marijuana qui, à l’origine, désigne une cigarette de mauvaise qualité. On entend donc ici que le chanvre utilisé à cette époque-là est utilisé pour ses vertus psychotropes.

Au XIXᵉ siècle, le cannabis est utilisé en Occident pour ses vertus médicales et sous forme de teinture. En Europe comme aux États-Unis, le chanvre a été l’un des médicaments les plus vendus par les pharmacies. Mais, à la fin du XIXᵉ siècle, son succès commença à déclinérer, suite à l’apparition et au fort succès d’autres médicaments tels que l’aspirine. Son usage textile a lui aussi été concurrencé par les fibres exotiques (jute, sisal, kenaf) et par des fibres synthétiques comme le nylon ainsi que par le coton. Aussi, l’industrie papetière a rapidement mis de côté le chanvre au profit du bois. Ce n’est donc plus que pour ses effets psychotropes que le chanvre est utilisé dès le début du XXᵉ siècle.

Durant les années 1920 et 1930, le cannabis envahit le marché noir aux États-Unis, surtout en Nouvelle-Orléans, et devient très populaire. L’accroissement dans le reste du monde de la production et du trafic de cannabis est alors préoccupant et plusieurs gouvernements commencent à s’inquiéter. En 1925, la convention internationale de Genève est acceptée par la plupart des pays mondiaux qui s’engagent à se battre contre le trafic de drogues. En 1937, une loi prohibant la possession et l’usage de
cannabis est promulguée aux États-Unis. Malgré ces interdictions, on voit une forte augmentation de son utilisation pendant les années 1950 et 1960, surtout parmi la scène jazz qui le rend très populaire. Dans les années 1960 en France, l'Inra (Institut national de la recherche agronomique) et la FNPC (Fédération nationale des producteurs de chanvre en France) démarrent un programme de sélection variétale pour mettre au point des plants de chanvre à faible teneur en THC. Le reggae, popularisé par Bob Marley, est aussi un vecteur direct d'idées pro-cannabis et contribue encore aujourd'hui à faire rayonner la marijuana malgré une législation défavorable de la plupart des pays. La Hollande, bien connue actuellement pour sa loi au niveau de la légalité du chanvre, ouvrira son premier « coffee shop » en 1972. La première conférence internationale sur le Cannabis à Amsterdam, avec la participation de la Jamaïque, des U.S.A., de la Hollande, de l'Allemagne, de l'Italie, et de la France notamment, aura lieu en 1980. De cette conférence ressortira une initiative pour la légalisation du cannabis. Cette initiative n'aboutira cependant pas. Peu d'informations concernant l'historique du cannabis en Suisse semblent exister. Cependant, en 1994, un jugement du Tribunal fédéral suisse propose que le chanvre consommé en petite quantité ne devrait pas rentrer en considération dans la loi. Aucun accord n'a cependant pu être trouvé concernant la quantité. L'année 2005 marque un tournant majeur dans l'histoire du cannabis car un assouplissement de la législation de certains pays, notamment le Canada et le Royaume-Uni, ont autorisé la prescription médicale de THC. Des laboratoires pharmaceutiques ont alors, pour la première fois, acheté du cannabis au Maroc qui est actuellement le pays évalué par l'ONU comme le principal producteur.

5. Le chanvre, une plante universelle

5.1. Utilisation thérapeutique

Depuis plusieurs centaines d’années, le cannabis est utilisé en médecine. C’est tout d'abord différents groupes ethniques et sociétés qui en ont fait usage. C’est au XVIIème siècle que le cannabis est entré dans la médecine occidentale pour les traitements de l’épilepsie, des migraines, des névralgies, des convulsions, des spasmes et autres algies. Pour diverses raisons (inconstance de l’activité thérapeutique du cannabis, difficulté de fixer le dosage, etc), les traitements ont disparus dans la première moitié du XXème siècle. C’est vers 1970, suite à divers travaux, que l'intérêt pour cette plante est réapparu. Un nombre élevé d’allégations concernant les bienfaits thérapeutiques ont engendré de plus en plus de thérapeutes en faveur de l’emploi du cannabis pour traiter certaines maladies physiques et psychiques. Les effets sont réputés pour être antalgiques, myorelaxants, euphorisants, orexigènes, antispasmodiques ou stimulants. C’est surtout vers la fin des années 1960, suite à l’explosion de la consommation récréative que la valeur thérapeutique a été renforcée.

Aujourd'hui encore, certains malades utilisent spontanément le cannabis en tant que remède à leur souffrance, ou pour atténuer les effets secondaires à certains traitements lourds. Cependant, il y a un manque d’études scientifiques pour pouvoir
le certifier. Il faut donc d’autres études pour pouvoir valider certaines indications, notamment :

- un effet anti-nauséieux suite à l’inhalation dans les traitements de chimiothérapie chez les cancéreux
- le même effet chez les patients sidéens
- un effet oréxigène pour ce même type de patients
- un effet anticonvulsivant pour traiter les atteintes à la colonne vertébrale, la sclérose en plaque, l’épilepsie et d’autres maladies
- un effet analgésique pour traiter la souffrance chronique (cancer, migraine, rhumatisme, et maladies auto-immunes)
- un effet positif sur la pression intra-occulaire pour des thérapies anti-glaucome
- un effet positif sur les troubles du sommeil

Il semblerait, d’après des études faites sur des animaux, que l’augmentation de l’appétit (et donc de la prise de nourriture) est présente lorsque la dose administrée n’est pas trop élevée car sinon c’est l’aspect sédatif qui prend le dessus. (D’après Wiley et al., British journal of pharmacology, 2005)

Le problème actuellement repose sur le fait que la loi interdit le cannabis, et dans ce cas les prescriptions deviennent compliquées. Car il est difficile de dissocier si le cannabis sera utilisé à des fins thérapeutiques ou plutôt pour une consommation récréative. L’utilisation du cannabis pour les soins reste très minime comparée à celle pour ses effets psychotropes. De plus, le manque d’études joue en défaveur de l’utilisation du cannabis dans les soins actuels. Même si d’après beaucoup de témoignages, inhaler du cannabis peut avoir un effet positif dans certaines situations (nausées, perte d’appétit, douleurs), ce n’est en tout cas pas prouvé scientifiquement.

Actuellement, les recherches se font sur le Δ⁹-THC synthétique. En effet, certains médecins (une petite partie) pensent encore aujourd’hui que le Δ⁹-THC synthétique pur peut être une piste pour des médicaments. Il existe déjà certains médicaments aux États-Unis et au Canada utilisés comme anti-émétiques ou oréxigènes, mais dont les essais cliniques contrôlés n’ont pas montré l’intérêt du Δ⁹-THC synthétique. De plus, ces médicaments induisent de multiples effets secondaires négatifs, et d’autre anti-émétiques connus ont une meilleure efficacité thérapeutique.

En Suisse, il n’est toujours pas possible aux médecins de prescrire du chanvre à leurs patients. Il est cependant possible de prescrire du THC synthétique, le Dronabinol (Marinol®), qui est un produit de synthèse à base de pelures d’orange. Cependant, il faut une autorisation de l’OFSP pour le prescrire, et il est très difficile de l’obtenir (ce médicament n’est pas autorisé en Suisse). Même si éthiquement, prescrire un « joint », sachant les effets néfastes qu’il peut engendrer sur la santé, n’est pas correcte, certains médecins pensent qu’il est préférable de pouvoir fournir leurs patients avec du chanvre contrôlé au lieu que ceux-ci ne se fournissent dans la rue.
Même s’il n’est pas possible de prescrire du cannabis, les médecins pourront toujours donner des conseils à leur patient sur la manière de l’utiliser.
Une nouvelle loi Fédérale sur les stupéfiants devrait donner la possibilité de prescrire du THC provenant de la plante de cannabis dans ces conditions spécifiques, mais elle n’est toujours pas entrée en vigueur.

5.2. Industrie textile, alimentaire et cosmétique

Le chanvre est depuis bien longtemps connu pour la qualité de ses fibres ainsi que ses graines oléagineuses.

La fibre était utilisée par la marine et l’armée en fabriquant des voiles, cordes, sacs, tentes, vêtements, etc. En effet, la fibre du chanvre a la réputation de ne pas pourrir. Les premiers jeans, dont la résistance à l’usure était légendaire, étaient également fabriqué avec un mélange de fibres de chanvre et de coton. Cependant, la fibre du chanvre a très vite dû faire concurrence avec le coton et le nylon. La fibre de chanvre était également utilisée pour la production de papier.

Aujourd’hui, la fibre de chanvre, pour ces qualités diverses, devient à nouveau intéressante car elle pourrait être une alternative à la fibre de bois utilisée actuellement pour la production de papier. L’utilisation de la fibre de chanvre est ainsi appréciée au niveau écologique.

La fibre est également utilisée dans la fabrication de matériaux de construction, comme isolants par exemple.

Au niveau alimentaire, le chanvre est utilisé pour diverses boissons (thé, thé froid), mais également dans certaines préparations culinaires, en utilisant des variétés avec ou sans THC. Les graines issues du chanvre ont la propriété de contenir des acides gras essentiels.

Pour ce qui est de son utilisation dans les cosmétiques, c’est l’huile de chanvre qui est principalement utilisée dans les produits. En effet, cette huile est très nourrissante. Les acides gras oméga 3 présents dans cette huile confèrent au produit final (ex. une crème) des propriétés anti-inflammatoires. L’huile renforce le film hydrolipidique de l’épiderme et ainsi de diminuer les pertes d’eau transcutanées.

5.3. Un produit psychotrope

Les différentes substances dérivées de la plante sont les suivantes :

- **Marijuana / kif / dagga / bhang** : feuilles, fleurs et courts rameaux de la plante qui sont séchés et fumés dans des cigarettes grossières.

- **Sinsamilla / ganja** : fleurs femelles stériles ayant une plus haute teneur en THC que la marijuana et se fumant de la même manière.

- **Shit / haschich / charas** : résine de la plante obtenue par battage. Elle est un principe associée à du tabac pour être fumée sous forme de « joints ». 
• **Huile de cannabis** : huile formée de l’évaporation de l’alcool lors de l’extraction alcoolique de la résine contenant un taux de THC élevé (40 à 60%).

• **Space-cakes** : pâtisseries confectionnées avec un corps gras qui a été cuit avec des feuilles de cannabis (ces pâtisseries ne font évidemment pas partie des substances dérivées de la plante mais ont été inclues dans ce chapitre car élaborées à partir des feuilles).

Dans ce travail, c’est principalement l’aspect psychotrope de la plante qui va être analysé, c’est pourquoi ce chapitre n’est pas plus détaillé ici.

### 6. Le chanvre, un produit psychotrope

#### 6.1. Propriétés du cannabis

Le cannabis, et en particulier sa résine ont une composition chimique unique et très complexe. À part les constituants que l’on retrouve dans de nombreuses plantes tels que les flavonoïdes et les terpènes, on a identifié plus de 60 cannabinoïdes à ce jour. Le plus connu étant le Δ⁹- tétrahydrocannabinol (THC), qui constitue le principal produit psychoactif chez l’homme. Voici une liste non exhaustive des autres cannabinoïdes :

- Le Δ⁸-transtétrahydrocannabinol, moins psychoactif que le Δ⁹-THC,
- Le cannabidiol (CBD), qui est le précurseur des autres cannabinoïdes,
- Le cannabinol (CBN), non psychoactif, serait le produit ultime de la dégradation des cannabinoïdes,
- Les acides Δ⁸-transtétrahydrocannabinolique et Δ⁹-transtétrahydrocannabinolique, inactifs mais transformés en Δ⁹-THC par la chaleur (fumée de cigarette, cuisson des space cake),
- Etc.

Le cannabis est un produit psychoactif, qui agit sur le système nerveux central et périphérique. Les effets physiques à doses modérées sont faibles.

Le cannabis a de multiples sites d’action, ce qui explique ces effets variés. C’est le cerveau qui est le principal site d’action, au niveau des centres du cerveau supérieur. L’hippocampe, qui régule les fonctions supérieures comme les sentiments, la mémoire et l’action, est touché lors de la consommation de cannabis car il comporte les récepteurs du Δ⁹-THC.

L’analgésie qui peut être ressentie est due à la fixation de la drogue au niveau des neurones sensoriels du système périphérique, de la moelle et du cerveau.
6.2. Pharmacocinétique

6.2.1. Absorption

Après inhalation, 15-50% du Δ⁹-THC présent est absorbé et passe dans la circulation sanguine. L’absorption est rapide puisque les concentrations sanguines maximales sont atteintes environ 8 minutes après inhalation, mais après quelques secondes déjà, la substance se retrouve dans le sang. Lorsque le produit est ingéré, les effets du produits ne surviennent qu’après une à deux heures, et la proportion de drogue passant dans le sang est nettement plus faible. Le Δ⁹-THC est soluble dans les graisses, et passe donc très bien les membranes des cellules de l’organisme.

6.2.2. Distribution

Très lipophile, le THC se distribue rapidement dans tous les tissus riches en lipides, notamment le cerveau. Cette vitesse de distribution est responsable d’une diminution rapide des concentrations sanguines.

6.2.3. Métabolisme

Le THC est métabolisé dans le foie par hydroxylation, oxydation et conjugaison pour être excrété dans les selles, l’urine et la sueur. Le principal métabolite est le Δ⁹-THC-COOH, un acide qui commence à apparaître dans le sang dans les minutes qui suivent l’inhalation. Alors que le THC est distribué et métabolisé, les concentrations de THC diminuent dans le sang, alors que celle du Δ⁹-THC-COOH augmentent.

6.2.4. Excrétion

L’élimination des cannabinoïdes s’effectue pas voie digestive, rénale et sudorale. A peu près 15-30% du THC sanguin est éliminé dans les urines sous forme de Δ⁹-THC-COOH, et 30-60% le sont par les selles. Sa demie-vie dans l’organisme est longue par rapport à d’autres drogues, c’est-à-dire de plusieurs dizaines d’heures. Cela provient du fait de la forte fixation lipophile et tissulaire du THC, qui est ainsi éliminé de manière lente dans les urines. C’est pourquoi, chez des consommateurs réguliers, la présence de Δ⁹-THC-COOH peut être retrouvée un mois après la dernière consommation. Pour celui qui fume pour la première fois, le fumeur peut rester positif entre un à trois jours. [1]

6.3. Système de récompense

Les drogues, dont le cannabis, ont une cible commune dans le cerveau qui est le circuit de la « récompense ». Il s’agit d’un ensemble de structures cérébrales qui sont connectées entre elles. Ces structures jouent un rôle dans l’état physique et psychique. Ce circuit est également présent lors de plaisirs gustatifs ou sexuels. C’est donc grâce à ce système que les drogues produisent un effet de bien-être chez l’individu.
Les structures cérébrales de ce système sont sous la dépendance des neurones dopaminergiques se trouvant dans l’aire tegmentale ventrale. Elles comprennent le noyau accumbens, le cortex préfrontal, le septum, l’hippocampe et le complexe amygdalien.

Le cortex préfrontal joue un rôle dans la motivation, le complexe amygdalien est considéré comme le centre des émotions et l’hippocampe comme de régulateur de la mémoire. Le noyau accumbens, lui, est impliqué dans les émotions et les réponses motrices qu’il sélectionne.

Les drogues ont ainsi la propriété d’entrainer l’augmentation de la libération de dopamine dans le noyau accumbens. L’action des drogues sur le système de récompense pourrait permettre de comprendre en partie les phénomènes de dépendance.

Ceci démontre que l’administration aigue ou chronique de THC peut donc avoir une influence sur la coordination, la sensibilité profonde et les tâches d’apprentissage.

6.4. Adaptations

Les effets du cannabis sont diminués de manière notable au fil des expériences avec la drogue. Il y a donc une certaine forme d’accoutumance, qui proviendrait d’adaptations neurobiologiques.

6.5. Drogue dure ou drogue douce ?

Le terme «drogue» signifie une substance psychoactive qui modifie l’état de conscience, les facultés de perception ou la pensée. Bien que le cannabis soit réputé être moins dangereux, en consommer quotidiennement peut avoir des effets sur le développement psychosocial du consommateur. C’est pour cette raison qu’il peut représenter un danger pour les jeunes et diminuer leur intégration sociale. [2]

La distinction de drogue dure ou douce a été créée pour séparer les substances suivant les risques liés à leur prise et les dépendances qu’elles engendrent. Actuellement, il est difficile de faire cette distinction, car la perte de contrôle sur la consommation, c’est-à-dire un abus de consommation, est le point commun à toutes drogues et donc mettrait toutes les drogues aux mêmes niveaux. Bien entendu, la quantité et la fréquence des prises jouent un rôle sur les risques et les autres dépendances.

Dans ce travail, les termes de drogue « dure » et drogue « douce » est parfois utilisé pour séparer les drogues comme le cannabis (anciennement considérée comme drogue douce) des autres drogues comme l’héroïne et la cocaïne (anciennement considérées comme drogues dures).
6.6. Polytoxicomanies: THC, nicotine et alcool

Il existe plusieurs interactions possibles entre le THC et l'alcool et le tabac.

- La nicotine augmente les effets du THC et leurs répercussions sur la santé sont cumulatives.
- En cas de prise conjointe de nicotine et de cannabis, le seuil de résistance à la douleur et au froid est augmenté.
- Les fumeurs de cannabis et de tabac ont plus de problèmes psychologiques, juridiques, sociaux, un âge de début plus jeune et plus d'abus d'autres substances (surtout l'alcool) que les fumeurs de cannabis seul ou de tabac seul.
- Tout comme la nicotine, les effets de l'alcool et du THC s'additionnent.
- Le cannabis incite à la consommation d'alcool.

Toxicité de l'alcool comparée au cannabis sur une échelle de 0 à 3 (3 étant le plus fort)

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Alcool</th>
<th>Cannabis</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Cerveau, système nerveux</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Psychose</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Système respiratoire</td>
<td>0</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Système cardiovasculaire</td>
<td>1</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tractus gastro-intestinal</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Système reproductif et endocrinien</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Mutagénicité</td>
<td>1</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Carcinogénicité</td>
<td>2</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Fœtus, développement de l’enfant</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Effet sur les rôles sociaux</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Violence</td>
<td>3</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Tendance au suicide</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Dépendance physique</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Dépendance psychique</td>
<td>3</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Surdosage</td>
<td>2</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Accidents de la circulation et autres</td>
<td>3</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>

D'après ce tableau, nous pouvons observer que l'alcool et le cannabis ont des effets toxiques sur l'organisme à différents niveaux. Cependant, l'alcool semble avoir des effets toxiques plus intenses.

