



**SWAPS**

# DU CANNABIS

## THÉRAPEUTIQUE À LA RÉGULATION

Santé, réduction des risques et usages de drogues N° 90 / 1<sup>er</sup> trimestre 2019

**Californie,**  
le nouvel « or vert » / 12

**La légalisation du cannabis**  
**récréatif au Canada :**  
mise en place et enjeux / 17

L'ANSM propose de mettre  
**le cannabis thérapeutique**  
à l'essai / 21

**Le Cannabidiol,** l'autre canabinoïde  
présent dans le cannabis :  
une piste thérapeutique prometteuse ? / 23

**Juul arrive en France :**  
une révolution ? / 2

**Drogues en Afrique :**  
comment sortir du postcolonial ? / 5

**L'Impossible Prohibition,**  
La monumentale histoire des drogues  
d'Alexandre Marchant / 8

**Usages de GBL en France :**  
retour sur une controverse / 25

**Drogues et « fake news » :**  
le cas d'école du LSD / 29

# Juul arrive en France : une révolution ?

**Jean Moiroud** / président de la Fédération interprofessionnelle de la vape (Fivape)

*En moins de deux ans, Juul petite start-up de la Silicon Valley a raflé 75 % du marché de la vape aux États-Unis. Elle a débarqué en France le 16 novembre 2018. Nul ne sait si le jeune dispositif français de la vape va en sortir renforcé ou s'il va tout simplement exploser. Jean Moiroud expose les enjeux pour Swaps.*

## Une histoire à l'américaine

La société Juul, issue d'une scission avec l'entreprise Pax Labs, a été officiellement créée en juin 2017. Ses deux fondateurs sont d'anciens étudiants de l'université Stanford en Californie. Pax Labs a été à l'origine de deux produits connexes au tabac : le vaporisateur hybride Ploom, utilisant des cartouches remplies d'un mélange de tabac et d'additifs qui, une fois chauffé, visait à restituer les sensations d'une cigarette, et le vaporisateur traditionnel Pax, pouvant accueillir des fleurs de marijuana (officiellement des feuilles de tabac séché). Le modèle Ploom, qui a été revendu au géant du tabac Japan Tobacco International, a fait l'objet d'un lancement international et a été un échec commercial.

Rapidement après sa création, la société Juul a levé des fonds et, à partir de juillet 2018, a vu sa valorisation monter à 15 milliards de dollars. Il est important de noter que les investisseurs qui ont pris part à ce tour de table initial – Tiger Global Management et Tao Capital – sont des fonds issus des nouvelles technologies (Silicon Valley), ce qui a permis à Juul d'afficher un double ADN : design et technologie, et indépendance vis-à-vis de l'industrie du tabac. Ce positionnement s'est retrouvé très tôt dans l'histoire et les valeurs de la marque, ce qui a servi de moteur au recrutement de collaborateurs très qualifiés. L'indépendance de Juul, affichée et assumée par les dirigeants eux-mêmes, a depuis sa création permis des échanges constructifs avec la filière indépendante de la

vape, qui y voyait un partenaire de poids face à la toute-puissance de l'industrie du tabac. L'argent des nouvelles technologies contre l'argent du tabac en somme...

En décembre 2018, c'est le basculement : Juul annonce une prise de capital de 35 % par la société Altria, qui n'est autre que Philip Morris aux États-Unis. Attirés par la part de marché de Juul, estimée à 75 % sur les produits de la vape en Amérique, ce ne sont pas moins de 13 milliards de dollars que le géant du tabac a déboursé pour s'offrir une tranche du leader mondial du secteur. Si les contours exacts du deal sont, et seront, probablement, mal connus, les sommes en jeu illustrent bien – au-delà de sa toute puissance financière – l'importance que donne Big Tobacco aux dispositifs de vapotage dans son développement futur.

## Une conception équilibrée de l'offre et du modèle économique

### Une conception équilibrée

De taille très compacte (un peu plus longue qu'une clef USB), « la Juul » fonctionne avec des cartouches préremplies de 0,7 ml d'e-liquide. L'utilisateur a le choix entre quelques saveurs, vendues aux alentours de 10 euros le paquet de quatre. L'autonomie de la batterie, bien que faible (200 mAh, contre 3 000 mAh pour les plus grosses vapoteuses européennes), s'accorde parfaitement avec la faible capacité de production de vapeur de la cartouche, ce qui permet un usage d'une demi-journée à une journée sans recharge. Le format compact est ergonomique et

### La Fivape

*Créée en 2014, la Fédération interprofessionnelle de la vape est une association loi 1901, strictement indépendante de l'industrie du tabac, qui a pour vocation d'unir, de représenter et de défendre les professionnels de la filière française des produits de la vape. C'est aujourd'hui la plus grosse association nationale et européenne des professionnels du vapotage, avec plus de 660 adhérents : boutiques physiques, boutiques en ligne, fabricants d'e-liquides et grossistes. Première fédération mondiale à avoir entrepris des travaux normatifs avec l'Afnor, conduisant à la création de deux comités spécialisés, la Fivape soutient les travaux techniques et scientifiques sur la lutte contre le tabac et pour une meilleure intégration des produits de la vape dans les politiques de santé publique.*

séduisant, le design sobre, attractif et la recharge rapide. Le produit est parfois présenté comme l'Apple ou le Nespresso de la vape.

#### Un système propriétaire

La Juul est un système dit fermé, c'est-à-dire qu'il ne laisse pas à l'utilisateur la liberté de choisir le dispositif de vaporisation associé à la batterie, ni l'e-liquide qui y sera vaporisé. Le produit est autoportant, il ne nécessite pas de conseil particulier lors de la vente. On assemble la cartouche avec la batterie et l'on peut commencer à vapoter, le tirage déclenche le fonctionnement de l'appareil, reproduisant ainsi la gestuelle d'une cigarette.

Cette simplicité a contribué au succès de l'objet aux États-Unis, la disponibilité des cartouches ayant été dès le début très grande. Épiceries, magasins de vape et magasins de tabac, vente en ligne : quand un fumeur acquiert un système à cartouches fermées, il doit pouvoir accéder aux recharges facilement, ou risque de reprendre des cigarettes.

Mais, avec 75 % de parts de marché aux États-Unis et une baisse très significative du nombre de fumeurs depuis 2016 qui peut lui être imputée en partie, qu'est-ce qui fait l'efficacité de ce dispositif ?

#### Une formulation innovante de l'e-liquide

Si la proposition technologique de la Juul semble équilibrée, elle n'est pas non plus différente des centaines d'autres équipements disponibles sur le marché. Certains lui ressemblent, beaucoup sont même plus performants. Le secret de la Juul tient dans la formulation de l'e-liquide, fortement dosé en nicotine (60 mg/ml), ce qui compense et équilibre le sous-dimensionnement des composants. Le taux légal en Europe, depuis la transposition de la directive européenne sur les produits du tabac en 2015, est fixé à 20 mg/ml. L'inhalation de ce taux élevé est rendue possible par la forme chimique de la nicotine utilisée.

En effet, l'e-liquide traditionnel contient de la nicotine de qualité pharmaceutique issue des plants de tabac sous forme basique (dite « free-base »). Dans Juul il y a adjonction d'un acide organique, en l'occurrence de l'acide benzoïque ; la nicotine se trouve « protonée » et son pH légèrement plus acide. Ces nouvelles propriétés lui permettent un passage en gorge plus aisé qu'à concentration équivalente, avec de la nicotine free-base. Le ressenti est plus proche de celui d'une cigarette de tabac et les retours des usagers sont très prometteurs quant à l'efficacité d'une telle formulation pour arrêter facilement la cigarette.