6.7. Utilisation récréative

Les effets dépendent de la quantité consommée et de la qualité (taux de $\Delta^9$-THC). La prise de cannabis provoque, comme dans le cas des psychostimulants (cocaïne et amphétamines), une phase de bien-être intense. C'est en général pour cette raison que les consommateurs fument du cannabis : les effets sont plaisants, il y a un sentiment de bien-être et une certaine euphorie. Fumer permet également de se relaxer et se détendre.
La consommation de cannabis est également un moment de partage, et donne un sentiment d’appartenance. Cet aspect-là est très important dans la relation de l’individu avec la substance, notamment chez les adolescents. Pour ces raisons, le cannabis est surtout consommé durant le week-end, entre amis, pour pouvoir s’amuser et rire « un bon coup ».

Les effets liés à la consommation sont également influencés par l’état psychique de départ, c'est-à-dire avant de commencer à fumer. En effet, une personne de bonne humeur, donc dans de bonnes conditions psychiques, ressentira des effets euphorisants suite à la consommation de cannabis, tandis qu’une personne dans un état dépressif prend le risque d’intensifier cet état de tristesse suite à la consommation.

On pourrait différencier une consommation occasionnelle d’une consommation régulière, voire excessive. Cependant cette différenciation reste difficile et différente selon les sources. Dans certain cas, fumer un joint par semaine reste une activité occasionnelle, dans d’autres il s’agit déjà d’une consommation régulière et à risque. La consommation excessive peut donc se situer entre un joint par semaine et un joint par jour, ce qui est une fourchette très large. Il manque donc considérablement de données pour pouvoir donner des chiffres concrets comme pour l’alcool par exemple.

La situation devient rapidement problématique lorsqu’une personne décide de fumer pour fuir certains problèmes de la vie. Le cannabis devient alors une échappatoire qui permet d’oublier les soucis de la vie quotidienne. Cette consommation comporte un risque important de devenir dépendant.

7. La théorie du tremplin

La théorie du tremplin s’est développée dans les années 1970 et affirme que la consommation de cannabis durant l’adolescence pouvait, dans une suite logique, amener à consommer des produits plus dangereux. En effet, il a été prouvé que la consommation de drogues se fait dans un certain ordre. C’est-à-dire qu’il y aura en premier l’alcool et le tabac, suivi du cannabis, suivi des drogues dites « dures ». Il a aussi été constaté que les cocaïnomanes ou héronomanes avaient commencé par le cannabis. Cependant il n’est pas possible d’affirmer que la consommation de cannabis dérive forcément vers d’autres drogues.

Depuis lors, différentes études se sont intéressées à ce sujet et voici ce qu’il en est ressorti :

- Le cannabis n’est pas la seule porte d’entrée aux drogues « dures », c’est un processus complexe et multifactoriel. Il faut tenir compte de la tolérance de la famille, du niveau de vie, de la qualité des relations sociales ainsi que des aspects psychologiques individuels.
- La période la plus risquée pour le début de consommation de cannabis, d’alcool ou de tabac s’arrête autour de 20 ans et le pic de début de consommation de la cocaïne se situe entre 20 et 24 ans. Ces périodes s’enchaînent, certes, mais le début d’une consommation de cocaïne n’est plus forcément précédée d’une consommation de cannabis.
• Le tabagisme a un effet plus important que le cannabis sur l'ouverture vers d'autres drogues.
• La précocité et la quantité de substances consommée dans le jeune âge sont des facteurs prédicateurs des pratiques addictives à l'âge adulte.
• Les consommateurs de cannabis sont plus à risque de passer aux drogues dites « dures ». Mais cela vaut aussi pour le passage de drogues légales au cannabis.

Pour conclure, ce thème fait débat mais il n'y a pas de preuve évidente que le cannabis amène forcément aux autres drogues. C'est un phénomène complexe où plusieurs facteurs entrent en jeu.

8. Population


Il semble y avoir une plus grande consommation chez les élèves, les étudiants et les célibataires. Néanmoins, parmi les personnes actives, il n'y a pas de différence apparente entre les différentes catégories socioprofessionnelles. [5]
8.1. La première consommation

L’âge de la première consommation semble être en lien avec le niveau de formation. Plus ce dernier est bas, plus la première consommation débuterait tôt.

Celle-ci commence souvent avant l’âge de 18 ans alors que l’adolescent n’a pas fini de se développer, notamment au niveau cognitif. [6]

Une étude américaine affirme que 49% des fumeurs de cannabis et de cigarettes ont commencé par le tabac, 33% par le cannabis et 18% ont commencé les deux en même temps. [7]
8.2. Les différences de consommation selon l’âge

La consommation de cannabis est souvent une expérience limitée dans le temps. En effet, 75% des personnes entre 15 et 34 ans parlent du cannabis comme une période révolue de leur vie. Parmi cette classe d’âge, 12% des hommes et 4% des femmes sont restés consommateurs. La quantité de consommateurs diminue avec l’avancement de l’âge. [5] Cependant, cette théorie de l’âge est controversée par le fait que la part de consommateurs masculins augmente entre 25 et 34 ans. Les personnes qui arrêtent de fumer à 30 ans sont ceux qui consommaient moins intensivement et moins fréquemment à 20 ans par rapport à ceux qui continuent de consommer à 30 ans. Par contre, les psychotropes consommés sans prescriptions augmentent au-delà de 35 ans. [7]

La moitié des consommateurs masculins fument au moins une fois par semaine. Les femmes fument moins souvent et en moindre quantité. Seulement 2% des femmes de 15 à 24 ans consomment au moins une fois par semaine. Cette proportion diminue à 1% pour la classe d’âge 25-34 ans. [5]
8.3. Consommation de cannabis et régions linguistiques suisses

<table>
<thead>
<tr>
<th>Haschisch/Marijuana</th>
<th>Nombre</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Total</td>
<td>26'424</td>
<td>68.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Région lémanique</td>
<td>5'221</td>
<td>64.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Vaud</td>
<td>3'173</td>
<td>65.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Valais</td>
<td>1'350</td>
<td>84.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Genève</td>
<td>698</td>
<td>40.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Espace Mittelland</td>
<td>6'858</td>
<td>69.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Berne</td>
<td>4'049</td>
<td>64.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Fribourg</td>
<td>915</td>
<td>82.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Soleure</td>
<td>882</td>
<td>77.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Neuchâtel</td>
<td>769</td>
<td>68.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Jura</td>
<td>243</td>
<td>97.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Suisse du Nord-Ouest</td>
<td>2'727</td>
<td>70.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Bâle-Ville</td>
<td>838</td>
<td>57.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Bâle-Campagne</td>
<td>311</td>
<td>74.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Argovie</td>
<td>1'578</td>
<td>78.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Zurich</td>
<td>6'184</td>
<td>69.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Suisse orientale</td>
<td>2'919</td>
<td>71.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Glaris</td>
<td>136</td>
<td>93.2</td>
</tr>
<tr>
<td>Schaffhouse</td>
<td>356</td>
<td>69.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Appenzell Rh.-Ext.</td>
<td>208</td>
<td>88.9</td>
</tr>
<tr>
<td>Appenzell Rh.-Int.</td>
<td>19</td>
<td>82.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Saint-Gall</td>
<td>813</td>
<td>56.8</td>
</tr>
<tr>
<td>Grisons</td>
<td>468</td>
<td>70.1</td>
</tr>
<tr>
<td>Thurgovie</td>
<td>919</td>
<td>86.4</td>
</tr>
<tr>
<td>Suisse centrale</td>
<td>1'425</td>
<td>67.5</td>
</tr>
<tr>
<td>Lucerne</td>
<td>818</td>
<td>57.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Uri</td>
<td>56</td>
<td>93.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Schwytz</td>
<td>260</td>
<td>89.7</td>
</tr>
<tr>
<td>Obwald</td>
<td>52</td>
<td>96.3</td>
</tr>
<tr>
<td>Nidwald</td>
<td>73</td>
<td>98.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Zoug</td>
<td>166</td>
<td>77.6</td>
</tr>
<tr>
<td>Tessin</td>
<td>1'092</td>
<td>65.6</td>
</tr>
</tbody>
</table>

En ce qui concerne les différentes régions linguistiques de la Suisse, c’est en Suisse italienne qu’il y a moins de consommateurs de cannabis. Par contre, ces derniers consomment plus d’alcool que les autres. De plus, la majorité des consommateurs de cannabis habitent en ville. Les suisses consomment plus de cannabis que les étrangers en Suisse. [8]

D’après les données de 2008, c’est dans le canton de Zürich que le nombre de dénonciations est le plus élevé avec plus de 6'000 dénonciations. Il est suivi par le canton de Berne avec 4'000 dénonciations puis le canton de Vaud avec 3'000 dénonciations. Genève est seulement à 700 et Neuchâtel à 770. [9]
8.4. **Consommation et contexte social**


8.5. **Consommation d’alcool et de tabac**

Si l’on compare ces données avec la consommation d’alcool, 25% des hommes de 15 à 24 ans se saoulent au moins une fois par mois. Le nombre d’abstinents dans la population générale est de 17%. [5]

Afin de réaliser une comparaison avec la cigarette, 32% des hommes et 24% des femmes sont fumeurs. La part la plus élevée chez les hommes se situe entre 25 et 34 ans (43%), puis elle diminue. Les femmes sont 30% à fumer du tabac entre 15 et 54 ans et diminuent aussi par la suite. De 1997 à 2007, le nombre de fumeurs a diminué de 5%. [5]

8.6. **Cannabis et autres drogues illégales**

Le cannabis est la drogue illégale la plus consommée en Suisse et en Europe. Parmi les moins de 70 ans, plus de 22% ont déjà au moins une fois fumé du cannabis. Ceci correspond à 27% des hommes et 17% des femmes.

Le cannabis est suivi par la cocaïne. Parmi les 15 à 49 ans, plus de 4% en ont consommé au moins une fois. Cette proportion augmente à 10% chez les hommes.
de 25 à 35 ans. En Suisse romande, 7% de la population en a déjà consommé, ce qui correspond à deux fois plus que la population alémanique.

La consommation d’ecstasy a augmenté dans toute l’Europe depuis les débuts de la musique techno dans les années 90. Cette consommation touche surtout les jeunes de moins de 35 ans dont 5% des hommes et 2% des femmes.

Par contre le nombre de consommateurs d’héroïne n’a que peu évolué entre 1997 et 2002. Les principaux consommateurs d’héroïne étaient auparavant, principalement des adolescents et des jeunes adultes. Actuellement, ce sont des personnes de plus de 35 ans. Les consommateurs représentent 1.6% de la population âgée entre 35 et 54 ans. [5]

Parmi les fumeurs de cannabis, 90% ne consomment aucune autre drogue illégale [8] et seulement 1% des jeunes consomment des drogues dures. [6]
8.7. Tendances européennes

Le cannabis est la drogue illégal la plus consommée en Europe. La tranche d’âge 15-34 ans est celle où la consommation récente (12 derniers mois) est la plus élevée. Le nombre de consommateurs est particulièrement élevé en France, au Royaume-Uni et en Irlande.

Les expérimentations au cannabis ont augmentées dans les années 90 dans tous les pays avec une tendance actuelle de stabilisation. La consommation serait en fait plus expérimentale que durable. [7]

8.8. Facteurs de risques

Claude Olievenstein : « La toxicomanie c’est la rencontre entre un individu, un produit et un environnement socioculturel. »

Il semblerait que nous ne soyons pas tous égaux quant à la consommation de cannabis. De ce fait, nous avons tenté de passer en revue, à travers des recherches de littérature et des entretiens, les principaux facteurs de risques possibles à la consommation de cannabis. Il semblerait qu’on puisse regrouper ces facteurs de risques sous deux grandes familles, à savoir : Les facteurs individuels de vulnérabilité, et les facteurs de risques environnementaux. Dans les facteurs individuels de vulnérabilité, on peut citer les tempéraments de recherche de sensations. En effet, certains traits de caractères pourraient, selon plusieurs études
effectuées avec des enfants et des adolescents, engendrer une sensibilité particulière à la consommation de cannabis [10]. Parmi ces traits de caractère, on peut citer : « la désinhibition », « la susceptibilité à l’ennui », et « la recherche de nouveauté » [11 ; 12 ; 14]. Aussi, des troubles de la conduite dans le jeune âge comme des traits d’agressivité et de sauvagerie seraient d'importants précurseurs à une consommation précoce de cannabis [14]. Finalement, un état dépressif prolongé pourrait également être un facteur de risque de cette consommation [15].

Au niveau des facteurs de risques liés à l'environnement, on peut tout d'abord observer des facteurs familiaux tels que : des relations familiales instables, un cadre éducatif défaillant, des antécédents familiaux d'alcoolisme ou de toxicomanie, une tolérance familiale pour la consommation de substances psychoactives ou encore des événements familiaux marquants comme les décès, les séparations ou les abandons. Ces points ont en effet été relevés dans différentes études [16]. Aussi, des facteurs d’environnement social comme la perte de repères sociaux (misère familiale, chômage, brisement de la cellule familiale, communautés de quartiers défavorisés), l'instabilité sociale, la rupture scolaire, ainsi que l'identification à des personnes aux comportements déviants (consommation de substances, actes délictueux) ont été mis en avant comme risques à une consommation de cannabis.

Le milieu familial et l'environnement social (le cercle d’amis) semblent alors être les principaux secteurs sur lesquels on peut agir lorsqu’une personne use de manière abusive du cannabis.

La certitude de tous ces facteurs de risques n’est cependant pas entière. Ces facteurs de risques sembleraient pouvoir conduire à une consommation de cannabis, mais il n’est pas à exclure qu’une personne ne présentant aucun de ces facteurs consomme également du cannabis. La plupart des consommateurs que nous avons interrogés nous ont dit avoir commencé de consommer du cannabis au début de l'adolescence par l'envie de découverte de nouveautés, « juste pour essayer ». Aussi, ils nous ont confiés que la plupart du temps, la première consommation se fait suite à l’initiation d’un pair déjà consommateur.


9. Répercussions sur la santé

La consommation de cannabis a peu de conséquence pour la vie du jeune ou dans son ancrage scolaire tant qu’elle reste occasionnelle, festive et initiatique. Elle devient problématique lorsqu'elle est régulière ou prend la forme d'automédication pour des difficultés psychologiques, par exemple pour s’endormir le soir. Avec ceci apparaît le risque d’une dépendance. La consommation devient préoccupante si elle se fait en solitaire ou si le jeune se désintéresse de tout et qu’il y a des répercussions sur son intégration sociale, que ce soit avec la famille, les amis ou dans sa formation.
De manière générale, les effets et leur durée dépendent de plusieurs facteurs tels que la dose consommée, le mode de consommation, la teneur en THC, l’ancienneté de la consommation, le contexte social et émotionnel ainsi que la sensibilité individuelle.

Les effets du cannabis sur la santé sont différents s’ils sont à court terme ou à long terme.

9.1. Les effets à court terme

Le court terme désigne les effets au moment de la consommation. Ceux-ci peuvent être plus ou moins intenses selon les individus et selon la manière de fumer (durée, volume, nombre de bouffées).

- Ivresse cannabique
  - Diminution des fonctions cognitives : capacité attentionnelle, mémoire à court terme, réflexion.
  - Diminution des fonctions motrices : coordination, réflexes, temps de réaction
- Troubles de la communication orale : le dialogue est moins clair avec des intrusions de mots ou d’idées inappropriées ainsi qu’une rupture de la continuité du discours.
- Perturbation de la mémoire spatiale
- Agressivité
- Anxiété
- Attaque de panique : aussi appelé « bad trip ». La panique est due à un état anxieux, au contexte ou au produit consommé. Le consommateur ressent des sentiments d’étrangeté, de déjà-vu, il peut se sentir d’humeur dépressive avec des perturbations cognitives. Le pic maximal apparaît trente minutes après la prise et régresse dans les deux heures. Les effets peuvent se manifester dans les trois mois suivant la prise et peuvent évoluer sur plusieurs mois à un an.
- Augmentation de la fréquence cardiaque : la fumée de cannabis peut avoir des effets néfastes sur les personnes ayant des problèmes cardiaques. De plus, le cannabis masque les douleurs, ce qui peut être dangereux en cas d’infarctus de myocarde par exemple.
- Délire, hallucinations : surtout à haute dose.

La toxicité aiguë est faible, il n’est donc pas possible de mourir d’une surdose de cannabis.
L’altération des performances peut durer jusqu’à vingt-quatre heures après la prise. C’est pour cette raison que la consommation de cannabis est particulièrement dangereuse lors de la conduite, au travail ou pendant les cours. Ne pas en consommer durant ces moments-là permet d’éviter des accidents.

9.2. Les effets à long terme

Malgré que l’adolescence soit la période où la consommation est la plus forte, ce n’est pas à ce moment-là que les effets apparaissent. En effet, ils se dévoilent après
plusieurs années de consommation régulière. Tout comme les effets à court terme, les effets à long terme dépendent également de plusieurs facteurs et agissent à différents niveaux.