© Juul

### Arrivée de « la Juul » en Europe et de l'industrie du tabac dans le capital

Le lancement de la marque Juul dans l'Hexagone s'est fait aux mois de novembre et décembre 2018, juste avant la

prise de participation de l'industrie du tabac dans le capital. Il y a plusieurs façons d'analyser les perspectives qui s'ouvrent pour la société pour les années à venir. Tout d'abord, le taux légal maximum en Europe est fixé à 20 mg/ml. Juul a donc dû respecter ce taux et on peut se demander s'il perdra de son intérêt, alors que la concentration en nicotine est un maillon important de l'équilibre général du produit. Quelle sera la réponse des consommateurs ?

La société arrive accompagnée de polémiques nées aux États-Unis. Elles portent sur l'initiation à la nicotine des adolescents (avec un produit séduisant) et la critique des saveurs fantaisistes réputées attirer les jeunes. Le site de vente (juul.fr) s'est doté d'un système de vérification de l'âge et de l'identité afin d'empêcher les mineurs de pouvoir acheter en ligne et la compagnie évoque un programme de « prévention jeunesse ». Ces sujets sont à prendre avec précaution. Ils reflètent la sensibilité des autorités américaines face à un produit nouveau, impactant directement les habitudes de vie de plusieurs millions d'Américains. La France, avec son taux élevé de prévalence tabagique doit s'extraire de ces sujets à tout prix : la vape n'est pas une porte d'entrée dans le tabac, surtout chez les plus jeunes. La statistique américaine est édifiante : le tabagisme chez les adolescents a été divisé par deux depuis 2011, et le vapotage est resté stable dans cette population.

Enfin, le récent investissement de Big Tobacco dans Juul pose la question de la survie de la filière de la vape indépendante française. Juul ne pourra pas être le leader de la vape indépendante, et les « digues » que les professionnels de la vape indépendante construisent en France depuis six ans face à l'industrie du tabac et son lobbying national et communautaire risquent de ne plus tenir longtemps.

La filière française a pourtant tout pour être compatible avec des objectifs de santé publique sains et pragmatiques...

### Une filière française organisée autour de produits « ouverts »

La filière française du vapotage est la plus développée au monde : le marché est structuré, professionnalisé et son industrie du e-liquide fait figure de référence. Les boutiques spécialisées, dont le nombre est estimé à 2 700, sont des commerces dans lesquels les fumeurs peuvent trouver un conseil expert pour acheter la cigarette électronique qui correspond à leur profil. Ce conseil est nécessaire, car les produits de la vape sont très variés.

Du côté du matériel, il existe une infinité de combinaisons entre la batterie et le « clearomiseur » (réservoir d'e-liquide qui permet la vaporisation). Il s'agit là de composer une offre technique qui répond au besoin d'un fumeur,



en fonction de critères plus ou moins objectivables : quantité de tabac consommé et niveau d'addiction, affinité avec la technologie et recherche de simplicité, désir d'un équipement plus ou moins compact, goûts et couleurs, budget. Le travail du professionnel du vapotage se fonde sur un questionnement, un échange, un apport technique, des levées de doutes et une approche motivationnelle et comportementale. L'arrêt du tabac du client marque le succès du professionnel.

Du côté du consommable, l'e-liquide, on procède avec des essais, des dégustations pourrait-on dire, qui permettront au fumeur de ressentir pour la première fois les sensations du vapotage et de commencer à en comprendre l'efficacité pour contrôler ses envies de tabac. Plusieurs taux de nicotine sont proposés en test, afin d'illustrer les différences de ressenti entre un taux faible et un taux fort. Enfin, c'est l'occasion de choisir parmi la grande variété de saveurs et, pour le fumeur, de réaliser qu'il est possible d'entrer avec plaisir dans une démarche d'arrêt du tabac qui comprend une part de fantaisie. Cet aspect est crucial : il implique de l'émotion dans un processus qui était jusque-là perçu comme médicalisé, contraignant et forcément douloureux.

Cette démarche globale repose sur des produits composites, compatibles entre eux et variés. Notons que des produits très comparables à ceux proposés par le géant américain sont disponibles dans les boutiques spécialisées : dispositifs à cartouches et e-liquides aux sels de nicotine, vendus en bouteilles et qui reviennent au final bien moins cher au consommateur. Au final, le tout que constituent le savoir-faire technique et motivationnel d'un professionnel, la variété du matériel et celle des e-liquides donne les meilleurs résultats. Dans le cadre d'un suivi (visite régulière de la boutique pour du SAV ou l'achat de consommables par exemple), cette démarche permet aux fumeurs de devenir vapoteurs exclusifs en quelques semaines ou quelques mois et ouvre, pour bon nombre, la question d'une vie sans tabac mais aussi, dans un second temps, sans vape.

## En conclusion

Le vapotage est un sujet passionnant : porté depuis ses débuts par les usagers, des professionnels passionnés et des professionnels de la réduction des risques engagés, il fait face à une industrie aux moyens considérables, le tabac, et, la plupart du temps, à un pouvoir politique très frileux. Si la filière française est unique au monde, c'est parce qu'elle a su créer un véritable écosystème très efficace pour aider les fumeurs à abandonner le tabac. Grâce à son expertise et son esprit d'innovation, plus d'1,5 million de nos concitoyens ont déjà réussi à sortir du tabac.

L'arrivée de Juul en France, et surtout l'investissement massif de l'industrie du tabac dans un système fermé, qui ne laisse pas de place au conseil et à l'accompagnement, amène à réfléchir sur le devenir de ces produits atypiques et des gens qui les créent et les font vivre.

Entre la nécessité de laisser au vapotage les moyens de se développer et celle d'encadrer les initiatives sujettes à caution de l'industrie du tabac, il est aujourd'hui difficile de se positionner vis-à-vis de Juul. Car malgré toutes les déclarations d'intention officielles, l'industrie du tabac ne semble pas avoir renoncé à augmenter ses parts de marché et à recruter de nouveaux fumeurs dans les pays où les réglementations sont moins contraignantes.

Il faut souhaiter qu'un maximum de fumeurs puissent sortir de cette addiction mortelle, quelle que soit la solution choisie. Système fermé, système ouvert, produit de la vape, patch, gomme ou volonté, peu importe la manière. Mais les professionnels indépendants français, défenseurs d'un savoir-faire construit avec passion et engagement depuis bientôt dix ans, s'interrogent, voire se méfient...

Doit-on accorder du crédit à la démarche de cette industrie qui a causé plus de morts au XX<sup>e</sup> siècle que les deux guerres mondiales réunies ? L'industrie du tabac pourrait-elle devenir un acteur de la réduction des risques et par extension, de la santé publique crédible ? Est-ce qu'un investissement, tellement important qu'il hisse la capitalisation d'une start-up américaine au-dessus de celle d'entreprises comme SpaceX et Airbnb, donne une indication fiable quant à la visée éthique et humaniste de l'opération ? Doit-on faire confiance à l'industrie du tabac quand elle nous dit qu'elle veut en finir avec la vente des cigarettes ? Le vapotage serait-il simplement, pour elle, une façon de s'adapter au sens de l'histoire, qui montre que les parts de marché du tabac ne feront, très probablement, que baisser dans les pays développés ?

De même, les récentes décisions en France de Philip Morris de tout miser sur l'IQOS (tabac à combustion basse) et de réduire volontairement ses marges en février dernier pour atténuer les hausses de prix voulues par l'État démontrent, si besoin était, que Big Tobacco est loin d'avoir renoncé et ne se range pas du côté de la santé publique. Face à ces enjeux, seule une filière vape indépendante et éthique peut garantir aux fumeurs, aux ex-fumeurs et aux autorités, que certaines limites ne seront pas dépassées. Depuis décembre 2018, Juul ne semble malheureusement plus faire partie de cette dynamique.