9.2.1. Risques somatiques

- **Système pulmonaire** : Ce qui est dangereux dans le cannabis, c’est la fumée tout comme celle de la cigarette. Elle est nocive particulièrement pour le système respiratoire où peuvent se développer des cancers et des bronchites. L’effet cancérigène n’est pas seulement dû au cannabis mais également au tabac qui y est mélangé ainsi qu’aux feuilles et aux filtres. Fumer un joint amène quatre fois plus de goudron qu’une cigarette.
- **Système cardiovasculaire** : Risque d’athérosclérose tout comme le tabagisme, risques de lésions des vaisseaux cérébraux et d’affections coronariennes.
- **Système immunitaire** : diminution de l’immunité cellulaire et donc plus grande sensibilité aux infections. Selon les études sur le sujet, il faudrait des doses plus élevées que celles nécessaires pour un effet psychoactif. Cet effet sur le système immunitaire est réversible après la cessation de la consommation. Chez les personnes atteintes du VIH (virus de l’immunodéficience humaine), le cannabis n’augmente pas la concentration du virus.
- **Système reproductif** : modification de la libido, augmentation du désir, diminution de l’inhibition, diminution de la qualité des érections, troubles de l’ovulation, et diminution de la spermatogénèse.
- **Développement fœtal et postnatal de l’enfant** : les cannabinoïdes passent à travers la barrière placentaire et le fœtus y est donc exposé. Cela peut avoir une répercussion sur son poids de naissance qui sera faible ainsi que des difficultés dans la faculté d’analyse visuelle et le contrôle des pulsions.
- **Perturbation des cycles du sommeil** : grande fatigue et difficulté à l’éveil. Cette fatigue est difficile à récupérer et elle affecte les performances cognitives.
- **Système endocrinien** : augmentation de la résistance à l’insuline.
- **Système gastro-intestinal** : réduction de l’activité intestinale qui peut entraîner une constipation.
- **Amaigrissement**
- **Pâleur**

9.2.2. Risques psychologiques et psychiatriques

- **Altérations cognitives** : capacités attentionnelles, mémoire à court terme, mémoire de travail.
- **Syndrome amotivationnel** : apathie, létargie, repli sur soi, absence de motivation, désintérêt scolaire et social. Ce syndrome résulte probablement d’une dépression préexistante, d’une atteinte des fonctions cognitives et de l’intoxication chronique. Le fait de consommer du cannabis de façon régulière permet de supporter ces symptômes. Ceci amène donc à un cercle vicieux.
- **Etats délirants, hallucinations**
- **Troubles de l’apprentissage des mots**
- **Troubles de l’humeur de type dépressif qui régresse avec l’abstinence.** La dépression pousse à continuer la consommation mais l’abus de cannabis peut
aussi aggraver la dépression. Avec la tolérance, le fumeur a besoin d’augmenter les quantités consommées pour diminuer ce sentiment dépressif jusqu’au moment où la substance ne fait plus son effet et la dépression refait surface plus intensément qu’au début. Ceci peut dans certains cas amener au suicide. Le suicide chez les jeunes est souvent associé à l’abus de substances telles que le cannabis ou l’alcool par exemple. Il y a plus de tentatives de suicides chez les personnes consommant du cannabis (26%) que dans la population générale (6%). [3]

- Troubles anxieux : de l’anxiété peut se développer avec une consommation régulière mais cet effet est controversé. Par exemple une personne de nature anxieuse sera plus détendue en consommant du cannabis. Mais à long terme, les effets anxiolytiques diminuent avec la tolérance qui s’installe. Si l’anxiété est la raison principale du fumeur à consommer, celui-ci augmentera les doses pour ressentir le même effet. Ceci jusqu’à un certain point où le cannabis ne lui fera plus l’effet anxiolytique recherché et c’est à ce moment-là que son anxiété réapparaît encore plus forte qu’au départ.

- Dépendance psychique

- Risque augmenté de schizophrénie : Cela dépend de l’âge (plus la personne est jeune, plus le risque est élevé), de certains facteurs génétiques et de la consommation d’autres drogues. Une étude réalisée sur sept ans démontre que la consommation de cinquante joints dans une vie augmente de six le facteur de risque de devenir schizophrène (S. Andreasson et al). Pour une personne sans prédispositions, le cannabis peut augmenter par deux le risque de développer une schizophrénie selon la dose consommée. Les addictions au cannabis sont fréquentes chez les personnes atteintes de schizophrénie. De plus, la consommation aggrave la maladie mais cela n’est pas irréversible en cas d’abstinence.

9.2.3. Risques cognitifs

- Altération des performances cognitives qui entraîne une diminution du quotient intellectuel (QI).
- Altération des performances scolaires. Les consommateurs réguliers sont plus susceptibles d’abandonner leurs études (2.5 fois plus) par rapport aux non-consommateurs.
- Perturbation de la dopamine qui est une substance chimique dans le cerveau et qui influence nos émotions. Ceci peut avoir des effets sur les performances cognitives.
- Après l’arrêt du cannabis, il n’y a pas d’effets négatifs à long terme sur l’intelligence. Cependant la capacité d’attention et la mémoire restent à évaluer. Les fonctions cognitives ne reviennent pas immédiatement à la normale, cela dépend de chacun.

9.2.4. Risques sociaux

- Désinsertion sociale : la personne consommant du cannabis peut avoir des difficultés au niveau scolaire ou professionnel et ceci peut l’amener à une
désinsertion sociale. De même que ses comportements ne seront pas toujours compris par son entourage.

- **Problèmes judiciaires**: en cas d’arrestation policière, selon l’âge et les lois en vigueur. Ceci peut aller du travail d’intérêt général, en passant par l’amende et en allant jusqu’en prison.

- **Dettes**: consommer régulièrement du cannabis est un investissement financier. Pour les jeunes qui n’ont pas ou peu de salaire, cela peut rapidement leur amener des dettes. De plus, les problèmes judiciaires peuvent aggraver celles-ci.

- **Difficultés scolaires**: le cannabis diminuent les capacités cognitives, ce qui amène dans certains cas à une baisse des notes ou à un taux d’absence plus élevé.

- **Problèmes familiaux**: lorsqu’une personne consomme du cannabis, cela n’est pas toujours facile au sein d’une famille et il peut s’y créer des conflits.

### 9.2.5. Autres risques

- **Troubles du comportement alimentaire**: Le cannabis augmente la faim. La prise de poids peut être un argument pour arrêter le cannabis.

- **Dépendance psychique**: La consommation régulière chez les jeunes peut amener plus tard à une dépendance à la nicotine étant donné que le cannabis est souvent mélangé au tabac.

Pour résumer, les personnes les plus à risque concernant les effets indésirables sur la santé sont :

- Les jeunes de 12-13 ans : ils ont plus de risque de développer une dépendance et de prendre d’autres drogues plus tard.

- Les femmes enceintes risquent de mettre au monde un enfant avec un petit poids de naissance qui pourrait avoir des troubles du comportement et du développement.

- Les personnes souffrant de schizophrénie, de bronchite, d’hypertension et de problèmes cardiaques.

Les effets à long terme dépendent donc de plusieurs facteurs comme la durée de la consommation, la quantité de joints fumés, l’âge et les aspects génétiques. L’âge de début de la consommation est un point important quant aux conséquences ultérieures. De plus, l’adolescence est une période critique pour le développement cérébral et une exposition chronique de THC dans le cerveau peut avoir un impact sur son développement. Plus la consommation débute tôt, plus les altérations sont importantes.

### 9.3. Dépendance

La question de savoir si le cannabis induit une dépendance reste en suspens. Même s’il peut exister une forme de dépendance, elle est dans tous les cas moins évidente que celle observée avec d’autres drogues. La dépendance physique est faible,
comme pour les psychostimulants, tandis que la dépendance psychique semble moins prononcé que pour toutes les autres drogues.

Cependant, d’après le DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) de l’Association américaine de psychiatrie, le diagnostic de dépendance à une substance psychoactive demande la présence d’au moins trois des critères suivants :

- tolérance,
- signes de sevrage,
- consommation plus importante que prévue,
- échecs des tentatives de réduire la consommation,
- plus de deux heures passées à se procurer, consommer, se remettre des effets du cannabis ou à y penser, les jours de consommations,
- réduction des activités
- poursuite de la consommation bien qu’elle entraîne des problèmes somatiques ou psychologiques.

Pour le diagnostic d’abus, il faut qu’il y ait au moins un de critères suivants :

- usage perturbant l’adaptation sociale ou scolaire,
- usage dans des situations dangereuses (conduite),
- problèmes légaux,
- poursuite de la consommation bien qu’elle entraîne des problèmes avec la famille ou l’entourage.

Cependant, le cannabis ne fait pas partie des classifications internationales, car il n’est pas considéré comme pathologique.

La tolérance au cannabis s’installe rapidement. Il faut donc augmenter les doses pour avoir les mêmes effets.

Cependant, cette tolérance n’est pas la même que pour les autres drogues. Dans le cas du cannabis, c’est plus une augmentation en termes de quantité de joints fumés, mais pas forcément de cannabis en lui-même. Il y aura une augmentation de joints fumés dans la journée, mais une diminution de la quantité de cannabis par joints.

La dépendance est liée à la fréquence d’usage : plus la consommation est grande, plus le risque d’être dépendant est grand.

Cependant, elle est également liée à la relation qu’à une personne avec le cannabis (substitut à quelque chose), à une certaine fragilité psychique et à des événements importants de la vie (décès, passage à la vie adulte, etc.)

9.4. Cannabis et conduite

Connaissant les effets à court terme du cannabis sur les fonctions cognitives et motrices, il est intéressant de voir ce que cela implique lors de la conduite d’automobiles. Les troubles pouvant être engendrés lors de la prise de cannabis sont les suivants :

1. Dénuement de concentration
2. Amplification des effets des alcools (par exemple, l’alcool et le cannabis augmentent l’impulsivité et l’agressivité)
3. Augmentation des troubles de la vigilance
4. Augmentation des risques de tentatives de suicide
5. Augmentation des risques de blessures et de mort accidentelle
6. Augmentation des risques de blessures et de décès des autres conducteurs
7. Augmentation des risques de blessures et de décès des piétons
8. Augmentation des risques de blessures et de décès des autres usagers de la route
9. Augmentation des risques de blessures et de décès des autres usagers de la route
10. Augmentation des risques de blessures et de décès des autres usagers de la route
• diminution de l’appréciation de l’espace et du temps
• trajectoire erratique
• comportement inhabituel dans des situations d’urgence
• temps de réaction augmenté
• diminution de la capacité de s’adapter aux changements d’intensité de lumière (ex. tunnels)
• diminution de l’attention
• diminution des performances de la mémoire à court terme
• diminution de la précision des gestes

La consommation de cannabis au volant est donc nuisible est peut-être la cause d’accidents de la route.

Les effets dépendent également de la quantité consommée. Les effets sont plus faibles si la consommation est faible, mais ne sont pas négligeables pour autant. Certains conducteurs diront qu’il leur est impossible de prendre le volant après avoir fumé. D’autres au contraire diront qu’ils maîtrisent leur conduite (ce sont souvent des consommateurs réguliers). En réalité, le cannabis leurs donne l’impression de maîtriser leurs gestes, mais c’est faux. Même si leur conduite est jugée suffisante, elle reste néanmoins inférieure à une conduite « à jeun ».

La conduite sous l’emprise du cannabis n’a pas toujours de conséquences spécifiques lorsque le trafic est faible, et que la concentration du conducteur n’est pas beaucoup sollicitée. C’est surtout lorsqu’une prise de décision doit se faire rapidement (obstacle sur la route, dépassements, freinage d’urgence) que cela pose problème. Le temps de réaction étant augmenté, la capacité à penser et à prendre une décision étant diminuée et les mouvements ralentis, sont ainsi propices à des accidents.

En comparant les effets de l’alcool avec ceux du cannabis, l’alcool induira plus facilement une conduite dangereuse, avec une vitesse importante et des prises de risques. Avec le cannabis, le conducteur aura plus tendance à faire attention et à être plus prudent, parfois même à rouler en-dessous de la limite autorisée ! Même si le cannabis permet une certaine prudence, elle n’en reste pas moins dangereuse de par les modifications sur le comportement qu’elle produit.

Le problème actuellement c’est qu’il n’existe pas de limites ou références des quantités admissibles dans le sang comme pour l’alcool. En effet, il est possible de pouvoir doser les taux de THC-COOH (produit final du THC), mais il n’est pas encore définit à partir de combien le seuil de tolérance est dépassé. Un policier peut ainsi faire un test de la salive, qui lui indiquera seulement s’il le conducteur est positif ou non. La prise de sang ou la collecte d’urine peuvent donner des indications plus précises, mais ne permettent pas de savoir précisément à quand date la dernière consommation de cannabis. Deux problèmes se posent :

• Lors de la prise de sang, le THC est rapidement absorbé et donc plus détectable dans le sang, or les effets de la consommation sont toujours présents
• La collecte d’urine montre la présence de THC-COOH, or la dernière consommation peut avoir eu lieu plus d’une semaine auparavant
Il est donc intéressant de poursuivre des recherches pour pouvoir mieux évaluer la dangerosité et les doses admissibles lors de la conduite.

10. La législation

10.1. Loi suisse sur les stupéfiants et substances psychotropes (LStup)

La première loi sur les stupéfiants et les substances psychotropes (LStup) a vu le jour le 3 octobre 1951 dans le but de contrôler l'utilisation des drogues dans le milieu médical. Mais c’est en 1975 que des mesures concernant les risques liés à leurs consommations ont été introduites. Cependant, l’augmentation de la consommation et des scènes ouvertes de drogues ont poussé les autorités à établir de nouvelles règles, afin de stopper cette inflation et contrôler le marché. C’est en 1995 que le concept des quatre piliers s’est renforcé en suisse : prévention, thérapie, aide à la survie et répression

La loi donne les définitions suivantes :

- **Stupéfiants** : Substances et préparations entrainant des dépendances de type morphinique, cocaïnique ou cannabique
- **Substances psychotropes** : Substances et préparations engendrant des dépendances de type amphétaminique, barbiturique, benzodiazépique ou hallucinogène (lysergide, mescaline, ou qui ont des effets semblables à ces substances et préparations)

Les buts de cette loi :

- Prévenir la consommation non-autorisée de stupéfiants et de substances psychotropes, notamment en favorisant l’abstinence
- Réglementer la mise à disposition de stupéfiants et de substances psychotropes à des fins médicales et scientifiques
- Protéger les personnes des conséquences médicales, sociales induites par les troubles psychiques et comportements liées à l’addiction
- Préserver la sécurité et l’ordre public des dangers émanant du commerce et de la consommation de stupéfiants et substances psychotropes
- Lutter contre les actes criminels qui sont étroitement liés aux comportements des addictions

Elle se base sur la stratégie des quatre piliers, à savoir :

- **Prévention** : lutte contre la consommation
- **Thérapie** : réinsertion
- **Aide à la survie** : prescription à des fins médicales et lors des sevrages
• *Contrôle et répression* : lutte contre le trafic

### 10.2. LStup et cannabis

Depuis 1995, la situation pénale du cannabis n’a que très peu évolué. En effet, en 2001 la révision de la loi devait dépénaliser la consommation de cannabis ainsi que ses actes préparatoires au vu d’une consommation personnelle. En effet, la consommation de plus en plus importante par la population ne permettait plus d’appliquer correctement les règles établies et surchargeait la police ainsi que le système judiciaire. De plus, un autre argument cité fut que sa consommation modérée n’était pas plus délétère que d’autres substances en vente libre. Cependant, le conseil National, Fédéral et des États ne se sont jamais mis en accord pour permettre une éventuelle mise en vigueur de cette révision.

En 2008, les citoyens helvétiques étaient appelés à voter sur la dépénalisation du cannabis par l’initiative populaire «pour une politique raisonnable en matière de chanvre protégeant efficacement la jeunesse». Celle-ci demandait une dépénalisation de la consommation, détention et production au vu d’un usage personnel. La Confédération aurait eu un rôle dans les prescriptions concernant sa culture, son commerce et sa publicité. Le contrôle sur le marché du cannabis par la Confédération visait à une protection de la jeunesse. Cette initiative fut refusée par la population.

En 2011, la révision de la loi a renforcé certains points, surtout concernant la protection des mineurs au niveau de :

- la vente
- la remise de drogue aux enfants et aux adolescents

Désormais, les personnes vendant ou remettant du cannabis aux mineurs seront plus sévèrement punies.

Cependant, le conseil National a accepté une nouvelle révision de la loi régissant le cannabis. Actuellement ce projet est en discussion au conseil des États. En fait, il n’est toujours pas question de dépénaliser l’usage du cannabis, mais de supprimer les poursuites pénales. Cette révision n’est pas en vigueur, mais infligera une peine pécuniaire de 100 à 200.- pour la détention de 10 grammes de cannabis à titre personnel. Ainsi, les petits consommateurs pourront bénéficier d’une marge de détention.

Le but de cette loi est d’harmoniser les pratiques de répressions au niveau des cantons. Cette loi ne touchera que les personnes majeures. Les mineurs, eux, seront toujours dénoncés au juge des mineurs.
10.3. Les substances concernées

Art. 4 (Ordonnance sur les tableaux des stupéfiants, (OTStup-DFI) [17]:

Ne sont pas soumis au contrôle:

Graines de chanvre

« Les graines de chanvre visées de l’ordonnance du 7 décembre 1998 sur le catalogue des variétés et dans le catalogue commun des variétés de l’Union Européenne sont exclues des dispositions relatives aux substances soumises à contrôle. »

Sont soumis au contrôle:

Cannabis

« Plante de chanvre ou parties de plante de chanvre présentant une teneur totale moyenne en THC de 1,0 % au moins et tous les objets et préparations présentant une teneur totale en THC de 1,0 % au moins ou fabriqués à partir de chanvre présentant une teneur totale en THC de 1,0 % au moins »

Chanvre, boutures, Chanvre, extrait chanvre, graines

« Plante de chanvre présentant une teneur totale en THC de 1,0 % au moins »

Plante de chanvre ou parties de plante de chanvre, haschisch, huile, teinture

« Plante ou parties de chanvre présentant une teneur totale moyenne en THC de 1,0 % au moins et tous les objets et préparations présentant également une teneur totale moyenne en THC de 1,0 % au moins »

Détention et consommation :

La détention ainsi que la consommation est interdite en Suisse.

Est soumis à une peine de trois ans et d'une peine pécuniaire (LStup) [18] :

Art.19 79
« Celui qui, sans droit, possède, détient ou acquiert des stupéfiants ou s’en procure de toute autre manière »

Art. 19 a83
« Celui qui, sans droit, aura consommé intentionnellement des stupéfiants ou celui qui aura commis une infraction à l’art. 19 (dispositions pénales) pour assurer sa propre consommation est passible de l’amende »
Le cas des mineurs:

Dénonciation systématique au juge des mineurs

Production :

La production et la fabrication est interdite en Suisse. Une autorisation peut être accordée par l’institut suisse des produits thérapeutiques. Une autorisation peut également être faite lorsque l’utilisation à des fins de recherches, de développement ou d’application médicale est nécessaire. Sans ces accords, la production illicite est punissable d’une peine de trois ans de prison ainsi que d’une amende.

Est puni d’une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d’une peine pécuniaire:

Art. 20

« Celui qui cultive, fabrique, importe, exporte, entrepose, utilise ou met dans le commerce sans autorisation des substances ou des préparations »

Vente :

La vente est interdite.

« Celui qui, publiquement, incite à la consommation de stupéfiants ou révèle des possibilités de s’en procurer ou d’en consommer »

Cet acte est punissable de trois ans de prison ainsi qu’une peine pécuniaire.

Art. 19bis 82

« Est puni d’une peine privative de liberté de trois ans au plus ou d’une peine pécuniaire celui qui, sans indication médicale, propose, remet ou rend accessible de toute autre manière des stupéfiants à une personne de moins de 18 ans »

Cependant:

Art. 19b86

« Celui qui se borne à préparer des stupéfiants en quantités minimes, pour sa propre consommation ou pour permettre à des tiers de plus de 18 ans d’en consommer simultanément en commun après leur en avoir fourni gratuitement, n’est pas punissable. »

Transport :

L’importation et l’exportation est interdite en suisse. Une autorisation peut être accordée par l’institut en accord avec les conventions internationales. Sans accord, cet acte est punissable d’une peine de trois ans de prisons ainsi qu’une amende.
Selon l’ordonnance sur le contrôle des stupéfiants (OCStup) [19] :

- La présente ordonnance régit l’autorisation et le contrôle
- Elle régit l’importation, l’exportation, le transit et le commerce de substances soumises à contrôle.
- Elle assure la disponibilité des substances soumises à contrôle à des fins médicales et pour la recherche.
- Elle s’applique également aux personnes et aux entreprises ayant leurs sièges en Suisse qui font le commerce à l’étranger de substances soumises aux contrôles.

Selon la LStup [18]

Art. 10
« Quiconque cultive, fabrique ou remet de substances soumises à contrôle, ou en fait le commerce, doit s’assurer à chaque transmission que le destinataire est autorisé à se les procurer »

Art. 14
« Quiconque veut cultiver des plantes ou des champignons qui contiennent des substances soumises à contrôle obtient une autorisation de culture »

Suite à la lecture de ces lois, il est important de s’interroger quant à leurs applications.

Selon la LStup [18]

Art 19 a83
« Dans les cas bénins, l’autorité compétente pourra suspendre la procédure ou Renoncer à infliger une peine. Une réprimande peut être prononcée. »

« Il est possible de renoncer à la poursuite pénale lorsque l’auteur de l’infraction est déjà soumis, pour avoir consommé des stupéfiants, à des mesures de protection, contrôlées par un médecin, ou s’il accepte de s’y soumettre. La poursuite pénale sera engagée, s’il se soustrait à ces mesures. »

« Lorsque l’auteur sera victime d’une dépendance aux stupéfiants, le juge pourra ordonner son renvoi dans une maison de santé. »
10.4. Et ailleurs ?

10.4.1. Nos voisins les Français...

Dans la majorité des pays européens, la consommation de cannabis n’est pas condamnable par une peine de prison. Cependant en France, sa consommation peut entraîner un emprisonnement d’une année ainsi que d’une peine pécuniaire. D’un autre côté, le juge peut exiger le suivi d’une thérapie à la place de cette peine si la détention de la marchandise ainsi que sa consommation n’était destinée qu’à l’usage personnel.

10.4.2. Le cas de la Hollande

Au Pays-Bas, la loi sur le cannabis est faite sur le principe dit "d’opportunité" où le marché est en visibilité. La politique se base sur la réduction des risques, c’est donc pour cette raison qu’ont vu le jour les coffee-shops. Cette démarche permet de protéger les consommateurs et de différencier le marché des drogues dures de celui des drogues douces. Depuis 1976 la vente de détails de moins de 5 grammes est tolérée dans les coffee-shop, avec une réglementation dans les établissements. Il est interdit de:

- faire de la pub
- vendre des drogues dures
- déranger le voisinage
- vendre au moins de 18 ans
- vendre plus de 5 grammes à la même personne
- stocker plus de 500 grammes

Cependant, même si la consommation à l’usage personnel est acceptée, toutes les opérations telles que l’exportation, l’importation, la culture, la préparation et la fabrication sont interdites. De plus, la consommation dans les écoles et les transports publics sont passibles d’une peine de prison de trois mois ainsi que d’une amende de 2’300 Euros.

Nouvelle loi:

Comparatifs des lois entre la Suisse, la France et les Pays-Bas

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Suisse</th>
<th>France</th>
<th>Pays-Bas</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Légal / non-légal</strong></td>
<td>Non-légal</td>
<td>Non-légal, sévère</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Détention</strong></td>
<td>Jusqu'à 3 ans de prison + peine pécuniaire</td>
<td>Peine de prison + peine pécuniaire</td>
<td>Jusqu'à 5 grammes: consommation personnelle, pas de peine -5 à 30 grammes: peine pécuniaire, détention d'un mois selon les cas et orientation vers organisme d'aide aux toxicomanes</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>Dénonciation au juge des mineurs (si mineurs)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Consommation</strong></td>
<td>200.- d'amende si :</td>
<td>1 an de prison + peine pécuniaire de 3750 Euros</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- consommation personnel</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>- Personnes majeures - maximum 10g</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Production</strong></td>
<td>3 ans de prison + peine pécuniaire</td>
<td>Jusqu'à 20 ans de prison + peine pécuniaire de 7 500'000 Euros</td>
<td>Nombre de pieds &lt; 5 = non professionnel 5 à 10 pieds= peine pécuniaire</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Vente</strong></td>
<td>3 ans de prison + peine pécuniaire</td>
<td>5 ans de prison + peine pécuniaire de 75'000 Euros</td>
<td>4 ans de prison maximum + peine pécuniaire</td>
</tr>
</tbody>
</table>

10.4.3. Et les autres ?

- **Italie** : la consommation et la détention ne sont plus des délits.
- **Belgique** : la détention jusqu'à 3 grammes ainsi qu'une production pour l'usage personnel ne font l'objet que d'un avertissement, voire d'une amende.
- **Portugal** : la consommation et la détention pour son propre usage sont dépénalisés (valable pour toutes les drogues)
- **Espagne** : la consommation et la détention à usage personnel sont dépénalisés

La Suisse est donc, avec la France, un des seul pays où la consommation et la détention de cannabis sont encore considérées comme des délits.

10.4.4. Actualité dans le monde

La Californie a autorisé fin 2011 la consommation de cannabis à titre personnel aux personnes de plus de 21 ans après l’avoir fermement rejetée un an auparavant. À New-York, un projet de dépénalisation de la possession de cannabis à titre personnel, qui infligerait tout de même une amende de 100 dollars, a fait les gros titres de juin 2012.

10.5. Problématiques de la politique actuelle

La politique en vigueur actuellement en Suisse pose de nombreux problèmes quant à son application.
Dans la loi par exemple, il est mentionné que les « petits consommateurs » ne sont pas soumis à des poursuites pénales. Cependant, le terme de « petits consommateurs » est large et peut donc être interprété de différentes manières. Ceci peut créer des disparités concernant l’application de la législation.

La politique actuelle ne permet pas de diminuer la consommation de cannabis chez les jeunes.

Le cannabis étant illégal, il permet d’alimenter le marché noir. L’Etat n’a donc aucun contrôle sur ce marché. Pourtant, ce marché non-contrôlé est potentiellement dangereux pour leur santé car la qualité des produits vendus n’est pas prouvée.

Pour terminer, il manque également une législation pour la consommation à titre thérapeutique. En effet, sachant que la consommation de cannabis soulage certains malades, l’état actuel ne permet pas à ces patients de se procurer du cannabis de bonnes qualités, dans des dosages en THC adaptés à leurs besoins.

Aujourd’hui ce sont toutes des questions que tentent de résoudre les politiciens en proposant divers projets autour de la dépenalisation. La légalisation, elle, n’est pas encore au centre des débats.

**10.5.1. Dépénalisation**

La dépénalisation est un terme que l’on entend souvent dans les débats autour de la politique du cannabis. En effet, certains pays comme la Hollande ou le Portugal se sont positionnés favorablement à cette question. La France et la Suisse, elles, font partie des réfractaires.

Dépénaliser signifie retirer un peine pénale à une infraction. Dans le cas du cannabis, le produit resterait illégal, mais les infractions pourraient être punies par une simple amende.


En 2012, le conseil National a proposé un intermédiaire entre la loi en vigueur actuellement et le projet refusé en 2008. Cet intermédiaire donnerait la possibilité aux personnes majeures d’avoir avec soi 10 grammes de cannabis sans encourir de peines pénales. Dans ce cas, la peine serait une amende s’élevant de 100.- à 200.- d’amende. Ce nouveau projet permettrait également de diminuer le travail de la police judiciaire et de désengorger les tribunaux.

Une dépénalisation permettrait aux consommateurs une plus grande liberté. Ainsi, la consommation de cannabis deviendrait en quelque sorte tolérée.

Il est possible, lorsque l’on parle d’un projet de dépénalisation, de ne dépénaliser qu’une ou plusieurs activités en lien avec le cannabis. Ainsi, il est possible de ne dépénaliser que la consommation. Les modalités de quantités autorisées ainsi que
les actions comme la vente, la production ou l’achat sont dépendantes des politiques proposant le projet.

Comme on peut le constater, les votations de 2008 n’ont pas permis la dépénalisation de la consommation, la possession, la culture et l’achat de chanvre. Actuellement, des discussions se font en faveur d’une dépénalisation lors d’une légère consommation. Ceci montre qu’avec le cannabis, les adaptations de la loi se font toujours dans le sens d’une dépénalisation, si bien qu’un jour, la dépénalisation refusée en 2008, verra le jour.

10.5.2. Légalisation

Légaliser un produit signifie le rendre légal. Dans le cas du cannabis, la légalisation donnerait le droit à la population d’acheter et de consommer cette substance, et ce, au même titre que l’alcool.

Le rôle de l’État est important lors d’une légalisation. En effet, c’est lui qui contrôle le marché, pour n’importe quel produit légal.

Dans le cas du cannabis, cela sous-entend que chaque produit devra être étiqueté afin de connaître sa provenance ainsi que sa composition. L’État prélèvera une taxe, et c’est lui qui fixera les prix. C’est lui qui décide des lieux de ventes, des horaires de vente, de la quantité de cannabis produit, ou de la quantité d’achat autorisée. C’est lui qui est responsable d’alimenter le marché. En résumé, l’État peut autoriser ou limiter tout ce qui touche à la consommation, la vente, la production et l’achat comme il le souhaite.

L’avantage d’une légalisation du cannabis, serait de pouvoir faire tomber le marché noir. Cependant, l’État devrait à ce moment pouvoir fixer des prix inférieurs à celui du marché noir, sans quoi, le marché noir continuerait d’exister.

Un autre problème se pose en cas de légalisation du produit, qui est la protection des mineurs. Tout d’abord, l’interdiction de la vente de cannabis aux mineurs pourrait les diriger vers le marché noir. De plus, vus les difficultés rencontrées actuellement avec l’alcool chez les jeunes, mettre un nouveau produit sur le marché risque de créer de nouveaux dangers.

11. Le marché du cannabis

11.1. Culture de la plante de cannabis

La culture du cannabis a l’avantage de ne pas demander énormément d’effort, et surtout de rapporter beaucoup d’argent. En effet, le chanvre est bien plus rentable que le cacao, le maïs, ou toutes autres cultures traditionnelles. La culture du chanvre est d’ailleurs plus rentable que celle du coca (pour la production de cocaïne) ou des graines de pavot (pour la production des opiacés).
Pour ce qui est de la production (la production outdoor⁴), il n'y a aucune précaution particulière à prendre, la plante ne demande pas d'entretien. Cette culture ne demande pas non plus l'usage d'insecticides/pesticides. Elle s'adapte à tous les milieux. La plante libère également un sol propre et sain et améliore la fertilité du sol (excellente plante d’assolement). Le chanvre est donc une activité lucrative simple et très rentable, d'où l’intérêt d’en produire.

Par contre, lorsqu’il s’agit de production indoor, les coûts sont plus élevés du fait que ce type de plantation demande l’installation de matériel spécifique. Celui qui souhaite faire une culture indoor chez lui doit s’assurer de ne pas être vu, pour éviter d’être dénoncé. Il faut donc avoir la possibilité de faire une plantation dans une pièce vide de son domicile. Cette pièce, pour être cachée de l’extérieur va être perpétuellement plongée dans l’obscurité. Comme la plante a besoin de lumière, celle-ci va être artificielle. Un système d’aération devra également être mis en place pour éviter les odeurs très spécifiques du chanvre. Il existe également des sas pour la culture, sortes de compartiments d’une superficie de 75cm² et d’une hauteur de 2 mètres, imperméables à la lumière, et qui rentrent facilement dans petit appartement. Pour des cultures indoor plus grandes, les garages ou les hangars sont des endroits propices.

Actuellement en Suisse, il est interdit de cultiver du chanvre pour en produire un stupéfiant. Les agriculteurs ont la possibilité de cultiver du chanvre dont le taux est inférieur à 0,3%, donc considérée comme non toxique. Certaines graines garantissent ne pas développer un taux de THC plus élevé. Pour ce type de graines, les agriculteurs ont la possibilité de recevoir des subventions de l’Etat. Cette variété est principalement utilisée en thérapie ou dans les cosmétiques par exemple. Pour des taux de Δ⁹-THC plus élevés, le cultivateur doit pouvoir attester que la production n’est utilisée que dans le domaine pharmaceutique, cosmétique ou thérapeutique. Cette production n’étant que peu rentable, beaucoup de cultivateurs ont éradiqué leur champs. De plus, les divers problèmes rencontrés avec la police (saisie des champs, poursuites, amendes, etc) dissuadent les agriculteurs à cultiver cette plante. Aujourd’hui, il n’existe que très peu de producteurs, si l’on compare aux années 2000.

11.2. Le marché dans le monde

11.2.1. Production

Le Maroc est aujourd’hui le premier producteur mondial de chanvre, avec en moyenne une production de 47’000 tonnes par an [2]. L’Afghanistan, tout comme le Pakistan sont de gros producteurs, avec une production annuelle équivalente. Les États-Unis arrivent en troisième, qui produisent environ 10’000 tonnes par année (cette production est uniquement consacrée pour la consommation intérieure). La Colombie tendrait à venir à nouveau le grand producteur, comme c’était le cas dans les années septante.

⁴ On entend par « outdoor » la production dans les champs, à l’extérieur.
Les Etats-Unis se fournissent donc soit par leur propre production, mais également de la Jamaïque et du Mexique. Pour les Européens, l’importation se fait de la Colombie et du Maroc. Dans les pays européens, la culture professionnelle de cannabis a augmenté, notamment en Albanie et dans autres Etats des Balkans. Dans ces pays, le trafic se fait via les mêmes réseaux que ceux par lesquels transite l’héroïne depuis plusieurs dizaines d’années.

11.2.2. Trafic

Pour ce qui est du trafic international, il en existe trois sortes, chacun à un niveau différent [2] :

- Le niveau bas : c’est un échange de marchandises entre particulier, ou avec des petits trafiquants locaux. Il comprend aussi le passage de la frontière avec des voitures de tourisme allant de 10-100 kg de marchandises, ce qui est relativement modeste.
- Le trafic international : c’est un trafic permettant, par le biais de transports routiers, le transport de 500 kg à plusieurs dizaines de tonnes. Il provient du Maroc ou d’Espagne à destination des Pays-Bas et du Royaume-Unis (passage facilité grâce à la libre circulation). C’est à ce-moment que le haschisch est reconditionné en petites quantités pour être livré en Europe, y compris la Suisse.
- Le trafic intermédiaire : c’est un trafic exclusivement entre l’Espagne et la France. Il permet d’écouler en quelque jour entre 400 et 800 kg de chanvre. Les déplacements se font avec plusieurs voitures de tourisme puissantes (volées et avec de fausses immatriculations), dont une seule contient la marchandise. Les autres voitures servent de repérage ou de « voiture-balais ».

12. Le marché en Suisse

Le cannabis constitue très nettement le stupéfiant illégal le plus fréquemment consommé en Suisse.

12.1. Production en Suisse

Les grandes cultures « indoor » et « outdoor » ont pratiquement disparus en Suisse (sauf exceptions pour certains canton, mais la tendance est tout de même à la baisse).
Il n’existe pratiquement plus de magasins vendant illégalement du cannabis, ils ont tous été fermés (sauf exceptions).
Certains cantons qui observaient un trafic d’approvisionnement transfrontaliers important indiquent que ce phénomène n’est plus autant visible.
De ce fait, la production actuelle en Suisse se fait par de petites productions locales ou privées. Cette production peut visible mais bien présente, permet aux consommateurs suisses de ne pas se fournir à l’étranger. La production suisse se suffit à elle-même. Cependant, cette production concerne le chanvre destiné à être fumé (les fleurs de la plante), et non le haschisch (la résine de la plante). Le haschisch arrive en Suisse essentiellement depuis le Maroc, mais aussi depuis l’Asie du Sud et l’Afghanistan.

La production en Suisse permet également l'exportation de la marchandise vers les pays voisins. En effet, le chanvre suisse a une excellente réputation à l’étranger en termes de qualité.

12.2. Le marché noir

De par son illégalité, le cannabis, ainsi que toutes les autres drogues, implique un trafic sur le marché noir. Le marché noir permet d’échapper aux taxations de l’Etat et de rapporter énormément d’argent aux personnes qui vendent leurs produits (également des armes, etc.) sur ce marché. Le cannabis mis en vente sur le marché noir n’est ainsi pas déclaré, ni contrôlé, ni étiqueté. Il est ainsi très difficile de pouvoir être sur du produit que l’on achète. Le marché noir est un milieu dangereux, aux croisements du trafic d’armes et d’autres drogues tels que l’héroïne et la cocaïne. La criminalité y est souvent présente.

Le marché noir est une problématique actuellement en Suisse. Il est difficile de pouvoir donner des chiffres exacts, car la consommation, la vente, la fabrication ou la possession sont interdites. D’après une enquête menée par la police fédérale judiciaire sur le marché noir, la quantité totale consommée chaque année se trouve entre 22 et 37 tonnes de cannabis [21], majoritairement présent sous la forme des fleurs du chanvre (marijuana), 10% étant du haschisch. Le chiffre d’affaire annuel estimé du marché noir s’élève entre 245 et 418 millions de francs suisses [21].