# Drogues en Afrique : comment sortir du postcolonial ?

Fabrice Olivet / directeur d'Asud

Louis Letellier de Saint-Just / avocat en droit de la santé et président de Cactus Montréal

*Après voir décalqué une partie de la législation française en matière de stupéfiants, de nombreux pays francophones d'Afrique de l'Ouest découvrent la réduction des risques et s'ouvrent à la réflexion d'une réforme pénale. Problème: comment ne pas répéter les mêmes erreurs et trouver un chemin qui ne soit pas dicté par des influences postcoloniales ?*

L'Afrique découvre « la drogue ». Enfin presque. Un chercheur sénégalais nous confiait récemment ce souvenir : dans tout l'étage de sa résidence universitaire, il était le seul à ne pas fumer de cannabis dans les années 1980. Indéniablement le regard sur les drogues a changé. Le sujet n'est plus tabou. En 2011, le journal d'Asud revenait sur une autre confidence faite par le représentant burkinabé d'une ONG de lutte contre le sida, expliquant que « la drogue en Afrique, c'est encore un truc de Blancs ! »<sup>1</sup>. Que s'est-il passé depuis ? L'ONU et son bras armé l'ONUDC<sup>2</sup>, ont découvert les mérites de la réduction des risques sans vouloir prononcer le mot<sup>3</sup>. Ils ont enfin compris que pour résorber le fléau du sida, il fallait changer de logiciel, modérer les slogans officiels anti-drogue et introduire la notion de droits humains dans la prise en charge des usagers.

Il n'en reste pas moins que l'épidémie est loin d'être vaincue dans les pays du Sud où ceux que nous avons pudiquement regroupés sous le terme de « populations vulnérables » constituent des portes d'entrées du virus vers la population générale. Si l'influence du « lobby humanitaire » grandit auprès des autorités nationales, c'est aussi parce que cette nouvelle

orientation politique représente une véritable manne de financement parapublic dans de nombreux pays africains.

## La France à fric

De quoi parlons-nous au juste ? La France entretient une relation compliquée avec 115 millions de personnes qui habitent le continent africain au sud du Sahara et dont la langue officielle est le français. Ces francophones-là n'ont que peu de visibilité dans notre quotidien hexagonal. Ils apparaissent de temps en temps sous les habits du « migrant » perdu dans la Jungle de Calais ou faisant du camping sauvage sous le métro La Chapelle. Ils sont folklorisés par nos humoristes qui les miment en singes ou en cannibales mais n'ont véritablement d'importance que tous les quatre ans lors de la Coupe du monde de football quand brusquement les Français découvrent tout ce que notre équipe nationale doit au général Faïdherbe et à Savorgnan de Brazza<sup>4</sup>... L'Afrique qui parle français est toujours attachée à la France par des liens compliqués. Sénégalais et Ivoiriens évoquent spontanément leurs nombreux parents installés dans l'Hexagone, mais la réciprocité n'est pas vraie. Les ex-coloniaux, ex-coopérants, aujourd'hui « ex-patriés », sont rarement diserts sur les

<sup>1</sup> Fabrice Olivet, *Des lignes blanches dans le continent noir*, Asud Journal n° 55, oct. 2014.

<sup>2</sup> United Nation on Drugs and Crimes, la section des Nations unies officiellement en charge des questions de drogues.

<sup>3</sup> L'UNGASS Session extraordinaire de l'Assemblée générale des Nations unies sur la drogue a confirmé cette orientation lors de sa réunion en 2016 à Vienne. [www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/S-30/1](http://www.un.org/Docs/journal/asp/ws.asp?m=A/RES/S-30/1)

<sup>4</sup> Respectivement conquérant et « découvreur » du Sénégal et du Congo.



avantages comparés du statut de Blanc en Afrique. Les colonies, l'Empire, la Plus Grande France, cette part de la mémoire politiquement suspecte est bannie de la saga nationale, ce qui n'empêche pas les « toubabs » d'être très présents dans les différentes capitales pour gérer le business. À l'évidence, l'aide humanitaire et toutes nos initiatives prétendument désintéressées de coopération ne sont pas absentes de l'imbroglie généralement connu sous l'appellation de France-Afrique.

### Le casse-tête de la posture postcoloniale

Et la drogue dans tout ça? Est-elle réellement plus accessible dans la région aujourd'hui qu'hier? Sans doute pas en ce qui concerne le cannabis qui est une plante locale très couramment consommée par la jeunesse urbaine ou estudiantine depuis longtemps. En revanche, le début de la décennie a vu la consommation d'héroïne, d'opioïdes médicamenteux et de cocaïne faire une percée spectaculaire dans la population générale d'Afrique de l'Ouest. Les routes internationales du trafic en provenance d'Amérique latine pour la coke ou d'Afghanistan pour l'héro passent désormais par l'Afrique où elles laissent de grosses miettes sur le bas-côté. Le bas-côté ce sont les « ghettos »<sup>5</sup> installés au cœur des grandes villes, dans un environnement où la pauvreté n'est pas considérée comme une injustice, mais comme un quotidien dépouillé de tout artifice rhétorique. Nos pays du Nord ont tout intérêt à réaliser que pour un habitant de Thiaroye ou de Yopougon<sup>6</sup> les revendications des gilets jaunes passent pour un fantasme de nantis. Les associations et les agences internationales qui interviennent dans le cadre de l'aide humanitaire sont avant tout considérées comme des agents économiques. C'est particulièrement vrai dans le domaine du sida où elles génèrent des programmes de plusieurs millions d'euros<sup>7</sup>. Concrètement ce sont des salaires pour les ONG locales, de l'hôtellerie et de la restauration pour nourrir et loger les conférenciers ou des « per diem », rémunérations journalières très prisées en Afrique. Sous cet angle, le Nord est perçu à la fois comme l'origine du problème et comme l'unique solution.

La population frappée par le paludisme, le sida, et la tuberculose sans distinction d'âges ou de sexe est précisément celle qui est en proximité avec les routes du grand trafic dans les capitales de l'Ouest africain. Les groupes les plus vulnérables – les « populations-clés » – sont la cible de nos campagnes qui se donnent pour objectif de changer les représentations discriminantes dont le modèle a bien souvent été aussi forgé en Occident. Mais dans le contexte économique africain, les

opinions locales ont du mal à comprendre pourquoi les travailleuses du sexe, les hommes ayant des relations sexuelles avec d'autres hommes et les personnes qui utilisent des drogues, devraient bénéficier d'avantages tels que la gratuité des soins ou même de l'aide matérielle à la simple survie. Dans le même ordre d'idées, la dénonciation de l'homophobie ou du patriarcat est souvent ressentie comme une attaque pure et simple contre la culture locale ou contre la religion.

L'importation de modèles de réduction des risques clé en main est un autre exemple d'ambiguïté postcoloniale. Une ambiguïté considérablement majorée par le statut même de l'addictologie, une science nouvelle, dont l'intelligibilité est brouillée par le caractère illicite des drogues. Pour prendre un exemple, la mise en place d'un programme méthadone au Sénégal est une réponse qui, dans un premier temps a soulevé un enthousiasme unanime chez les usagers sénégalais, mais qui rencontre aujourd'hui des problèmes spécifiques, liés à la difficulté de sortie du traitement notamment du fait du rôle joué par la famille dans la réinsertion. Autre exemple: l'invention du sigle CDI – consommateurs de drogues injectables – pour désigner les usagers au Sénégal. Cette appellation répond à l'exigence politiquement correcte auprès des financeurs internationaux de présenter des actions en direction des consommateurs par voie intraveineuse, vecteurs de contamination du sida. Or, l'une des particularités de l'usage d'héroïne et de cocaïne en Afrique de l'Ouest francophone est précisément la faible proportion d'injecteurs au regard du nombre de fumeurs. On a donc inventé le « consommateur de drogues injectable », le CDI, un sigle qui s'appuie sur le fait que l'héroïne et le crack restent des drogues injectables, même quand elles sont fumées... On appelle cela jouer sur les mots.