En général, les prix d’achats dans la rue sont plus élevés que dans le privé. C’est pourquoi les trafiquants peuvent réaliser un chiffre d’affaires plus élevés. Pour les consommateurs qui produisent eux-mêmes du chanvre ou qui le reçoivent gratuitement d’amis cultivateurs, cela n’engendre aucun chiffre d’affaire sur le marché noir.

Aujourd’hui en Suisse, le commerce des rues n’est pas un point de vente important. En effet, les consommateurs se procurent la plupart du temps auprès de connaissances, donc de contacts privés. Ce commerce des rues est localement dominé par des Africains du Nord et de l'Ouest, et des personnes des Caraïbes.

La dangerosité du trafic dans les rues se traduit par la proposition d’autres stupéfiants par les trafiquants. Le fait de ne pas y avoir de transparence sur ce qui est vendu est également un risque. Il se peut que, à certains moments, le trafic de cannabis se méingle à celui des autres drogues, ce phénomène n’est pas nouveau. Même si la plupart des grandes cultures ont disparu en Suisse, la culture professionnelle par des groupements criminels joue un rôle important. Plusieurs actes de violence sont commis en lien avec la production de chanvre et ses réseaux.
de vente. Principalement, ce sont des ressortissants suisses, des personnes domiciliées en Suisse et des personnes issues des Balkans qui jouent un rôle majeur dans la culture du chanvre.

12.3. Le prix du chanvre

Depuis plusieurs années, le prix du cannabis n’a que peu évolué. Il se trouve toujours autour des 10.- Frs/gramme [2]. D’après le Monitoring de la problématique du cannabis en Suisse [20], le prix du cannabis aurait largement augmenté, pour passer à un prix entre 20 et 25.- Frs/gramme (surtout pour le canton de Zürich). Le prix du gramme de cannabis dépend donc d’un canton à un autre, ou d’un vendeur à un autre. La qualité de la marchandise joue également un rôle dans les différences de prix. Du chanvre de production indoor sera également plus cher, le taux de THC étant plus élevé que dans une production « outdoor ».

Il faut environ débourser 5.- Frs pour un joint, sachant qu’un joint contient environ 0,5 grammes de chanvre. Ce prix est relativement élevé. Pour une personne qui fume quotidiennement 2-3 joints, cela représente un budget de 300.- Frs par mois ! D’où l’intérêt de faire sa propre culture ou de connaître de bons amis qui peuvent la remettre gratuitement ou en échange d’un service.

Petit calcul : Si un jeune décide de faire une petite plantation chez lui avec 10 plants (petite quantité), et qu’il ne fait qu’une seule récolte par année car n’a pas la « main verte » (avec des techniques plus professionnelles, il est possible de faire 3-4 récoltes), cela lui procure 200 grammes de chanvre, et donc un revenu de 2000.- Frs. Pour se payer des vacances, ce moyen est moins fatiguant que de trouver un job d’été.

En reprenant ce même calcul et en l’appliquant cette fois à des productions importantes, on imagine la quantité d’argent que peut se faire un producteur et vendeur de cannabis. Une plantation peut à ce moment contenir plusieurs milliers de plantes, ce qui peut rapporter des millions de Francs.

12.4. Magasins de chanvre

C'est donc à partir de là, en 2003, que la loi a de nouveau été appliquée de manière plus ferme. Il y a eu une multiplication des saisies et de poursuites. Une grande partie des commerces ont été fermés. En 2004, d’après une enquête de l’Institut de criminologie de Lausanne, la Suisse ne comporte plus que 240 commerces de chanvre.

Comme déjà dit plus haut, l’importation de chanvre depuis de l’étranger n’est pas une pratique courante en Suisse. Suite à la répression de 2003, une baisse de production de cannabis aurait contribué à une augmentation de marchandise provenant de l’étranger. Mais aujourd’hui, avec les petites productions locales, les consommateurs achètent du chanvre suisse.

Les magasins de chanvre existants en Suisse ont cependant encore le droit de vendre en toute légalité du matériel destiné à la culture de chanvre (sas, lampe, bac pour la plante).

12.5. Accessibilité

En majeur partie, les consommateurs suisses se fournissent auprès de leurs amis (la marchandise et soit offerte, ou bien vendue). Peu de personnes en achètent dans la rue auprès de dealer. Une partie de l’approvisionnement se fait également par production privée (sur le balcon ou dans la cave). La vente de cannabis se fait donc principalement entre particulier. Avant la fermeture de la plupart des magasins de chanvre en Suisse, une partie des consommateurs se fournissaient dans ces magasins.\(^5\)

De manière générale, celui qui désire consommer du chanvre à usage psychotrope ne trouve pas de difficultés à s’en procurer. Même si financièrement, le chanvre a un certain prix, il existe toujours des moyens pour ne débourser que très peu d’argent. En effet, le chanvre est souvent donné entre amis. Même si aujourd’hui l’activité de vente dans la rue est minime, elle reste toujours présente. Elle cause de nombreux problèmes, car il n’est pas toujours possible de savoir ce qui est acheté et donc consommé. Le risque est également de se faire « arnaquer ».

13. La Santé publique

13.1. Prévention

Tout d’abord, il est important de souligner qu’en Suisse, la problématique du cannabis ne fait plus partie des priorités dans la société et les médias. Il y aurait également une tendance à la baisse de la consommation de cannabis depuis l’interdiction de fumer dans les lieux publics, comme les gares, les trains, etc. Il y a donc une moins grande visibilité de la fumée de cannabis de par ses mesures restrictives. La consommation d’alcool par exemple est au contraire le problème majeur chez les jeunes, tout comme les problèmes d’isolements liés à la surexposition à Internet et aux réseaux sociaux.

\(^5\) Annexe III
Mais alors, qu’en est-il de la prévention actuellement en vigueur en matière de cannabis ? Ce désintérêt médiatique et politique a-t-il une influence sur l’organisation de la prévention des addictions en Suisse ?

Avant d’étudier le système politique en matière de prévention, il est important de comprendre la définition et les buts sous-jacents aux actions préventives.

« Ensemble de moyen médicaux et médicaux-socio mis en œuvre pour empêcher l’apparition, l’aggravation ou l’extension des maladies, ou de leurs conséquences à long terme » ET « Ensemble des dispositions prises pour prévenir un danger ou un risque, un mal ; organisation chargée de mettre en place ses dispositions »

Définition tirée du Larousse 2011

La prévention a donc comme premier objectif de prévenir des comportements à risque et d’encourager des comportements bénéfiques pour la santé. Elle peut s’effectuer différemment selon le groupe-cible, le lieu et le type de consommateurs à qui elle s’adresse. La prévention peut être faite de manière globale ou individuelle :

• Prévention globale : Les actions s’effectuent au niveau pénal par une limitation de la publicité, une restriction d’accessibilité, etc.
• Prévention individuelle : Elle englobe l’information, la sensibilisation, la gestion de problème et la tentative de diminuer l’influence de l’environnement social.

La prévention se fait également en fonction de la catégorie de population à laquelle elle s’adresse. Selon l'OMS, voici la classification:

• Prévention primaire: Actes destinés à éviter l'apparition de nouveaux cas, elle se situe donc avant l'apparition d'une maladie ou autres problèmes. Généralement, les sujets ne sont pas malades.
• Prévention secondaire: Actes destinés à diminuer la durée du traitement, donc elle se situe entre le dépistage et le début d'un traitement. Généralement, les sujets ne sont pas encore malades, mais la maladie est présente.
• Prévention tertiaire: Acte destinés à diminuer les conséquences, les récidives des maladies, elle se situe donc dans le traitement et les suites de soins. Généralement, les sujets sont malades.

13.1.1. Pour qui ?

• Corps enseignants : cours d'informations, échanges, gestion des situations problématiques
• Maîtres d’apprentissages : sensibilisation, gestion des situations problématiques
• Parents : Informations, aide pédagogique, conseil pour entrer en discussions, partage d’expériences.
• Jeunes : Informations, gestions des difficultés, gestion de la pression du groupe
• Jeunes fumeurs de joints : réfléchissent en groupe sur leur consommation, but de réduction de la consommation.
13.1.2. Quoi ?

La prévention peut toucher plusieurs domaines :

- Alimentation et exercice physique
- HIV/SIDA
- Cancers
- Santé sexuelle
- Suicide
- Alcool
- Tabac
- Drogues

En ce qui concerne le cannabis, il est généralement inclus dans le « pack » : Tabac, alcool et drogues

13.1.3. Les buts

- Eviter l’entrée dans la consommation de cannabis
- Retarder une éventuelle entrée dans la consommation de cannabis
- Eviter le passage d’un usage expérimental à un usage régulier
- Empêcher la consommation régulière et quotidienne de cannabis
- Réduire la fréquence de consommation
- Réduire les risques engendrés par la consommation de cannabis (réduction des risques)

13.1.4. Comment ?

Comment peut-on agir dans la prévention sur des comportements à risques engendrés par la consommation de cannabis ? Plusieurs approches peuvent être imaginées au vu des nombreux facteurs de risque ainsi que les différents types de consommateurs que l’on peut rencontrer. De ce fait, il est important que chaque action soit adaptée à la situation. Cependant, de manière générale, six axes peuvent être envisagés :

- Information et sensibilisation : dissuasion
- Education affective : résolution de problèmes, discussion de groupe
- Alternatives fonctionnelles : promotion des loisirs
- Influence sociale : affirmation de soi, jeux de rôle, discussion
- Promotion compétence de vie : interaction, jeux de rôles, stratégie de prise de décision
- Promotion de la santé : communication scolaire, élaboration de projet, promouvoir la santé des élève au sein des établissements.
Pour être efficace, un programme de prévention devrait englober la personne dans son ensemble. Plus précisément, lorsque l’on inclut la famille, les écoles, le domaine des loisirs ainsi que les communes, on obtient de meilleurs résultats. De manière plus globale, plus l’intervention débute tôt et se déroule sur une longue période, meilleur est son résultat. En agissant globalement et de manière répétitive, on peut avoir une prévention des comportements à risques optimale.

13.2. La prévention au niveau fédéral

En Suisse, L’OFSP est l’organisme au centre de la prévention et de la promotion de la santé. Elle encourage et protège la santé des résidents en Suisse. Elle s’occupe donc également du milieu de la drogue et de sa prévention sur une base légale datant de 1991 qui lui octroie la tâche de réduire les problèmes liés à la drogue. Pour ce faire, l’OFSP à un budget de 10 millions de Francs par années pour agir sur l’ensemble des domaines (VIH, drogues, etc). Cependant, même si l’OFSP est le chef d’orchestre des programmes de prévention / promotion de la santé, c’est à chaque canton que revient le rôle principal de leurs mises en place. C’est donc les cantons qui proposent et mettent en place des actions qui seront financièrement soutenues par leurs cantons ainsi que la Confédération. L’OFSP s’occupe donc d’encourager subsidiairement de nouveau projet ou de donner une impulsion particulière dans un domaine.

Selon l’Ordonnance relative à l’addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l’addiction (Ordonnance relative à l’addiction aux stupéfiants, OASTup) [22], la prévention a pour but de :

- empêcher la consommation non autorisée de substances soumises à contrôle et encourager l’abstinence;
- prévenir et empêcher la consommation problématique et la dépendance aux substances psychoactives;
- prévenir les problèmes sociaux et sanitaires pouvant être causés par la consommation problématique et la dépendance;
- créer des conditions générales propices à la promotion de la santé en relation avec la consommation de substances psychoactives.

Programme général concernant la politique des quatre piliers (LStup) :
« ProMeDro II »

Deux premiers programmes de prévention préexistants (ProMeDro I et II) ont amélioré la situation sanitaire et sociale des personnes atteintes de dépendances aux drogues. La diminution du nombre de décès, du nombre de délits d’acquisition et de scènes ouvertes de drogue en sont les résultats principaux. Cependant, le cannabis, lui, continue à subir une hausse de sa consommation. Ce troisième programme a donc pour but de réduire les problèmes liés à la drogue en s’appuyant sur les bases légales ainsi que le renforcement des quatre piliers.
13.2.1. Les acteurs

- Confédération: se base sur la politique de la loi (LStup) et c’est donc à l’OFSP de soutenir les acteurs agissant dans le cadre de la prévention (4 piliers). La police ainsi que les douanes ont un rôle majeur sur la répression.
- Cantons : veillent à l’application des quatre piliers qui sont la prévention et la prise en charge thérapeutique. De plus, ils doivent veiller à appliquer l’interdiction de consommer sur leur territoire.
- Communes : s’occupent des tâches déléguées par leur canton. Elles doivent généralement trouver les ressources financières et matérielles nécessaires.
- Autres : les autorités peuvent déléguer certaines tâches à divers organismes

Les trois acteurs principaux (la Confédération, les cantons et les communes) ont le libre choix quant à la méthode qu’ils choisissent pour communiquer entre eux. Des commissions et divers groupes existent.

13.3. Rôle de l’OFSP

Les activités de l’OFSP dans le développement et la promotion de l’intervention précoce sont les suivantes:

- Soutien auprès des communes, des écoles et des spécialistes de la vie nocturne
- Soutien auprès des cantons dans la mise en œuvre de la loi sur les stupéfiants
- Organisation de conférences
- Rédaction d’articles et de brochures
- Promotion de l’échange et de la coordination des activités
- Suivi systématique du développement en matière d’interventions précoces auprès d’enfants et adolescents vulnérables, en mettant l’accent sur les problèmes de la dépendance
- Promotion de formation des intervenants


13.3.1. L’OFSP et la prévention du cannabis

L’OFSP joue le rôle de « chef » en matière de prévention de l’alcool et du tabac au niveau national.
La prévention de la toxicomanie à l’OFSP : 
• Rendre les enfants/adolescents capables de mener une vie sans consommation et les motiver à continuer
• Prévenir les effets négatifs de leur consommation

C’est sur cette base que plusieurs projets ont vu le jour, sous l’impulsion de l’OFSP :

• « Prévention des dépendances dans les communes » : Encrer les programmes de prévention préexistants et encourager leurs utilisations, impliquer une communication inter-commune et avec les réseaux fait entre 1993 et 2005
• « Fil rouge- prévention des dépendances dans les institutions pour adolescents » : Axer sur les institutions et foyers pour jeunes faits entre 1994 et 2005 dans 23 foyers.

Actuellement, même si la Confédération et les cantons interagissent ensemble, il n’y pas de stratégie globale en matière de prévention et sa structure manque de transparence. Chaque canton met en place des programmes en fonction des lois et objectifs en vigueur mais de manières décousues.

M. René Stamm, travaillant au Départements fédéral des affaires intérieures, plus précisément à la direction de santé public de l’OFSP répond à la question du programme national en matière de prévention du cannabis :

« La consommation de cannabis étant en baisse en Suisse depuis plusieurs années, et les efforts de l’OFSP s’étant orientés vers les problèmes de consommation excessifs d’alcool et de tabac, il n’y a plus de programme de prévention des drogues et du cannabis en particulier. Ces dernières années, l’OFSP s’est concentré sur le développement du repérage et de l’intervention précoce »

13.3.2. L'intervention précoce

L'intervention précoce est un consensus monté par l'OFSP dans le but de favoriser le développement harmonieux des jeunes en mettant l'accent sur leur environnement. Le but est d'augmenter l'autonomie des jeunes et leur donner une perspective d'avenir. Il s'agit d'intervenir très précocement auprès des jeunes pour favoriser leur intégration dans la société en leur offrant un soutien rapidement. [23]

L'intervention précoce permet de repérer rapidement les problèmes d'intégrations, les problèmes familiaux ou autres états vulnérables que peuvent vivre les jeunes adultes.
L'IP a mandaté le GREA, mais également RADIX pour se charger d'établir les lignes directrices pour mener à bien ce consensus.
• Le GREA (groupement romand d'étude des addictions) est une association des personnes actives qui promeut les bonnes pratiques. Il donne également des formations et prend position sur les sujets d'actualité et de société en lien avec les addictions.

• RADIX est « un centre de compétence suisse en promotion de la santé et prévention et rassemble différentes organisations offrant des prestations dans le domaine de la santé. » Le but principal de cet organisme est de faire reconnaître la promotion de la santé dans les communes pour que les mesures de l'OFSP soient appliquées.

*L'intervention précoce s'articule de cette manière:*

**INDIVIDUEL**
- 1. Promotion d'un environnement favorable
- 2. Repérage
- 3. Évaluation
- 4. Prise en charge

**INDIVIDUEL ET COLLECTIF**
- 2. Repérage

**COLLECTIF**
- 1. Promotion d'un environnement favorable

*Figure 3 - L'I/P: une démarche collective et individuelle qui concerne la communauté et les spécialistes.*

**Promotion d'un environnement favorable**

Cette partie s'adresse aux institutions, aux familles, aux communautés ainsi qu'aux professionnels. Le passage à l'âge adulte est une étape difficile pour tout être humain, c'est pourquoi le but de cette intervention est de favoriser l'autonomie des jeunes tout en gérant les difficultés qu'ils peuvent rencontrer dans la collectivité. Pour ce faire, la promotion de la santé est mise au centre de toutes les actions. Tous les acteurs intervenant autour de l'adolescent doivent être sensibilisés pour qu'un impact environmental soit envisageable. C'est donc pour cela que la promotion de la santé concerne de nombreuses personnes:

- Le milieu éducatif (écoles, apprentissages, foyers)
• La communauté (famille, voisinage)
• L'entourage direct (parents, frères, sœurs, amis)
• Le domaine de la santé (hôpitaux, médecins, infirmiers)
• Le planning familial
• Les lieux de loisirs et de sport
• Les autorités (communes, pouvoirs publics)

Si tous les acteurs agissent uniformément avec les mêmes objectifs, l'environnement des jeunes sera structuré et leur sera ainsi favorable.

Repérage

Cette seconde étape concerne principalement les institutions qui sont en contact direct avec les jeunes. On entend par là les écoles, les familles, les professionnels de la santé, les foyers socio-éducatifs, les milieux associatifs et les centres de loisirs. Ceux-ci ont un rôle primordial de repérage, puisque c'est eux qui sont en première loge pour détecter des comportements à risques tels que : troubles du sommeil, absentéisme, mauvais résultats scolaires ou diverses plaintes jugées inquiétantes. En fait, la détection des problèmes permet d'emmener les jeunes vers les structures d'aide dans le but d'éviter une éventuelle accentuation de la problématique.

Evaluation

Cette phase est l'évaluation des comportements suspects dans le but de décider d'un éventuel plan de traitement. Ce domaine-ci concerne principalement les professionnels de la santé.

Prise en charge

Cette ultime étape se déroule dans le cadre d'une prise en charge dans une institution spécialisée dans le domaine concernée.

13.4. Tour d’horizon des actions de prévention en Suisse

« Addiction suisse », anciennement connu sous le nom de « Institut suisse de la prévention des addictions (ISPA) » :

Depuis 2010, cette organisation est engagée dans la prévention des problèmes liés à la consommation d'alcool et des autres drogues. Addiction suisse est une fondation privée et politiquement indépendante. La fondation agit en produisant des outils didactiques, des flyers et autres brochures d’information qui sont accessibles pour les professionnels du terrain. Un groupe d’experts publie des articles, effectue des recherches et répond aux questions de la population.
13.4.1. Canton de Vaud

Dans le canton de Vaud, c’est la «commission de promotion de la santé et de lutte contre les addictions» qui demande les fonds nécessaires à la mise en place de programmes. C’est donc eux qui font les demandes au conseil d’Etat. De plus, ils ont créé une plate-forme cantonale d’échange entre professionnels qui leur permet de débattre et d’exposer les priorités de santé.

Au niveau des groupes, il y a «promotion de la santé et prévention» (REPER) qui exerce ses activités dans plusieurs domaines en matière de prévention dont le cannabis. Ils ont mis au point un projet «rond-point» qui cible les jeunes de 13 à 18 ans ainsi que leurs parents aux dangers liés à consommation d’alcool, cannabis et jeux vidéo. Ils offrent la possibilité aux jeunes de s’exprimer et de se positionner face à leur propre consommation afin d’avoir une prise de conscience. Les parents, eux, peuvent bénéficier d’entretiens familiaux ainsi que diverses brochures.

13.4.2. Canton du Valais

Addiction Valais (LVT) est un organisme qui collabore avec les milieux scolaires et développe des programmes de détection et d’interventions précoces. Ils agissent sur trois axes : actions collectives, interventions précoces et accompagnement individuel. Un de leur programme se nomme «je gère... mais jusqu’où ?» qui a pour objectif :

- La sensibilisation
- L’information
- L’aide à la gestion des problèmes d’addictions

13.4.3. Canton de Neuchâtel

A Neuchâtel, c’est le Département de la santé et des affaires sociales au travers du Service de la santé publique qui est responsable des actions de prévention. C’est lui qui établit le plan et le soumet au conseil d’Etat. C’est un délégué à la promotion qui décide de lancer de nouveaux projets ou alors d’utiliser des programmes existant. Il a donc une fonction de coordination et est sous la supervision du médecin cantonal. Le domaine des dépendances bénéficie d’un poste propre qui est engagé par la Fondation Neuchâtel addiction.

De plus, il existe plusieurs commissions :

- Une commission cantonale de prévention : permet de garantir une vision interdisciplinaire, inter-sectorielle et l’adéquation des projets avec la réalité.
- Une commission cantonale de médecine scolaire : permet de faire le lien entre les médecins scolaires et les services d’Etat. Harmonise les pratiques et les priorités des médecins dans les écoles qui sont à la charge des communes.
- Une commission cantonale addictions : s’articule autour de la prévention, les traitements hospitaliers et ambulatoires. C’est une plate-forme d’échange qui permet de transmettre les recommandations à l’intention du conseil d’Etat. Elle
est composée de professionnels du domaine de la prévention, de la justice et de la santé.

Fondation Neuchâtel addiction (FNA) est une organisation de professionnels spécialisés dans le domaine des addictions. La fondation regroupe quatre sites qui sont répartis dans tout le canton de Neuchâtel. Ils opèrent de manière coordonnée par des programmes de communications.

- **Pour qui ?**
  - Consommateurs de produits psychotropes licites ou illicites
  - Personnes ayant une activité pouvant exercer une dépendance (jeux, achats,...)
  - A leurs parents et proches
  - Aux adolescents et adultes
  - Aux professionnels
  - Aux organisateurs de manifestations
  - Aux médias

- **Missions :**
  - Prévention et promotion de la santé
  - Traitement
  - Réduction des risques
  - Centre d’expertise et de compétences

- **Les centres :**
  - Accueil
  - Ecoute
  - Orientation
  - Soins ambulatoires

**13.4.3.1. Un des centres : Le Drop’In**

Le Drop’In est un centre d'information, de prévention et de traitement des addictions. Trois outils sont proposés :

- « Le râteau » : bar réservé au 12-18 ans qui permet la réduction des risques lorsque l’on fréquente des bars « d’adultes ». Il est animé par des professionnels et propose aux jeunes en difficultés de se confronter à d’autres personnes que leur modèle parentales et d’avoir une écoute active et une orientation. Un soutien scolaire est également proposé.
• « Cannado » : programme de rencontre de jeunes consommant du cannabis. Il se construit sur la consultation seule, la consultation avec les parents et la consultation en famille.
• Consultations pour les parents.

14. Les Soins

14.1. Les traitements

Le traitement des addictions est vaste et son application varie en fonction du patient. En fait, la consommation de cannabis amène rarement l’individu vers une prise en charge thérapeutique. Le refus ou l’échec des soins sont souvent attribués au fait que les principaux consommateurs sont jeunes et refusent toutes prises en charge. Il semble difficile d’engager l’adolescent et sa famille dans un suivi car la décision du traitement n’est généralement pas volontaire. Cependant, pour éviter ses échecs thérapeutiques, il est important de mesurer l’ambivalence des individus face aux changements. En fait, les traitements existants pour lutter contre la consommation régulière de cannabis sont principalement des thérapies familiales et des thérapies cognitivo-comportementales. Les lieux de traitements (centres, cabinets privés, etc.) allient ses entretiens motivationnels à des évaluations psychologiques ainsi que des interventions de resocialisation pour traiter les comportements problématiques. Les thérapies peuvent se suivre ponctuellement ou de manières discontinues. Lorsque les thérapies ambulatoires s’avèrent inefficaces, des centres de traitements des addictions sont envisageables.

D’après la loi, les buts des thérapies destinées aux personnes dépendantes sont les suivantes:

- Etablir un lien thérapeutique;
- Améliorer la santé, notamment en réduisant les complications psychiques,
- Éviter les conséquences physiques et sociales de la consommation de substances psycho actives;
- Faire évoluer les patients vers une consommation de substances psycho actives présentant un risque faible pour leur santé
- Amener les patients à se réinsérer socialement et professionnellement;
- Amener les patients s’abstenir de consommer sans autorisation des substances soumises à contrôle

Selon l’« Ordonnance relative à l’addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l’addiction » : Conseil Fédéral, Ordonnance relative à l’addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l’addiction » [22]
14.2. La prise en charge

La prise en charge professionnel peut s'effectuer par un seul acteur ou de manière interdisciplinaire. Les infirmières spécialisées en psychiatrie, les éducateurs sociaux, les médecins psychiatres et les psychologues peuvent tous jouer un rôle dans la prise en charge.

L'intervention thérapeutique peut être de courte, de moyenne ou de longue durée selon les besoins exprimés par le patient. Généralement, la prise en charge est ambulatoire, mais peut également être assurée au cours d'une hospitalisation. Certains établissements utilisent des protocoles bien établis avec des programmes existant pour la mise en pratique du traitement. D'autres préfèrent laisser le libre choix au praticien dans sa manière de prendre en charge le patient.

Cependant, les bases théoriques du déroulement sont généralement identiques [23]:

- L'information: c'est la première voie de contact avec les consommateurs. Elle permet d'informer le patient sur le déroulement et le rôle du professionnel dans le cadre du soin. Cette première partie permet également d'objectiver les connaissances et représentations du patient face à sa propre consommation de cannabis.
- La prise de conscience : le thérapeute tente de mettre en éveil la conscience du patient pour qu'il tende vers une réflexion et une action sur sa consommation de cannabis.
- Le bilan de santé: il fait suite aux deux premiers rendez-vous et permet d'avoir une vision globale du patient. Ce bilan permet d'inciter le jeune à s'intéresser à sa santé pour qu'il puisse agir en faveur de celle-ci.
- Le retour de l'information : après ces deux premières rencontres et le bilan de santé, on peut faire ressortir un ensemble de symptômes que la personne présente. Ceux-ci peuvent alors être traités avec un plan de traitement adapté aux besoins de l'individu.

14.3. La thérapie

Selon la théorie de Prochaska, il existe différentes phases dans le processus du changement que la personne dépendante traverse. La connaissance de ces phases est utile afin d'adapter le traitement et également de tenter de prévenir certaines difficultés connues des stades suivants. Ce processus touche les consommateurs de cannabis, puisqu'un changement de comportement est envisagé.

- Pré-contemplation: le patient n'a pas conscience de sa maladie, pour lui son comportement est normal et il ne voit généralement pas de problématique.
- Contemplation: le patient est conscient que son comportement est problématique mais n'est pas capable de passer dans l'action. Il n'arrive pas à faire autrement.
- Décision: le patient décide qu'il doit changer et désire changer son comportement.
• Actions: modification du comportement, l'intègre les changements à sa vie active, fait ses objectifs et devient acteur.
• Maintien: développement d'un nouveau style de vie en y ayant intégré son changement de comportement.
• Rechute: le patient fait des écarts aux règles établies ou retombe complètement dans sa problématique. Il est important de sensibiliser les patients à ce risque en identifiant rapidement les freins du changement.

Durant le traitement des comportements addictifs ou abusifs du cannabis, le praticien va chercher à emmener le patient à entrer dans l'action. Pour ce faire, la connaissance approfondies du patient et de son mode de vie ainsi que son fonctionnement est nécessaire pour que la thérapie soit efficace.

Pour ce faire, des étapes de conceptions pour la consultation sont nécessaires. Il s'agit de techniques permettant de cerner, mais également de guider le patient vers ses objectifs finaux.

Le niveau d'exigence:

Cette étape permet de définir ce que le patient désire et ce que le soignant peut offrir. Elle est nécessaire pour être sûr que l'offre et la demande sont en adéquation. Cette connaissance de l'autre est importante pour que les résultats attendus satisfont les deux parties. Le professionnel va déjà chercher à savoir les raisons ou les motivations qui mène le patient en consultation. Ces connaissances permettront une évolution harmonieuse en évitant les conflits thérapeutiques.

Identifier les obstacles:

Le but est de définir les éléments bénéfiques et pouvant aider le patient dans son changement. Les situations problématiques sont identifiées ainsi que les ressources pouvant aider la personne à aller de l’avant. Cela permet aux soignants de reconsidérer la stratégie de traitement dans le cas où les éléments néfastes pourraient avoir un impact négatif sur le déroulement de la prise en charge.
Objectifs à court et moyen terme:

Les objectifs finaux sont négociés dès le début de la demande. Cependant, de nombreux objectifs intermédiaires sont mis en place au fil des consultations pour permettre d’atteindre l’objectif final. Les objectifs varient en fonction des patients, mais ceux-ci doivent être simples et mesurables.

De manière générale, la prise en charge et son suivi s’articule sur trois périodes:

- La période initiale: le patient réalise les objectifs.
- La période de maintien des objectifs: le patient maintiens et intègrent les objectifs dans sa vie quotidienne.
- La phase de suivies: le patient garde contact avec son thérapeute en se rendant occasionnellement en thérapie.

Des séances de regroupement familiales et/ou avec les proches permettent la mise en relation de situations vécues difficilement par le patient en liens avec sa consommation. Cette démarche favorise la communication et permet la prise de conscience de chacun. Cela permet également aux parents de se rassurer face à la consommation de leur enfant puisque des informations sont données. De plus, cela permet d’intégrer l’entourage dans la mise en place des objectifs des adolescents/adultes.

En conclusion, une bonne alliance thérapeutique ainsi qu’une vision globale du patient permet une prise en charge optimale.

14.4. Les modèles thérapeutiques

Dans la prise en charge des addictions, le thérapeute amène l’individu à se positionner ainsi qu’à trouver par lui-même les modalités de résolution. En fait, il s’agit là du concept de « relation d’aide ». La relation d’aide est un concept créé par Carls Rogers qui s’insère dans les suivis psychologiques où une demande de soutien est nécessaire. Elle se base sur quatre critères:

- L’empathie
- L’écoute active
- La congruence
- Le non jugement

« La relation d'aide est une relation permissive, structurée de manière précise, qui permet au client d'acquérir une compréhension de lui-même à un degré qui le rend capable de progresser à la lumière de sa nouvelle orientation. " (Rogers C.) »

Plusieurs thérapies s’inspirent de ce dernier, comme la psychothérapie cognitivo-comportementale, les thérapies systémiques et les thérapies humanistes.
14.5. Les médicaments

Il n'y a actuellement pas de traitements médicamenteux permettant une diminution de la consommation de cannabis. Le traitement est donc, comme on a pu le voir, principalement la psychothérapie.

Il est cependant possible de prescrire des antianxiolytiques, des antipsychotiques ou des sédatifs lors de la diminution ou de l'arrêt de la consommation pour pallier aux effets du sevrage. La prescription relève du domaine médicale et est envisagée lorsque le traitement psychiatrique s'avère difficile.

14.6. Le sevrage

Il existe un syndrome de sevrage proche de celui des psychostimulants. Il comprend des phases anxieuses et une forte irritabilité, des problèmes à trouver le sommeil ainsi qu'une baisse de l'appétit. Cette période commence entre un à trois jours après l'arrêt de la drogue, puis un pic survient vers les dix jours qui peut affecter l'individu en baissant ses capacités de concentration et sa motivation, et peut aller jusqu’à une dépression.

D'après le médecin Meziane Lebik, il n'existe pas de symptômes de sevrage spécifiques. Le sevrage du cannabis n’est pas aussi présent que celui rencontré chez des cocaïnomanes ou des héroïnomanes. Le sevrage se rapprocherait plus de celui du tabac, par des phases d’irritabilité. Il existerait également une notion de « craving », c'est-à-dire une période durant laquelle la personne en sevrage ressent une intense envie de fumer et de se jeter sur joint.

14.7. Les coûts d'une prise en charge

Il est difficile d’estimer le coût d’un sevrage au cannabis. Le motif d’admission dans les centres de traitement des addictions n’est généralement pas la consommation de cannabis en elle-même, mais les difficultés qui y sont liées. Les problèmes comportementaux et/ ou l’état psychique des patients les amènent à une hospitalisation. Cependant, l’arrivée dans un centre psychiatrique s’opère sur plusieurs années.

Le Centre Neuchâtelois Psychiatrique (CNP) parle d’un coût de 500.- par jour pour traiter les dépendances.

14.8. Exemple d'une prise en charge : Drop'In

Le Drop’In est un centre d’informations, de prévention et de traitement des addictions se trouvant à Neuchâtel.

---

7 Annexe X
Les Drop’ In bénéficient d'une structure nommée "Canado" qui est exclusivement destinée aux adolescents. Ceux-ci peuvent être envoyés par le réseau de soin existant entre les écoles secondaires, les lieux d'apprentissages et quelques lycées du canton de Neuchâtel, mais également par la justice. Les jeunes peuvent aussi s'y rendre de manière autonome. Le but de cette prise en charge est de diagnostiquer et d'accompagner le jeune vers un arrêt ou une diminution de sa consommation. La prise en charge s'articule de cette manière:

Evaluation:


Suivi:

Le jeune est suivi de manière individuelle, mais peut également intégrer la famille. Le but recherché est de comprendre et d'accompagner les jeunes vers une réflexion.

Traitement:

Généralement, les adolescents ne veulent pas modifier leur comportement tant qu'ils n'y voient pas une raison valable. Le but du traitement systémique permet de prendre en compte chaque partie de l’environnement gravitant autour du jeune afin de trouver des leviers aux changements. Une diminution de la consommation peut être déclenchée par une simple modification du rapport affectif aux parents par exemple. Selon Clément Descoeudres, référent psychosocial et responsable du programme Cannado:

"Les adolescents changent très rapidement. Donc notre action peut être intense et courte au contraire des adultes qui sont déjà bien ancrés dans leurs habitudes. Ils leurs suffit de pas grand choses, car dès qu'ils n'ont plus de raison d'échapper à la réalité, ils stoppent leur consommation. Bien sûr, ceci n'est pas une règle absolue."

15. Enjeux éthiques et droits fondamentaux

15.1. L'éthique

« Partie de la philosophie qui envisage les fondements de la morale »
« Ensemble des principes moraux qui sont à la base de la conduite de quelqu'un »
Larousse
L'éthique est donc un guide comportemental pour les êtres humains leur permettant de réagir de manière respectueuse envers eux-mêmes et les autres avec un esprit sociétal. L'éthique porte sur divers aspect comme les valeurs, les règles, et les devoirs. Chaque secteur des activités humaines est soumis à cette question. L'éthique repose sur quatre principes:

- La justice
- L'autonomie
- La bienfaisance
- La non-malfaisance.

Elle porte, comme dit précédemment, un jugement moral sur la société et les autres comportements. La définition parle de principes moraux, mais qu'est-ce que la morale?

« Ensemble de règles de conduite, considérées comme bonnes de façon absolue ou découlant d'une certaine conception de la vie »

« Science du bien et du mal, théorie des comportements humains, en tant qu'ils sont régis par des principes éthiques »

Larousse

15.2. Enjeux éthiques en lien avec la problématique

Au travers des lois et donc au travers de notre problématique du cannabis, plusieurs questionnement éthique sont soulevés. Sous prétexte que le cannabis nuit à la santé, avons-nous le droit de priver les gens de choisir par eux-mêmes ce qui est bon ou bien pour eux? Devons-nous laisser le libre choix ou devons-nous imposer des règles basées sur un système de valeurs protectionniste? Pour nous aider dans cette réflexion, il est important de se baser autant sur une réflexion éthique mais également sur le droits Humains fondamentaux.