Méthadone, fourniture de seringues stériles, salle de consommation à risques réduits, autant de modèles éprouvés comme dispositifs anti-sida dans le Nord, mais qui méritent d'être au moins réinventés, et de préférence par les populations concernées, avant d'être importés dans le contexte africain.

### Et Rafasud?

Asud, association d'usagers de drogues implantée depuis 25 ans en France n'échappe pas à ce dilemme postcolonial. L'expérience d'un quart de siècle de plaidoyer en faveur des usagers de drogues nous a semblé pouvoir être utile dans ce continent qui découvre les politiques de réduction des risques. Notre premier séjour dans un pays d'Afrique francophone fut une invitation à visiter le programme d'intervention communautaire d'une grande

<sup>5</sup> Ghalia Kadiri, *Le fumoir, salle de shoot à ciel ouvert pour les parias ivoiriens*, *Le Monde*, 5 avril 2017.

<sup>6</sup> Quartiers populaires de Dakar et d'Abidjan.

<sup>7</sup> Le programme PARECO est budgété à 1,4 M de dollars par le Fonds mondial de lutte contre le sida.

ONG française. Très vite le caractère postcolonial des relations établies à l'intérieur de la mission fut le sujet presque unique de nos conversations. Le personnel blanc roulait en 4X4 avec chauffeur... noir. La hiérarchie au sein de ce petit microcosme humanitaire était déterminée selon les critères classiques du colorisme colonial : pour les Blancs, des postes d'encadrement à responsabilité, pour les Noirs des tâches d'exécution et des petits, tout petits salaires. Cette loi d'airain non-écrite est dans toutes les têtes mais, tout injuste qu'elle paraisse, elle est souvent cautionnée par les habitudes locales. Peu de temps après, le coordinateur blanc du programme, jugé trop proche des usagers, a été licencié pour s'être affranchi un peu trop explicitement du code implicite de séparation des pouvoirs entre « locaux » et « expats ».

Naïvement, nous avons pensé que la nature organiquement horizontale de l'autosupport allait nous préserver du syndrome habituel. Réunis le 5 février 2017 à Grand Bassam en Côte d'Ivoire, neuf associations de type communautaire ont fondé le Réseau Afrique francophone autosupport des usagers de drogues (Rafasud) après en avoir voté les modalités à mains levées. Sous l'égide d'INPUD<sup>8</sup>, l'association internationale des « drogués », nous avons réuni des partenaires se réclamant de la réforme des politiques de drogues et travaillant au changement de représentations des usagers au sein de l'espace africain francophone. Après plusieurs mois de tâtonnements, le savoir-faire et la technicité d'Asud ont convaincu Open Society Foundation (OSF) et Open Society Initiative in West Afrika (OSIWA) de soutenir financièrement une telle action. Mais certains de nos partenaires africains nous font constater qu'une fois de plus, les fonds drainés par le Nord sont gérés par une structure du Nord pour résoudre des problèmes situés au Sud. Ce qui est vrai pour Asud, toute petite unité, l'est encore plus pour les mastodontes humanitaires. L'inégalité structurelle entre organisations du Nord et du Sud pour mobiliser des fonds crée un déséquilibre de fait.

## Afrique francophone, la double peine ?

Rafasud est une initiative destinée à compenser un autre déséquilibre, celui qui sépare les personnes de langue anglaise de celles qui s'expriment en français. Quiconque connaît le réseau international de réduction des risques sait que l'anglais est la langue obligatoire de communication et

<sup>8</sup> *International Network of People Who Use Drugs (INPUD) est un réseau global organisé en structures régionales : Asian Network of People Who Use Drugs (ANPUD), Euro Network (EuroNPUD), EurasianNPUD, North American PUD et AfricaPUD.*

<sup>9</sup> Voir Fabrice Olivet, *La Question métisse, Mille et Une Nuits*, 2011 pp. 185-186.

l'existence d'un continent africain qui parle français, nouvelle *terra incognita*. Une situation vécue comme une véritable double peine par de nombreux Africains diplômés qui, à juste titre, font remarquer que le français représente déjà une langue imposée par l'Histoire et l'extérieur. Toujours grâce à la fondation Soros, Rafasud est membre fondateur du séminaire mis en place par le Pr Mbisane Ngom, doyen du département de Droit de l'université de Saint Louis au Sénégal. Chaque année, nous proposons en français un séminaire de formation aux droits humains dans les politiques de drogues. Une semaine d'échanges avec un public composite où se côtoient associations de consommateurs, médecins, juristes, journalistes, policiers, femmes et hommes venus du Bénin, de Côte d'Ivoire, du Burkina-Faso, du Mali, du Niger, du Cameroun, de Mauritanie, du Mali, de la RDC, du Togo, tous nouvellement passionnés par la question des drogues, ce qui constitue au moins une surprise. Cette initiative qui se pérennise aujourd'hui a vocation à fusionner avec l'idée même de Rafasud. L'éclectisme de son recrutement est tout à fait représentatif de notre objectif, francophone, panafricain issu des deux sexes, incluant société civile et communautés, où des policiers et des religieux sont amenés à spéculer sur la validité du concept de guerre à la drogue. Le paradoxe de cette incontestable réussite réside dans le fait qu'elle n'est possible que grâce à de l'argent américain.

Les voyageurs internationaux à destination du Sénégal sont accueillis à l'aéroport Blaise Diagne qui porte le nom d'un homme politique français mais né sur l'Île de Gorée. Blaise Diagne, premier Africain élu député du Sénégal en 1910 et nommé sous-secrétaire d'État aux Colonies pendant l'Exposition coloniale de 1931, est un héros au Sénégal et un parfait inconnu en France<sup>9</sup>. Il est aussi le symbole du quiproquo français. Culpabilité d'un côté, rancœurs de l'autre, habitudes postcoloniales des deux côtés. Le continent africain francophone mérite autre chose que ce non-dit permanent. La diffusion d'une réduction des risques de langue française à vocation strictement panafricaine est un rêve très contemporain. Constituer un pôle de compétences spécifiquement francophone qui tienne compte des particularités de l'Afrique qui parle français serait une réponse aux cassandres des deux rives du Sahara. Le samedi 1<sup>er</sup> décembre 2018, à l'heure où l'Arc de triomphe brûlait, les journaux de Dakar titraient sur la manifestation des étudiants étrangers contre la hausse démesurée des droits universitaires, une taxe déguisée qui incarne à sa manière une autre forme de violence contre le vivre ensemble. Rafasud est né aussi de la relation intime personnelle et privée de certains d'entre nous avec cette Afrique qui parle français, c'est aussi une affaire d'amitié, un combustible qui n'a pas de prix.

cette réalité n'épargne pas la représentation internationale des usagers de drogues, organisée sous la bannière d'INPUD, dont le prolongement en Afrique est l'African People Who Use Drugs (AfricaPUD). INPUD, très majoritairement animé par des anglophones, a littéralement découvert

# L'Impossible Prohibition, La monumentale histoire des drogues d'Alexandre Marchant

Florence Arnold-Richez / journaliste

*Une somme historique et érudite sur la drogue, ses filières et réseaux, ses trafiquants et consommateurs, et sur les politiques d'État visant à la combattre, la canaliser ou l'accompagner; L'Impossible Prohibition est déjà une référence.*

Certes, Alexandre Marchant est un ami et collaborateur de longue date de *Swaps*. Ce n'est pas pour cette raison que nous lui consacrons aujourd'hui ce papier très positif, et disons-le, élogieux. Pourquoi nous faudrait-il boudier notre plaisir et intérêt alors que son étude historique est, *pour de vrai*, une somme passionnante, une mine d'informations, pour beaucoup inédites, puisées dans des archives ministérielles, policières et privées, inexploitées jusqu'alors ?

Professeur agrégé d'histoire-géographie au lycée Albert Camus de Bois-Colombes (92), Alexandre a aussi exercé à l'université Paris Ouest Nanterre. Le livre qu'il a consacré à la lutte contre la drogue en France dans la seconde moitié du XX<sup>e</sup> siècle et publié en septembre chez Perrin, est issu des recherches qu'il a menées pour construire sa thèse de doctorat, soutenue à l'École normale supérieure de Cachan, en 2014. « *Je me suis toujours intéressé à l'histoire des marges de la société et de leurs pratiques de déviance, et, chercheur, j'ai choisi d'explorer un sujet dans ce registre, relativement neuf et peu creusé par les historiens français : la drogue et tout ce qu'elle révèle sur l'histoire et le fonctionnement de nos sociétés, sur les plans social, culturel et politique, explique-t-il. Or, il manquait singulièrement d'études historiques sur la période cruciale du déclenchement de la "guerre à la drogue", par les États-Unis, lancée par Nixon en 1971, qui a nourri notre imaginaire avec son lot de films, et aujourd'hui de séries,*

*sur les "narcos" et les "stups".* » Dès lors, cette guerre va se poursuivre en suivant un modèle de criminalisation sévère et en employant une rhétorique anti-addiction afin de lutter contre la toxicomanie.

C'est donc un manque (bien) comblé par ce pavé de près de 600 pages, qui ne restera certainement pas sur nos estomacs... mais sur les étagères des fondamentaux de nos bibliothèques !

Au passage, c'est le premier ouvrage d'Alexandre Marchant qui a publié de nombreux articles dans des revues scientifiques, apporté sa contribution à plusieurs ouvrages collectifs (récemment à *la Catastrophe invisible. Histoire sociale de l'héroïne*, aux Éditions Amsterdam, 2018), participé à bien des conférences et colloques universitaires en France et à l'étranger consacrés à l'histoire de la drogue ou aux enjeux sociaux et politiques de la toxicomanie.

## Parcours pluriels des usagers

« *L'Impossible Prohibition* » commence par retracer le parcours d'évolution des usages, depuis leur explosion dans les années 1960, avec ceux inconsidérés de médicaments opiacés (Palfium, Romilar, élixir parégorique, Dolosal...), barbituriques (Nembutal, Immenoctal, Binocet...), benzodiazépines (Rohypnol, Tranxène...), amphétamines (Maxiton, Tonédron, Pondéral, Préludine...), puis de LSD, cannabis et héroïne, les trois principales drogues illicites

de ces années-là, jusqu'à nos jours, avec la cocaïne, les drogues de synthèse... Il campe les figures du beatnik (en réalité, pas si souvent toxico que cela), hippie routard direction l'Orient et Katmandou surtout, jeune rebelle, bohème chic, gauchiste « *spontex* », puis junky désocialisé, enfant perdu des cités de banlieue...

Alexandre nous explique comment, de l'émotion suscitée à l'été 1969 par la mort par overdose d'héroïne d'une jeune adolescente sur la plage de Bandol, on a fait un scandale hexagonal puis construit, quelques mois plus tard, la loi du 31 décembre 1970. Après la prostitution, l'alcool et la syphilis, voilà la drogue promue « *nouveau fléau social* » de la jeunesse, à combattre d'urgence par une politique de prohibition. Un an après soixante-huit, la toxicomanie venait à point nommé pour attaquer, dans la déferlante médiatique et parlementaire contre « *la dégradation morale du pays* », les mouvements contre-culturels des « *baby-boomers* » qui se succédaient depuis les années cinquante : mods, rockers, beatniks, hippies, gauchistes radicaux... « *De fait, certains groupes d'extrême-gauche virent la loi comme un prétexte à une répression accrue des mouvements contestataires...* » Et, à juste titre, le Syndicat de la magistrature la critiqua comme attentatoire aux libertés individuelles puisqu'elle condamne l'usage privé de drogues, et aux droits constitutionnels pour les moyens accrus donnés à la police sous ce couvert : prolongation de la garde à vue à 72, voire 96 heures, peines de prisons quadruplées pour les trafiquants, perquisitions de nuit... Et de décennie en décennie, la stigmatisation, le rejet dans la clandestinité des usagers, leurs incarcérations itératives ont fabriqué les conditions de la catastrophe sanitaire de l'épidémie de sida (la France était l'un des pays où le taux de toxicomanes séropositifs pour le VIH était le plus élevé au monde dans les années 1990), puis des hépatites, même si la même loi, de prohibition recto, avait prévu, à son verso, le volet sanitaire *via* l'injonction thérapeutique. Malheureusement, mais logiquement dans ce contexte idéologique, hormis les trois structures expérimentales chroniques de la méthadone, (Fernand-Widal, Sainte-Anne, puis, en 1989, le Centre Pierre-Nicole à Paris), la « *vulgate* » du dispositif de soins aux toxicomanes restait fixée sur l'attente de la demande et l'abstinence. Avec ses variantes plutôt sympathiques, traduites des *free clinics* américaines (modèle communautaire, prises en charge anonymes et gratuites, surtout assurées par des éducateurs parfois « *toxicos repentis* »...), ou pas, c'est-à-dire flirtant avec les sectes plus ou moins musclées (*Le Patriarce*).

Quoiqu'il en fut, « *après la cure, venait la post-cure, pensée comme un temps de rééducation et de réinsertion sociale, souvent par le travail. À ce titre, l'Abbaye pilotait*

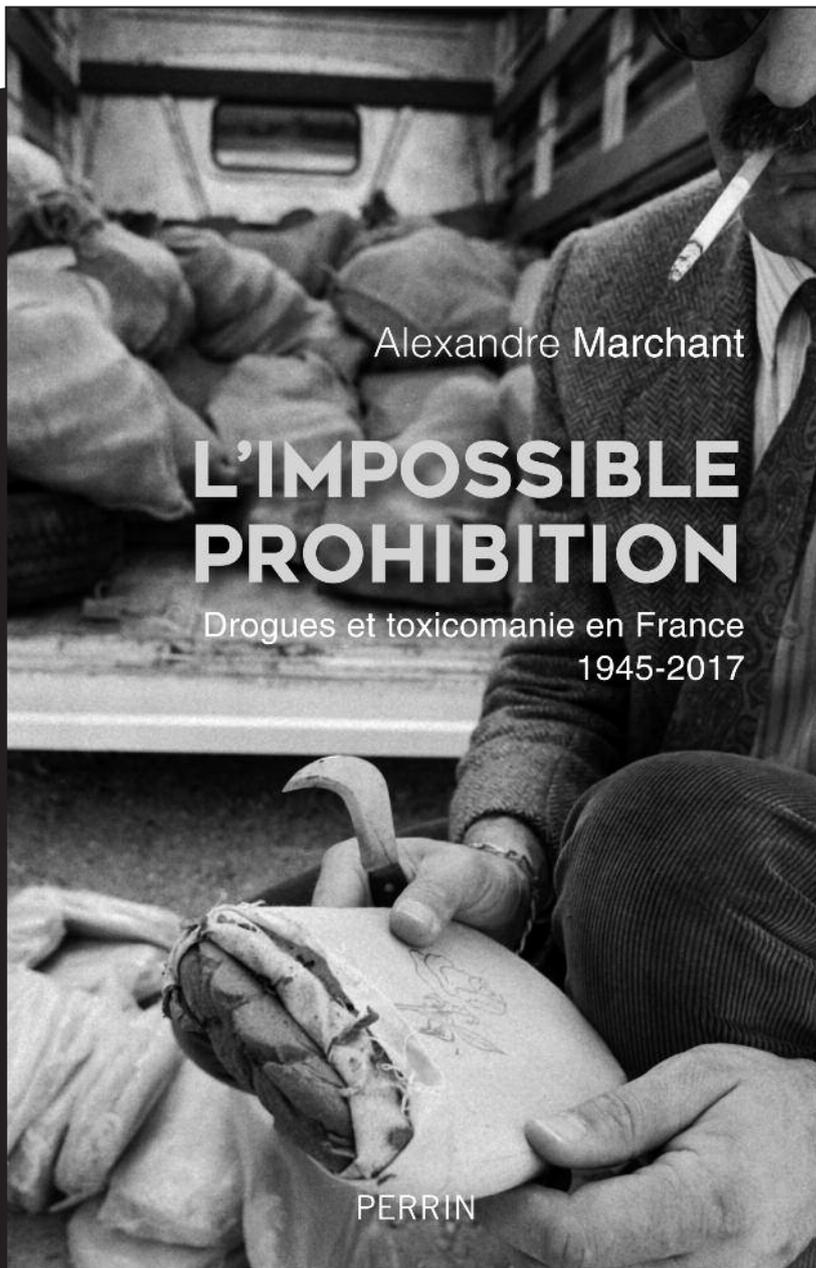
*des chantiers communautaires organisés par la Maison des Jeunes : chantiers aux Halles, réfection du palais abbatial de Saint-Germain-des-Prés, mais aussi des chantiers extérieurs à l'Île-de-France : autant de tâches qui aidaient les jeunes qui, sans travail depuis un ou deux ans, vivaient sur les quais* », raconte-t-il. Dans bien des cas, le centre de soins se doublait d'un « *club de prév'* ».