15.2.1. Autonomie

Si nous commençons par les fondamentaux de l'éthique, l'autonomie est un principe éthique qui se base sur la fait que chacun doit pouvoir garder son autonomie tant physique que psychique. On entend aussi par autonomie le sens de liberté (c'est-à-dire l'absence de contraintes) ainsi que la capacité de l'individu à délibérer, décider et agir. Chaque individu doit avoir la possibilité de réfléchir par lui-même et prendre les décisions qu'il juge adéquates pour sa personne. Il choisira donc ces actions selon son propre système de valeur. Cependant, l'éthique étant également une critique de la morale servant de guide pour la conduite humaine, il semble donc légitime que la loi interdise la consommation de substances nocives pour la santé.

Il y a donc une opposition flagrante: laisser le libre choix aux consommateurs de juger le bien du mal de leurs actions, ou alors leur imposer ce qu'ils ont le droit de faire ou de ne pas faire, avec comme argument l'impact négatif sur leur santé. Dans la deuxième option, la propre réflexion et le libre choix est relativement réduit. Actuellement, la politique a choisi cette option de réduction, soit d'interdire en se
basant sur un principe de promotion de la santé. Dans ce cadre, il semble donc que ce principe éthique ne soit pas en totale adéquation avec les lois en vigueur. Cependant, peut-on réellement laisser le choix aux consommateurs d'acquérir des produits étant à haut risque de toxicité sur le simple fait de la liberté individuelle?

15.2.2. Bienfaisance et non-malfaisance

La bienfaisance et la non-malfaisance sont deux principes éthiques qui sont également en désaccord dans les deux parties (consommateurs et Etats). D'un côté, les autorités dans cette optique protectionniste veulent protéger et ne pas nuire à la population. Ses effets néfastes pour la santé, ainsi que la mise en danger du reste de la population en sont les fondements (conduite et consommation par exemple). Il y a donc dans cette interdiction la notion de ne pas faire de mal aux autres. D'un autre côté, pour les fumeurs dont la consommation s'avère tranquillisante, relaxante, voir thérapeutique, l'interdiction semble avoir un effet néfaste sur leur santé psychique. Cette automédication, qui modifie la conscience, utilisée à des fins médicales ne serait-elle pas bienfaisante pour ces individus? Alors, peut-on accepter qu'à une certaine période de la vie, voire tout au long de la vie, le recours à ce type de soins puisse être bienfaisant pour autrui?

15.3. Les droits Humains fondamentaux

Pour continuer dans notre réflexion, penchons-nous sur les droits Humains fondamentaux. Il existe 6 droits fondamentaux:

- La Dignité
- La Liberté
- L’Égalité
- La Solidarité
- La Citoyenneté
- La Justice

Ils sont basés notamment sur les droits et libertés fondamentaux reconnus par la Convention européenne des droits de l'homme, les traditions constitutionnelles des États membres de l'Union européenne, la Charte sociale européenne du Conseil de l'Europe et la Charte communautaire des droits sociaux fondamentaux des travailleurs ainsi que d'autres conventions internationales auxquelles adhèrent l'Union européenne ou ses États membres. Chaque droit Fondamentaux est composé de plusieurs sous article pour légitimer et expliciter le thème.

15.3.1. Egalité

Non-discrimination, article 21:

« Est interdite, toute discrimination fondée notamment sur le sexe, la race, la couleur, les origines ethniques ou sociales, les caractéristiques génétiques, la langue, la religion ou les convictions, les opinions politiques ou toute autre opinion, l'appartenance à une minorité nationale, la fortune, la naissance, un handicap, l'âge ou l'orientation
sexuelle. »

« Dans le domaine d'application du traité instituant la Communauté européenne et du traité sur l'Union européenne, et sans préjudice des dispositions particulières desdits traités, toute discrimination fondée sur la nationalité est interdite. »

15.3.2. Dignité

Tout homme a droit au respect quel que soit son âge, son sexe, sa santé physique ou mentale, sa religion, sa condition sociale ou son origine ethnique.

Droit à l'intégrité de la personne, article 3:

« Dans le cadre de la médecine et de la biologie, doivent notamment être respectés:
- le consentement libre et éclairé de la personne concernée, selon les modalités définies par la loi. »

15.3.3. Solidarité

Protection des consommateurs, article 38:

« Un niveau élevé de protection des consommateurs est assuré dans les politiques de l'Union. »

Protection de la santé, article 35:

« Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales. Un niveau élevé de protection de la santé humaine est assuré dans la définition et la mise en œuvre de toutes les politiques et actions de l'Union ». 

15.3.4. Notre réflexion

En lisant ceci, il semble évident que l'interdiction du cannabis soit en vigueur puisque c'est un droit que d'être protégé.

Cependant; « Qu'en est-il de ce droit concernant le tabagisme ainsi que la consommation d'alcool, ou encore la vente de produits alimentaires riches en graisse trans qui sont également des agents potentiellement pathogènes en libre vente? ».

La question est donc, jusqu'où protégeons-nous les Humains? En fait, l'interdiction du cannabis est une mesure de l'Etat visant la protection de la population. Mais alors, pourquoi bénéficier-t-on d'une telle protection pour cette drogue et pas les autres produits cités plus haut?

De plus, sommes-nous totalement non-discriminant et respectueux lorsque nous
stigmatisons les consommateurs au rang de drogués? Et que fait-on des utilisateurs qui l'utilisent à des fins thérapeutiques? En lisant les droits fondamentaux et en se questionnant de manière éthique visant l'autonomie et donc le choix individuel, ne devrions-nous pas simplement accepter, voir comprendre les personnes en consommant sans émettre un jugement quelconque ou alors au contraire renforcer les lois dans un but de protection de la santé d'autrui?

En conclusion, l'éthique, la morale et les droits humains sont dans les deux parties présentes et ne peuvent pas déterminer laquelle a les meilleurs arguments. Mais alors, est-ce qu'un terrain d'entente qui concilierait les deux opinions serait possible entre les hautes autorités et les utilisateurs? En fait, cette réflexion concernant la légalisation du cannabis, nous amène à nous questionner sur le fonctionnement de notre société. En effet, quelles sont les raisons qui poussent les adolescents et adultes à consommer des produits modifiant leur comportement? Pourquoi ce genre de comportements à risque sont-ils devenus si présents, voire « vitaux » chez certains consommateurs? Serait-ce un moyen de supporter le poids de leur existence dans une société aux valeurs discutables?

16. Conclusion

En sommes, nous remarquons par cet apport théorique que la problématique de la consommation de cannabis touche de nombreux domaines et doit être étudiée dans toute sa complexité. Cette partie théorique nous a permis d’approfondir le sujet et d’identifier les personnes principalement concernées par cette problématique. Dans la deuxième partie de ce travail, nous traiterons de l’immersion en communauté que nous avons réalisée, l’objectif étant d’illustrer nos actions et de synthétiser ce que nous en avons retiré.
Aspects pratiques : Immersion en communauté

17. Activités sur le terrain

Dans le cadre de notre travail, nous avons tout d’abord fait une revue de la littérature afin d’acquérir un bagage théorique sur différents thèmes en lien avec notre sujet, mais nous avons également réalisé une partie davantage pratique via l’immersion. Celle-ci s’est surtout composée d’entretiens avec différentes personnes touchées de plus ou moins près par la consommation de cannabis. Cela nous a permis de recevoir divers points de vue sur la question. Pour cela nous nous sommes déplacées dans plusieurs endroits de la Suisse, comme le canton de Neuchâtel et du Jura, ainsi que dans le canton de Fribourg.

En plus des entretiens cités ci-dessous, nous sommes allées un vendredi soir en ville de Neuchâtel dans le but de rencontrer des jeunes, et de pouvoir les interroger au sujet de leur consommation de cannabis. Cette partie-là reflète réellement l’immersion en communauté. Malheureusement, elle n’apparait pas dans ce travail, mais elle a été pour nous une expérience enrichissante.

18. Les personnes concernées

Les consommateurs ne sont pas les seuls à être concernés par la problématique du cannabis. En effet, il y a premièrement l’entourage du consommateur qui est touché de près par cette consommation. La famille est certainement au premier plan dans cette problématique. La majorité des consommateurs étant des adolescents ou jeunes adultes, les parents ainsi que les frères et sœurs sont également concernés. Il a été lu dans la littérature ou entendu lors de nos divers entretiens que la découverte de la consommation de cannabis chez un membre de la famille bouleverse bien souvent l’équilibre de celle-ci. Une consommation qui engendrerait des effets à long terme sur le jeune pourrait alors nuire aux bonnes relations entre les différents membres de la famille. Les enseignants et/ou les collègues du consommateur sont également concernés par la problématique. Au vu des effets à plus ou moins long terme qu’engendre la consommation de cannabis, on imagine bien que cela peut se ressentir à l’école ou au travail. Les enseignants et/ou collègues devront alors faire face aux méfaits que la consommation peut engendrer au niveau scolaire ou professionnel (changement de la qualité du travail, baisse de motivation, manque de concentration, etc.) Aussi, le personnel médical (médecins, infirmiers-ères, psychologues, etc.), et plus particulièrement celui qui travaille dans les établissements prenant en charge des personnes ayant des addictions ou les infirmiers-ères du milieu scolaire, est concerné de près par la question. En plus de mettre en place des stratégies thérapeutiques pour le patient ou l’étudiant consommant du cannabis, ce corps médical peut avoir un rôle de confident pour les jeunes. Ils se doivent donc d’être un maximum à l’écoute et de cibler ainsi l’origine et les raisons de cette consommation. Les services sociaux peuvent également être
acteurs lors d’une consommation régulière et excessive de cannabis. En effet, il a été vu chez plusieurs consommateurs que ceux-ci avaient déjà eu à faire aux services sociaux. La question est alors de savoir si une consommation abusive a engendré des méfaits chez le consommateur et l’a contraint à se rendre au service social, ou alors si la consommation s’est jointe à une situation déjà précaire. Selon nos recherches, la consommation de cannabis semblerait alors être un facteur aggravant pour une situation personnel déjà précaire mais ne serait pas la seule cause de la détérioration d’une situation. Finalement, l’acteur également concerné de près par cette problématique du cannabis est la police. Celle-ci à un rôle de répression en faisant appliquer la loi sur les stupéfiants lors de consommation ou de vente de cannabis, mais elle peut également avoir un rôle de prévention auprès des jeunes, au même titre que pour l’alcool par exemple.

Nous avons alors essayé, dans le cadre de notre immersion, de rencontrer un maximum de ces personnes concernées pour tenter de travailler sur notre question en ayant une vision systémique.

19. Les personnes contactées

• Tierry Chuard, docteur en chimie qui enseigne à l’université de Berne
• Bruno Guerne, chef de la police de proximité, Neuchâtel
• Sylvia Hügli, commis-greffière au Ministère public du canton du Jura
• Martin Büchi, délégué qui répond aux questions de l’OFSP
• Thomas Egger, directeur de la prison de Crételongue en Valais

20. Les personnes rencontrées

Consommateurs : Annexes IV-VII
• Eisenberg*, consommateur régulier
• Sam, important consommateur et ancien vendeur
• Valentin, consommateur qui a eu un suivi au Drop’In
• Raquel (tante à Mélissa), consommatrice pour raisons thérapeutiques
• Divers consommateurs rencontrés dans la rue lors d’une soirée d’immersion autour des boîtes de nuit de Neuchâtel

Professionnels de la santé : Annexes VIII-XII
• M. Claude-François Robert, médecin cantonal du canton de Neuchâtel
• Mme Trojan, infirmière à Préfargier (CNP)
• M. Meziane Lebik, médecin-chef d’une unité d’addictions dans un hôpital psychiatrique à Préfargier (CNP)
• M. Clément Descoeurdes, référent psycho-social au Drop’In
• Valerie Wenger, coordinatrice au Drop’In

* Prénoms d’emprunt
Professionnels divers : Annexes XIII-XVII
- Pierre-Philippe Blaser, pasteur (Paroisse de Môtier/Vully)
- M. Olivier Guéniat, chef de la police du Jura
- Fred*, employé d’un magasin de chanvre, Délémont
- Adrien, enseignant de niveau secondaire
- Michel, entrepreneur et maître d’apprentissage

Autres personnes liées à la consommation de cannabis : Annexes VI et XVIII
- Mère de Valentin (consommateur)
- Mélissa*, fille de consommateur

Autres : Annexe XIX
- Une personne âgée

Nous avons essayé de rencontrer Bernard Rappaz pour l’interviewer mais il se trouve actuellement en prison. Nous avons contacté le directeur de la prison mais nous sommes restées sans nouvelles. Nous souhaitions rencontrer un autre chanvrier, André Fürst (de Morat FR), mais celui-ci se trouve également en prison.

Nous avons tenté de contacter SanaSativa à Murist (FR), entreprise qui vend des produits à base de chanvre, mais nous n’avons pas eu de réponse à nos appels.

Nous aurions aussi aimé rencontrer le père de famille consommateur de cannabis, père de Mélissa dans notre travail, mais malheureusement, celui-ci n’a pas voulu nous recevoir pour des raisons personnelles.

Finalement, parmi les personnes interviewées, il nous manque malheureusement l’avis d’un consommateur mineur que nous n’avons pas réussi à trouver.

21. Synthèse de nos interviews et idées fortes ressorties

21.1. Les consommateurs de cannabis

De manière générale, on a pu voir chez les personnes interviewées que leur première consommation s’est faite vers l’âge de 14-15 ans. Chacun d’entre eux a fumé pour la première fois accompagné d’amis, souvent plus âgés. Ils ont ensuite continué leur consommation car elle leur permet d’évacuer le stress ou de se détendre. Cette consommation, qu’elle soit régulière ou occasionnelle, semble ne pas poser de problèmes aux consommateurs et ils la comparent souvent à la consommation d’un ou deux verres de vin qu’auraient certaines personnes en rentrant chez eux le soir. La plupart des consommateurs disent cependant pouvoir se passer du cannabis lorsqu’ils sont avec des non-fumeurs. La personne interviewée qui consomme du cannabis pour des raisons thérapeutiques, a commencé à en fumer quotidiennement (un joint chaque soir) à 38 ans, lorsqu’elle a appris que le cannabis pouvait avoir des effets favorables sur les douleurs qu’engendre la sclérose en plaques.
Au niveau de leur avis sur la prévention actuelle par rapport à la consommation de cannabis, tous semblent penser qu’il faudrait en faire plus tôt, vers les jeunes de 10-11 ans, car lorsqu’on a 13-14 ans, on est moins sensible à ce qu’on peut nous dire en matière de prévention. Aussi, il ressort qu’un message clair ou une phrase qui fait réfléchir serait plus percutant qu’une multitude d’informations. Cependant, il est aussi souvent dit que la prévention chez les jeunes s’avère difficile, car ceux-ci ont leurs idées et l’envie de braver l’interdit ou de faire de nouvelles expériences sans se préoccuper de ce qu’on leur dit.

Au sujet de la dépénalisation et de la légalisation du cannabis, les avis sont partagés. Certains voterait « oui » pour les raisons suivantes : Suppression partielle du marché noir, contrôle de la qualité du produit, autorisation de se faire prescrire du cannabis pour des raisons thérapeutiques et suppression de la peur de se faire contrôler en possession de cannabis. Les consommateurs qui voterent contre la dépénalisation et la légalisation du cannabis évoquent principalement le fait que ce produit deviendrait plus cher car des taxes seraient instaurées par l’Etat.

Une idée forte qui ressort de tous les entretiens avec les consommateurs est la comparaison du cannabis avec l’alcool. Selon eux, il y a un grand fossé concernant la législation des deux produits. Cela ne leur semble par correct car les deux produits ont des conséquences physiques mais l’alcool est légal alors que le cannabis ne l’est pas.

**21.2. Les proches des consommateurs**

Les deux proches de consommateurs interviewés (une fille et une mère de consommateur) ont un discours qui se ressemble. La consommation en elle-même ne leur pose pas un réel ennui. Par contre, elle devient problématique pour les proches si elle est abusive (quotidienne) et engendre un changement de comportement chez le consommateur (léthargie, fatigue, baisse de la motivation, etc.)

Pour ces proches, il manque clairement de prévention en Suisse au niveau du cannabis. La mère d’un consommateur pense que la prévention devrait se faire chez les jeunes adolescents (11-12 ans), mais également chez les parents. Selon elle, il faudrait apprendre aux parents à faire de la prévention contre le cannabis à la maison et à avoir une réaction adéquate s’ils apprennent qu’un de leurs enfants fume.

Au niveau de la dépénalisation et de la légalisation, les avis sont partagés. Pour la mère d’un consommateur, la réponse est clairement négative. Elle pense qu’une éventuelle légalisation du cannabis ouvrirait des portes aux jeunes et il serait ensuite difficile de donner une bonne éducation aux enfants si la société accepte le cannabis dans ses mœurs. La fille d’un consommateur est, elle, pour une dépénalisation et une légalisation. Elle pense que l’interdiction n’empêche pas les gens de consommer du cannabis et que la légalisation permettrait un meilleur contrôle des produits.
21.3. **Les professionnels de santé**

Selon les professionnels de la santé interviewés, la consommation de cannabis peut engendrer une dépendance certaine. Il est cependant difficile de qualifier si celle-ci est uniquement psychique ou si elle est également physique. Il y a en effet de faibles symptômes de manque lors de l’arrêt de la consommation de cannabis qui se manifestent par une nervosité accrue et une anxiété. Cette dépendance et les effets que le sevrage peut engendrer dépendent souvent du rapport que le consommateur avait avec le cannabis et les raisons pour lesquelles il en consommait. Les professionnels de santé interviewés pensent qu’il faut prendre en compte le contexte personnel du patient pour comprendre les raisons de sa consommation et pour l’aider à arrêter, s’il y a une demande. Le fait de fumer du cannabis ne semble pas être un réel problème en soi, tout comme la consommation d’alcool, mais la situation devient problématique lorsque cela engendre un trouble du comportement ou un trouble psychologique.

De manière générale, ils pensent tous qu’il n’y a pas assez de prévention et que celle-ci n’est pas adéquate. La prévention devrait se faire, pour eux, au niveau des très jeunes adolescents (11-12 ans), mais aussi au niveau des familles et des enseignants. L’entourage des jeunes doit être également impliqué.