Et les partisans de l'approche par le décroisement, le traitement « *hors les murs* » et la psychothérapie, fortement teintée de psychanalyse, alimentaient, souvent avec violence, la méfiance doctrinaire à l'encontre des traitements de substitution, et « du médical », en général. On se souvient de la tribune de quatre leaders intervenants en toxicomanie parue dans *le Monde* en 1991, attaquant de plein fouet les médecins « *dealers en blouse blanche* » recourant au « *contrôle social pharmacologique* » des toxicomanes par les substituts aux opiacés ! Pendant ce temps, contrairement aux États-Unis (qui avaient adopté toutefois la méthadone depuis 1962 à New York grâce aux travaux et militantisme des Drs Dole et Nyswander) et à la France, les Pays-Bas appliquaient un modèle libéral du « *risque acceptable* » chez les usagers concernant la distribution responsable de la drogue, avec, depuis le début des années 1970, la dispensation du chlorhydrate de méthadone dans les centres d'accueil et de soins municipaux par les services de santé de la ville d'Amsterdam (GG&GD).

## Le déverrouillage institutionnel et la RdR

Mais, dans les années 1990, il est devenu de la plus grande urgence de trouver des pare-feux à la catastrophe sanitaire frappant les toxicomanes injecteurs. Même les contempteurs d'hier des traitements de substitution se sont mis à en plaider la cause. Depuis, les traitements de substitution ont fini par s'imposer, d'appel public de médecins généralistes en 1992, à la prise de position de professionnels en faveur de l'introduction de la méthadone au sein des programmes de soins en novembre 1993 devant l'Académie de médecine, en passant par le projet d'ouvertures de programmes méthadone par la Direction générale de la santé en 1994, et l'accès à la buprénorphine haut dosage, dans des conditions de prescription et de délivrance peu contraignantes. En fait, tour à tour, la méthadone, considérée comme drogue légale ou médicalement miracle, servant à une normalisation et contrôle social, selon ses contempteurs, montrait bien sa capacité à stabiliser l'usager et lui permettre de réorienter son existence. Et à infléchir drastiquement les taux de contamination virale et les overdoses. Elle bousculait aussi les pratiques professionnelles des juges, des magistrats habitués à voir des toxicomanes en manque ou des inter-





*L'Impossible Prohibition,  
Drogues et toxicomanie  
en France. 1945-2017.*  
Alexandre Marchant,  
Perrin, 592 pages,  
27 euros.

venants sanitaires qui exigeaient un sevrage avant toute prise en charge. Elle s'inscrivait dans une politique sanitaire et sociale, prenant en compte des risques infectieux et sociaux.

Ce « *déverrouillage institutionnel* » de 1994-1995 avait été précédé d'expériences de réduction des risques ou RdR (mise en vente libre des seringues en 1983 sous Michèle Barzach, diffusion du kit Steribox par Apothicom, programme d'échange de seringues de Médecins du Monde en 1989, centres d'accueil à bas seuil, « *boutiques* »...), de la création d'Asud, association d'autosupport en 1990-1992 et du collectif interassociatif Limiter La Casse, en

avril 1993... Au niveau des pouvoirs publics, la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie (MILDT), reprenant le flambeau de la DGLDT en 1996, changea sensiblement de discours de 1998 à 2002, sous la présidence de Nicole Maestracci. Elle souhaitait asseoir la politique française de la drogue sur des fondements scientifiques et développer de nouveaux outils quantitatifs pour évaluer l'évolution des consommations et l'arrivée de nouveaux produits sur le marché: ce fut la création en 1995 de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) avec son réseau TREND, le projet SINTES... Toutefois, la RdR, dispositif expérimental, ne

connut une avancée cruciale qu'en 2004, sous l'impulsion de Didier Jayle, alors président de la MILDT (et notre directeur de publication !) qui inséra l'expression de RdR dans la loi de Santé publique et, enfin, dans les textes législatifs, ce qui a permis la création rapide des Centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques des usagers de drogues (Caarud).

Mais « *la loi de prohibition et le consensus médico-répressif demeurent, conclut Alexandre avec son cortège d'ambiguïtés persistantes jusqu'à aujourd'hui...* » Témoin en est la difficile implantation de la salle de consommation à moindres risques de Paris. Entre autres...

### La gabegie inutile et l'impasse persistante

Côté trafic, il démonte, de façon très documentée, les fonctionnements de *la French Connection* de Marseille pas si « *mononucléaire* » que ça, mais tentaculaire, des cartels d'Amérique latine, en passant par les mafias asiatiques, italiennes, africaines...

Impossible et surtout contreproductive en regard du trafic, développe-t-il, en long et en travers, la prohibition des drogues comme celle de l'alcool, entre 1919 et 1933, qui a permis à Al Capone de bâtir son empire criminel, entretient en réalité « *le fléau* » qu'elle est censée « *terasser* ». Elle stimule l'activité d'organisations criminelles, très mouvantes et ô combien adaptables aux mesures répressives qu'elle porte, et qui dominent un marché incontrôlable, car justement clandestin. Quatre décennies après la déclaration de la guerre à la drogue par l'administration Nixon, un seul constat s'impose : celui de son échec patent. Et de son coût faramineux : 883 milliards d'euros en 2016, dont 50 environ pour les seuls États-Unis. « *Une gabegie quand on sait que le trafic mondial de drogue engendrerait un chiffre d'affaires de 300 milliards de dollars, en deuxième position avec le trafic d'armes (...). Les organisations trafiquantes se sont mieux structurées, leurs profits ont atteint des montants colossaux, et leurs pratiques recourent systématiquement à la violence* », explique-t-il, avec force documents, tandis que les victimes de cette guerre sont les usagers-revendeurs et dealers, qui peuplent, en masse, les prisons. « *Les toxicomanes forment aujourd'hui 22 % de la population carcérale américaine, sur plus de 2 millions de détenus.* »