Au niveau de la dépenalisation et de la légalisation du cannabis, les professionnels de santé interviewés semblent pour. Pour eux aussi, il y a une certaine hypocrisie dans la politique suisse au niveau de l’alcool et du cannabis. Il pense qu’une dépenalisation, voire une légalisation de ce produit casserait la marché noir. Aussi, le médecin-chef d’une unité d’addictions dans un hôpital psychiatrique nous confie qu’il conçoit que l’on puisse fumer du cannabis de manière récréative ainsi qu’en toute conscience et que cela n’engendre pas nécessairement un traitement. Cette réponse par rapport à la dépenalisation et à la légalisation peut paraître étonnante de la part de professionnel de santé mais ceux-ci se défendent par le fait que l’interdiction et la répression n’empêche pas les gens de fumer du cannabis et que la carte de la responsabilisation semble plus adéquate.

21.4. **Le représentant de la Justice (chef de la police jurassienne)**

Le chef de la police jurassienne nous explique clairement que le cannabis demande peu de charge de travail pour les agents de police. En effet, ceux-ci ont pour mission de s’occuper des drogues dites plus dangereuses (hééroïne, cocaïne, LSD, etc) avant du cannabis. Pour lui, le problème n’est clairement pas la consommation de cannabis en elle-même mais la relation que chacun entretient avec sa consommation. Souvent, les adolescents utilisent le cannabis par automédication pour leur mal-être. Cependant, les adolescents n’étant pas « achevés », la consommation peut s’avérer dangereuse pour leur développement. De plus, il y a une très forte corrélation entre la consommation excessive de cannabis et le développement d’une schizophrénie.

Au niveau de la prévention, son idée est claire : il n’y en a pas assez. Il pense que l’on devrait en faire plus chez les très jeunes, mais remarque qu’il y a actuellement une baisse de la consommation de cannabis dans la population suisse et cela serait
dû à la loi prohibitive de ces dernières années sur le tabac. Les gens ne peuvent plus fumer dans les endroits publics et la consommation de cigarettes semblerait étroitement liée à la consommation de cannabis.

Son avis sur la dépénalisation et la légalisation est partagé. Il est pour une dépénalisation du cannabis à titre thérapeutique mais ne se positionne pas réellement pour une légalisation totale. Il nous cite cependant les difficultés qu’aurait l’État on légalisait le cannabis. L’État devrait fournir lui-même le cannabis et ne serait pas assez compétitif par rapport aux prix du marché noir car il devrait instaurer des taxes sur le produit. Aussi, une légalisation en Suisse engendrerait un tourisme des drogues et cela créerait brigandages et troubles de l’ordre public.

21.5. Les professionnels de la prévention (Drop’In)

Les personnes interviewées s’occupant de la prévention travaillent au Drop’In à Neuchâtel. Selon ce qu’ils remarquent dans leur pratique, la problématique de la consommation de cannabis est surtout présente chez les adolescents et les jeunes adultes.

Pour eux, la prévention est, évidemment, primordiale. Elle est le meilleur moyen pour lutter contre la survenue de la consommation. Cependant, les moyens financiers manquent et la prévention est donc trop faible dans le domaine du cannabis. Le Drop’In organise un maximum de prévention sous formes de journées santé, de programmes de prévention et de lieux d’échange.

Au niveau de la dépénalisation et de la légalisation, ils sont contre chez les jeunes, mais plutôt pour chez les adultes. Ils pensent en effet qu’on doit protéger les mineurs du cannabis en faisant de la répression mais que, chez les adultes, il n’est pas logique de diaboliser davantage le cannabis que l’alcool par exemple.

21.6. Les personnes annexes (pasteur, personne âgée, enseignant, maître d’apprentissage)

Les personnes annexes interviewées nous ont donné un éclairage sur leur avis au niveau de la consommation du cannabis. Nous avons décidé de les interviewer car elles représentent différents corps de métier ainsi que différents âges et façons de penser. Ces personnes interviewées n’ont jamais été réellement confrontées à ce problème dans le cadre de leur travail ou dans leur vie (pour la personne âgée). Elles nous ont tout de même donné leur avis sur la prévention ainsi que sur la question de la dépénalisation et la légalisation.

Au niveau de la prévention, le pasteur et le maître d’apprentissage ne savent pas réellement ce qui se fait actuellement. Ils pensent néanmoins qu’il faudrait en faire davantage et informer la population sur les dangers réels de la consommation de cannabis. Le maître d’apprentissage semble en effet ne pas réellement connaître les méfaits que peut engendrer le cannabis sur un lieu de travail. Pour la personne âgée et l’enseignant, il n’y a pas assez de prévention au niveau du cannabis. De plus, celle-ci devrait être faite chez les très jeunes adolescents (10-11 ans) et il serait
 intéressant de montrer à ces jeunes les effets que peut avoir une consommation abusive de cannabis sur l'organisme.

Au niveau de la dépénalisation et de la légalisation, l'enseignant et la personne âgée sont clairement contre. Ils pensent que cela pourrait pousser à la consommation. Le maître d'apprentissage ne veut pas se prononcer car il ne se dit pas concerné par cette problématique. L'avis du pasteur est nuancé. Il pense qu’une dépénalisation de la consommation de cannabis pour des raisons thérapeutiques serait judicieuse. Cependant, il dit être à priori contre une légalisation totale du cannabis car, selon lui, on ne sait pas où cela nous amènerait mais confie rester ouvert sur la question. Il aurait en fait besoin de plus d'information sur cette problématique.

22. Discussion

Durant nos différentes rencontres avec les acteurs gravitants autour de la problématique du cannabis, nous avons pu relever plusieurs courants de pensées concernant la dépénalisation du cannabis. Cependant, la dépénalisation pour les adultes est sortie de manière relativement positive dans une majorité de personne interviewées. Pour les mineurs, les problèmes principaux sont les effets sur leur santé ainsi que la difficulté qu’ils peuvent avoir à être responsable et en plein conscience de leur consommation. De ce fait, la non-légalité de ce produit est un moyen cité pour restreindre leur consommation, ainsi que l'accès au produit.

Si le cannabis est dépénalisé, de nouvelles lois devront entrer en vigueur, notamment par rapport aux plantations personnelles et aux endroits autorisés pour la consommation. Sachant que si le cannabis est dépénalisé, il ne sera toutefois pas possible de consommer dans la rue ou les lieux publics.


De plus, nous pouvons nous demander si cette dépénalisation augmenterait le nombre de consommateurs? Selon une étude de Kilmer en 2002 qui a mis en rapport le statut légal du cannabis et le taux de consommation, il a été conclu : « La dépénalisation de la possession de cannabis n’a que peu ou pas d’influence sur le taux de consommation ». Une autre étude menée par « Érudit » (consortium interuniversitaire sans but lucratif composé de l'Université de Montréal, l'Université Laval et l'Université du Québec à Montréal) sur la « Dépénalisation de la consommation du cannabis : expériences en Europe occidentale, aux États-Unis et en Australie » a conclu: « D’une manière générale, les trois rapports suggèrent qu’il n’existe pas un lien systématique entre la politique en matière de drogue et le taux de prévalence en ce qui concerne la consommation de cannabis ou de drogues illégales. Par contre, il s’avère que les frais de poursuite pénale et les conséquences négatives d’un usage illégal peuvent être réduits par des mesures de décriminalisation ». Cependant, aucune de ces études n’est totalement fiable.
puisqu'il n'y en a jamais eu sur l'introduction de mesures de décriminalisations.

Maintenant si l'on se penche sur la légalisation du cannabis, pourquoi ne serait-elle pas envisageable pour cette substance tout comme pour l'alcool et la cigarette qui sont tous deux souvent mis en avant comme argumentaires par les consommateurs de cannabis ? Il semble y avoir un manque de cohérence entre la consommation de cannabis et la consommation d'alcool. L'alcool est certes ancré culturellement dans notre société, mais la question est de savoir pourquoi la répression est tellement forte autour du cannabis alors qu'on autorise la libre consommation d'alcool, et cela même dans les rues. En fait, le problème n'est pas la légalisation en elle-même, mais plutôt les conséquences qui en découleraient.

En effet, si on commence par la production du cannabis, on remarque que l'Etat devrait se charger de cette production, puisque celui-ci devrait également s'occuper de l'approvisionnement du marché. Mais alors, qui produirait ces plants de chanvre et qui vérifierait la qualité du produit? De plus, la production devenant légale, est-ce que cela ne favoriserait pas le tourisme de la drogue avec des scènes ouvertes de drogues, des pillages de marchandises ainsi que des regroupements perturbants l'ordre public? Une autre question reste également en suspens: « si les mineurs n'ont pas l'accès à l'achat de cannabis, pourront-ils en faire pousser chez eux? » Il serait alors très difficile pour l'Etat de vérifier si les plantations sont pour la famille (adultes) ou pour la personne mineur. De plus, il ne faut pas oublier qu’un autre problème important chez ces jeunes est l’âge précoce de début de consommation qui peut avoir des répercussions sur leur scolarité ainsi que sur leur future vie professionnelle.

Cependant, dans le domaine familial, ne serait-ce pas à l'autorité parentale d'être l’acteur principal de la prévention et de la surveillance de la consommation de leurs enfants, tout comme pour les autres comportements addictifs tels que les jeux, l'alcool et le tabagisme?

Pour continuer notre cheminement vers la légalité du cannabis, portons notre regard sur la vente. Celle-ci devrait également être régulée par l'Etat qui fixerait les prix en fonction des coûts de production auxquels seraient ajoutées des taxes. Cependant, ces frais rendraient le marché du cannabis que peu compétitif avec celui du contre-bandage qui n'aura pas toutes ces contraintes. De ce fait, vaut-il mieux produire du cannabis avec une qualité contrôlée ou laisser libre choix au consommateur d’en produire uniquement chez eux t ainsi ne pas risquer un mauvais chiffre d’affaire dans ce domaine pour l’Etat ? De plus, même si la consommation et la production étaient libres, il semblerait important d’instaurer une norme de consommation maximale dont les effets auraient été étudiés et auraient montré un impact minime sur la santé ?

Aussi, l'accès à cette drogue serait-elle réservée uniquement aux résidents suisses comme sont en train de mettre en place les autorités des Pays-Bas?

La question de la vente légalisée soulève de nombreuses problématiques concernant la mise en pratique et les moyens d'y parvenir. De ce fait, quels seraient les coûts à la société pour mettre en place de tels systèmes de vérifications? Nous n'avons pas la réponse, mais seulement des suppositions qui nous montrent à quel point cette légalisation engendre des questionnements structuraux et financiers...
gigantesques.

Aussi, si l'interdiction aux mineurs est mise en place, n'iront-ils pas sur le marché noir chercher leurs produits ? Cela les confronterait alors encore plus au marché des autres drogues ainsi qu'à la consommation de produits plus néfastes. Le but ultime de notre réflexion étant la protection des consommateurs, il semble primordial d’axer la prévention autour des dangers du marché noir.

Justement, regardons maintenant le rôle de la prévention. Le cannabis devenant moins répréhensible, la prévention joue un rôle primordial. De nouveaux plans nationaux ainsi que des campagnes de prévention devraient alors voir le jour pour informer les jeunes, surtout, des effets de la consommation. Actuellement, il n'y a que très peu de communications entre les différents acteurs de la prévention. Aussi, les programmes sont faits de manière aléatoire dans les différents cantons. Il y aurait donc un gros effort de coordination à mettre en place entre les cantons et les organismes de prévention comme l'Office Fédérale de la Santé Publique.

Nous avons alors imaginé une stratégie dans le cas où il y aurait une dépénalisation, voire une légalisation du cannabis. Déjà, elle devrait se faire de manière européenne afin d'éviter le tourisme de la drogue. Il faudrait aussi fixer des limites de consommation et de production, de même qu’il faudrait continuer d’interdire l’achat et la consommation de cannabis aux mineurs et les protéger du marché noir en les informant très jeune déjà. Afin que ces limites soient respectées, des amendes d’ordres devraient être mises en place pour éviter les scènes ouvertes. Cependant, malgré cette répression, le jeune qui veut fumer trouvera un moyen pour arriver à ses fins.

Il semble qu’il y ait une certaine ambivalence en Suisse. En effet, d’un côté, on a le droit au suicide, de refuser un traitement ou même de boire de l’alcool à outrance, mais il est légalement interdit de consommer du cannabis, même chez soi. Il semble alors important de tendre vers une uniformité à ce niveau-là. En ce qui concerne la consommation de cannabis à titre thérapeutique, nous comprenons que les médecins ne puissent pas prescrire du THC à fumer. Il serait plus approprié d’avoir recours à des sprays lingual ou à une inhalation de vapeurs de cannabis par exemple.

Avec cette manière de faire, nous pourrions imaginer que la tendance serait alors d’avoir la même réflexion pour les drogues de type héroïne ou cocaïne que pour le cannabis. Cependant les drogues « dures » ont une dépendance plus forte, des effets plus puissants ainsi que des changements de comportements très importants. Aussi, de nombreux cas d’overdoses sont connus à cause de la prise de ces drogues mais aucun cas d’overdose au cannabis a été révélé jusqu’à aujourd’hui.

La problématique du cannabis met en lumière plusieurs questionnements. L'État a certes le devoir de protéger le consommateur des substances potentiellement dangereuses, mais que peut-il faire lorsque la prise est faite de manière consciente ? Ce problème est également observé avec l'abus d'alcool par exemple. Aujourd'hui, personne ne peut dire qu'il n'est pas informé des risques qu'il encourt en buvant de l'alcool. Pourtant, ceci n'empêche pas la société d'en consommer de manière plus ou moins régulière. Bien que l'alcool soit un phénomène culturel, l'éducation actuelle
implique certaines règles morales concernant celui-ci. Nous voulons dire par là qu'il ne serait pas envisageable qu'un étudiant se rende aux cours en ayant bu de l'alcool, alors pourquoi ne pourrait-on pas appliquer ces mêmes règles à propos du cannabis ?

De ce fait, ne serait-ce pas de la responsabilité de chacun, mais aussi celle des familles de fixer le cadre et les limites de ses prises? En fait, l'Etat doit mettre en place des règles pour rendre l'accès plus difficile à ces produits, mais également ne pas inciter leurs consommations par une disponibilité totale ou des publicités incitatrices. Cependant, est-ce qu'une politique comme celle pour l'alcool et le tabac serait plus adéquate. Par exemple, la vente de l'alcool est interdite aux mineurs, la cigarette prohibée des lieux publics et la pub interdite pour le tabac.

En fait, la question n'est pas de savoir s'il faut interdire ou non l'accès car il est évident que malgré les interdictions ou normes installées, il y aura une consommation de cannabis. La liberté personnelle devrait être mise en avant, tout en informant de manières précises les consommateurs des risques pour leur santé ainsi que la mise en place de règles prohibitives comme pour le tabac et l'alcool. Une phrase tirée de la Bible que nous a dit le pasteur que nous avons interviewé résume bien l'idée de la liberté personnelle : "Tout m'est permis, mais tout ne m'est pas utile!"

23. Conclusion

La réalisation de ce travail nous a permis de comprendre les enjeux, au niveau politique, économique, social et de santé que soulève la consommation de cannabis.

De même, grâce à l'immersion en communauté, nous avons pu nous plonger dans l'univers des consommateurs de cannabis, mais également dans celui d'autres personnes touchées de près ou de loin par cette problématique, comme des membres de la famille et des professionnels de la santé. Ceci nous a permis d'obtenir des points de vue de milieux totalement différents, ce qui a été très enrichissant pour nous. Nous avons constaté que les avis entre divers professionnels sont très divergents, mais qu'une politique avec un courant libéral est en train d'émerger.

La rédaction de ce dossier nous a apporté beaucoup de connaissances sur le sujet du cannabis. Au début, nous avions de vagues notions sur le sujet. Mais durant ces quatre semaines, nous avons pu creuser et approfondir nos connaissances. Néanmoins, bien que nous les apports théoriques soient enrichissants, ils ne valent e aucun cas ce que nous avons découvert avec l'immersion en pratique lors des entretiens.

Pour finir, grâce à ce travail nous avons réussi à atteindre notre premier objectif qui était de se positionner par rapport à la problématique de la consommation actuelle de cannabis, tant au niveau économique, politique et de santé publique. Cependant, nous remarquons qu'il n'y a pas solution toute faite et que le sujet doit encore beaucoup être travaillé.
Bibliographie


[17] Ordonnance sur les tableaux des stupéfiants, des substances psychotropes, des précurseurs et des adjuvants chimiques ; Droit interne -santé – travail- Sécurité social, RS 812.121.11 (30 mai 2011)

[18] Loi fédérale sur les stupéfiants et les substances psychotropes ; Droit interne -santé – travail- Sécurité social, RS 812.121 (3 Octobre 1951)

[19] Ordonnance sur le contrôle des stupéfiants ; Droit interne -santé – travail- Sécurité social, RS 812.121.1 (25 mai 2011)


[22] Ordonnance relative à l’addiction aux stupéfiants et aux autres troubles liés à l’addiction ; Droit interne -santé – travail- Sécurité social, RS 812.121.6 (25 mai 2011)


Sources
Arcinfo.ch. Pays-Bas: la mise en place de la "carte du cannabis" se fait de manière chaotique. [En ligne]. 2012. [consulté le 20 mai 2012]. Disponible : 
http://www.arcinfo.ch/fr/monde/pays-bas-la-mise-en-place-de-la-carte-du-cannabis-se-fait-de-maniere-chaotique-577-447688


RADIX. Intervention précoce. [En ligne]. 2011 [Consulté le 28.05.2012. Disponible : http://www.radix.ch/index.cfm/902E87F1-0D8B-4EB-1A3CE6A07D7C85E0/?keyword=intervention%20pr%C3%A9coce

Service de la santé public, canton de Vaud. Programmes de santé publique et prévention. [En ligne] [Consulté le 28.05.2012]. Disponible : http://www.vd.ch/autorites/departements/dsas/sante-publique/occupation/programmes-de-sante-publique-et-prevention/


OFSP, La politique suisse en matière de drogue. Troisième programme de mesures de la Confédération en vue de réduire les problèmes de drogue (ProMeDro III) 2006–2011, Impressum @ OFSP, 07 juin 2006, OFCL: 311.806.f
Annexes