Toutefois, même si la tendance au toujours plus de répression est encore largement partagée par nombre de gouvernants, aujourd'hui un certain nombre de pays ont réorienté leurs stratégies de lutte contre les drogues, en desserrant l'étau contre les usagers et usagers-revendeurs, dépénalisant tout ou partie de la consommation

personnelle et recel de petites quantités de drogues, favorisant l'accès aux soins et aux dispositifs de réduction des risques. L'Uruguay a légalisé le cannabis en 2014, plusieurs États américains ont rendu légale l'utilisation à des fins thérapeutiques. « *D'autres l'ont légalisé pour des usages récréatifs, soit une légalisation totale : le Colorado, l'État de Washington ont ouvert la voie en 2014, suivis par le district de Columbia et l'Oregon, puis la Californie, le Maine, le Nevada et le Massachussets (...)* Ce qui suscite des frictions entre le pouvoir fédéral, agissant par le biais de la puissante agence de lutte contre la drogue, la Drug Enforcement Administration (la DEA), créée en 1973, et des États fédérés... qui tirent désormais un bénéfice fiscal de ce marché et attirent un tourisme assez particulier ! », explique-t-il. Un tournant loin d'être négocié en France, même si les pouvoirs publics ont effectivement changé de paradigme, à l'aube de l'an 2000. Encore une fois, la loi de 1970, qui, tout en instituant la prise en charge médicale des toxicomanes, a décidé de pénaliser l'usage privé de stupéfiants dont la consommation n'était jusque-là interdite que dans l'espace public, demeure. « *Il y a fort à parier que le type d'imbroglio kafkaïen au sujet de la salle de consommation parisienne se reproduira à l'avenir tant que la loi de 1970 restera intacte et que la réduction des risques restera cantonnée au domaine des expérimentations légitimées au cas par cas, à coups de décrets, de règlements et d'ajouts provisoires dans des textes législatifs périphériques (...). Le modèle français de lutte contre la drogue reste dans l'impasse* », conclut-il.

# Californie, le nouvel « or vert »

Gwenola Ricordeau / sociologue & criminologue, California State University, Chico

*En novembre 2016, vingt ans après avoir légalisé le cannabis thérapeutique, la Californie a voté en faveur de son usage récréatif. Le « Golden State » est ainsi devenu le plus grand marché légal de cannabis au monde. Deux ans après, quel bilan peut-on en tirer ?*

## Du cannabis thérapeutique au cannabis récréatif

L'État de Californie a été le premier à légaliser l'usage thérapeutique du cannabis en 1996. Il a ainsi ouvert la voie à ce qu'on désigne souvent comme la « deuxième vague de décriminalisation ». Dans les années 1970, il avait été à l'avant-garde de la première vague dans laquelle s'étaient courageusement engagés plusieurs États décriminalisant la possession de petites quantités de cannabis (l'Oregon, le Minnesota, le Mississippi, l'État de New York, la Caroline du Nord ou le Nebraska), à contre-courant de la montée en puissance de la « guerre à la drogue ». Cependant, en 2010, les électeurs californiens rejetaient par 53% des voix la Proposition 19, qui soumettait pour la première fois au suffrage l'usage du cannabis récréatif.

Le Compassionate Use Act, qui a suivi le vote en faveur de la Proposition 215 en 1996, a autorisé l'usage du cannabis sur recommandations médicales<sup>1</sup>, pour les résidents californiens âgés de plus de 18 ans. Ceux-ci étaient en outre autorisés à posséder jusqu'à 8 onces (224 grammes) et à cultiver à leur domicile six pieds de cannabis. On estime que, ces dernières années, entre 1,2 million et 1,5 million de personnes, soit autour de 3% des Californiens, ont eu accès au cannabis thérapeutique délivré dans des dispensaires. Ce chiffre reflète

recommander l'usage du cannabis. Le cannabis thérapeutique n'est plus un phénomène marginal aux États-Unis, puisqu'il est désormais légal dans 29 États, dans le district de Columbia, à Guam et à Porto Rico.

En novembre 2016, les électeurs ont voté à 57% en faveur de la Proposition 64 (Adult-Use of Marijuana Act) qui légalise l'usage récréatif de la marijuana, la vente et la distribution de cannabis sous forme sèche et concentrée. L'ouverture de lieux de vente a commencé le 1<sup>er</sup> janvier 2018, après la délivrance de permis par les autorités locales. Sur le terrain du cannabis récréatif, la Californie n'est également pas isolée : neuf autres États l'ont déjà légalisé, dont l'Alaska, le Colorado, le Maine, le Massachusetts, l'Oregon, l'État de Washington et le Nevada. Par ailleurs, une douzaine d'États ont décriminalisé la simple possession d'une petite quantité de cannabis à usage récréatif. Et l'opinion publique est, à travers les États-Unis, de plus en plus favorable à la légalisation du cannabis (64% selon un sondage Gallup en 2017).

Le vote de la Proposition 64 se traduit néanmoins par une situation légale relativement complexe et instable, les villes et les comtés pouvant prendre des mesures plus restrictives que l'État (nous y reviendrons). Au niveau fédéral, le cannabis reste classé parmi les substances de catégorie 1 (comme l'héroïne, l'ecstasy ou le LSD), c'est-à-dire que sa culture et sa possession sont interdites et que son usage médical n'est pas reconnu. En janvier 2018, l'administration Trump a abrogé le « Cole Memorandum », émis

<sup>1</sup> Les médecins ne peuvent pas « prescrire » l'usage du cannabis (ce qui serait contraire à la législation fédérale), mais le « recommander ».

le caractère peu restrictif des raisons médicales pour lesquelles les praticiens peuvent

par le Département de la Justice en août 2013, sous la présidence Obama, qui recommandait aux procureurs de réduire la poursuite des infractions fédérales à la législation sur le cannabis dans les États ayant légalisé certains de ses usages.

## La nouvelle législation

La nouvelle législation californienne en matière de cannabis est contenue dans le Medical and Adult-Use Cannabis Regulation and Safety Act (MAUCRSA).

Les adultes de plus de 21 ans sont désormais autorisés à acheter, sur présentation de papiers d'identité (sans condition de résidence), une once (28 grammes) de cannabis par jour. Le MAUCRSA ne s'applique pas sur les terres fédérales (parcs nationaux, forêts) où il est donc interdit de posséder ou de consommer du cannabis. En raison de la législation fédérale, il est également interdit de transporter du cannabis d'un État à un autre, même si les deux autorisent le cannabis récréatif.

La consommation de cannabis est autorisée, sauf dans les lieux publics et au volant – la conduite sous emprise du cannabis étant en outre interdite. La consommation publique de cannabis est généralement discrète, au même titre que les interdictions de fumer du tabac sont plutôt bien respectées, même si cela dépend des quartiers. Certains prédisent que les comportements vont évoluer, comme cela s'est observé dans d'autres États.

Chaque foyer peut cultiver, pour son usage, six pieds de cannabis, qui doivent toutefois être dissimulés à la vue des voisins et des passants. Les arrêtés locaux peuvent être plus restrictifs. Le comté de Butte où je réside interdit ainsi la culture à moins de 600 pieds (182 mètres) des arrêts de bus scolaire et à moins de 1 000 pieds (305 mètres) des crèches, écoles, églises, parcs et institutions recevant des mineurs. Et ma ville, Chico, n'autorise la culture qu'en serre ou en intérieur.

Il faut également signaler que les bailleurs et les propriétaires peuvent interdire à leurs locataires de cultiver ou de consommer du cannabis. De plus, les usagers de cannabis peuvent encore subir des discriminations professionnelles : le MAUCRSA maintient l'autorisation de licencier un employé dont les analyses sont positives au cannabis, y compris pour raisons médicales.

## Et le cannabis thérapeutique ?

Le Medical and Adult-Use Cannabis Regulation and Safety Act (MAUCRSA) laisse intactes la plupart des dispositions antérieures pour le cannabis thérapeutique.

Il est ainsi possible de consommer du cannabis thérapeutique dans les lieux publics où le tabac est autorisé, alors que le cannabis récréatif y est interdit. Comme pour

la culture, ma municipalité interdit de fumer du cannabis à moins de 1 000 pieds (305 mètres) des écoles et des institutions recevant des mineurs. Elle a même mis à disposition une carte de la ville pour s'y retrouver !

Les usagers de cannabis thérapeutique sont autorisés à cultiver plus que six pieds sur avis médical. La plupart ne dépassent pas toutefois 99 pieds, car au-delà, les lois fédérales prévoient une peine d'incarcération de cinq ans minimum. Là aussi, des restrictions locales peuvent s'appliquer : mon comté, Butte, limite ainsi la surface des cultures individuelles pour le cannabis thérapeutique à 150 pieds carrés (14 mètres carrés).

Le cannabis thérapeutique demeure, sous certains aspects, plus accessible que le cannabis récréatif. Il est le seul auquel les adultes de moins de 21 ans ont légalement accès. Par ailleurs, dans beaucoup d'endroits, seul le cannabis thérapeutique est accessible (107 municipalités autorisent les dispensaires délivrant du cannabis thérapeutique, contre seulement 70 qui autorisent la vente de cannabis récréatif).

Les usagers peuvent donc avoir intérêt à se procurer une ordonnance médicale (qui coûte généralement entre 60 et 100 dollars), puis à obtenir, auprès du comté, une carte de patient (dont le coût est désormais limité à 100 dollars, contre plus de 150 dollars avant la loi). Cette carte permet de s'approvisionner dans les dispensaires et de ne pas payer, dans les magasins, les taxes spécifiques au cannabis récréatif.

Pourtant, un peu plus de 6 000 cartes ont été délivrées cette année, ce qui représenterait moins de 2 % des patients ayant une recommandation médicale. Même si les données sont normalement protégées par le secret médical, beaucoup de personnes rechignent à figurer dans un fichier d'usagers d'un produit interdit au niveau fédéral, mais aussi parce qu'il pourrait remettre en cause leurs droits à l'achat et au port d'armes.

La nouvelle légalisation sur le cannabis récréatif n'est pas forcément une bonne nouvelle pour les usagers du cannabis pour raisons médicales. D'ailleurs, certains étaient opposés au vote de la Proposition 64. Une partie de leurs prédictions est en train de se réaliser : certains patients doivent faire face à un renchérissement des coûts et à des ruptures d'approvisionnement, car de nombreux dispensaires et services de livraison ferment, dans un contexte de réorganisation du secteur.

## Prix et accès au cannabis

La nouvelle législation prévoit la délivrance de licences pour la vente de cannabis. Il y aurait actuellement 385 magasins pourvus d'une licence, dont 59 dédiés uniquement au cannabis thérapeutique. Certaines villes et



comtés refusent de délivrer des permis, comme le comté de Butte. Sur l'ensemble de la Californie, seules 34 villes sur 482 ont des magasins (les villes les mieux dotées étant Los Angeles et Sacramento). Mon comté autorise néanmoins le recours à des services de livraison – ce qui n'est pas le cas de tous les comtés californiens. À noter que l'accès au cannabis thérapeutique des personnes incarcérées dans les prisons de l'État de Californie a été légalement reconnu, mais les établissements pénitentiaires s'efforcent de l'interdire.

On pouvait espérer que la légalisation s'accompagne d'une amélioration de l'offre de produits, notamment en termes de diversité. Pour l'instant, les consommateurs voient surtout le renchérissement des prix. En effet, le MAUCRSA prévoit une taxe de 15 % sur la vente de cannabis, à laquelle s'ajoutent des taxes locales. En outre, les producteurs doivent s'acquitter de 9,25 dollars par once (28 grammes) pour les fleurs séchées et de 2,75 dollars par once pour les feuilles. Les prix varient beaucoup<sup>2</sup> en raison des incertitudes qui pèsent sur le marché (attribution des licences) et des ruptures d'approvisionnement entraînées par les incendies dans les comtés de Napa et de Sonoma l'automne dernier, sans compter les destructions de stocks avant la mise en place des normes sanitaires le 1<sup>er</sup> juillet 2018. Les prix aujourd'hui pratiqués dans les magasins (entre 10 et 20 dollars le gramme) resteraient supérieurs à ceux du marché noir. Les consommateurs peuvent espérer, à terme, une baisse des prix, à l'exemple de ce qui s'est passé dans le Colorado et l'État de Washington.

### Qualité des produits et questions environnementales

On estime que la culture du cannabis en Californie (pour laquelle le climat de l'État est particulièrement propice) approvisionne 75 % du marché étatsunien. Elle s'effectue en grande partie dans le « *Emerald Triangle* » (le Triangle d'Émeraude), au nord de l'État, où elle s'est implantée illégalement dès les années 1960, en raison de la faible densité de population et d'une pluviométrie avantageuse. Les comtés vinicoles de Sonoma et de Napa comptent aussi de nombreuses plantations et la géographie de la culture du cannabis est en pleine mutation, avec le développement de la culture dans le sud de l'État. La culture du cannabis en Californie n'est pas toujours légale : en effet, une bonne partie de la production approvisionne les marchés illégaux du reste des États-Unis.

en matière d'utilisation des pesticides. Néanmoins, de nombreux observateurs ont signalé que l'usage important de produits chimiques (en particulier de rongicides et d'insecticides) par les cultivateurs endommage l'environnement, notamment dans le nord de l'État et plus spécifiquement les séquoias du Redwood National Park. Par ailleurs, la culture du cannabis menace les ressources en eau et augmente considérablement la consommation d'électricité. Et les forêts tendent à reculer au profit des champs de cannabis.

On peut néanmoins espérer une amélioration de la qualité des produits vendus, puisque, depuis le 1<sup>er</sup> juillet 2018, ils doivent se conformer à des règles sanitaires précises. Ils doivent même faire l'objet de tests dans des laboratoires certifiés par l'État, avant d'être proposés à la vente. L'engorgement des laboratoires, pas assez nombreux, a d'ailleurs obligé de nombreux distributeurs à détruire une partie de leurs stocks. Ces tests suscitent des critiques, car leur coût s'ajoute aux diverses taxes et font craindre que l'augmentation des prix pousse certains consommateurs vers le marché noir. Celui-ci se trouve confronté à des défis : le cannabis importé illégalement du Mexique et des Caraïbes, de qualité inférieure au cannabis californien, est de moins en moins disponible, même si ses prix continuent à baisser.

### Vers une sortie de la « guerre à la drogue » ?

Avec l'adoption de la Proposition 64 en 2016, la Californie a renforcé son image d'État progressiste, acquise notamment en reconnaissant les droits des personnes LGBT. Son système judiciaire est pourtant l'un des plus répressifs des États-Unis. Cet État d'un peu moins de 40 millions d'habitants compte en effet 134 339 prisonniers<sup>3</sup>, dont près de 26 000 condamnés à perpétuité.

Le MAUCRSA crée incontestablement une rupture avec la « guerre à la drogue » à laquelle la Californie a grandement participé. Par exemple, l'usage du cannabis ne peut plus être évoqué pour le retrait d'une garde d'enfant. Il réduit les sanctions pour la culture, la vente et le transport illégaux de cannabis. Et il permet aussi aux personnes condamnées par le passé de demander une révision de leur casier judiciaire.

En effet, les inscriptions au casier de condamnations liées au cannabis s'accompagnent d'interdictions (de posséder des armes, de voter), empêchent d'obtenir certaines licences professionnelles, de trouver du travail ou un logement. La Drug Policy Alliance, une des organisations majeures dans la lutte pour la décriminalisation des drogues, indique que 500 000 arrestations étaient liées au cannabis pendant la dernière décennie et que près d'un million de personnes peuvent prétendre à la

<sup>2</sup> Voir le comparateur de prix : <https://weedmaps.com/dispensaries/in/united-states/california>

<sup>3</sup> En comparaison, la France compte 70 408 personnes incarcérées au 1<sup>er</sup> juin 2018.

La culture du cannabis étant interdite au niveau fédéral, il n'existe pas de normes fédérales, en particulier de l'Environmental Protection Agency (EPA, Agence de protection de l'environnement),

révision de leur casier judiciaire. Néanmoins, elle nécessite généralement l'aide de services juridiques auxquels tout le monde n'a pas également accès. Certains États (le Maryland, l'Oregon et le Vermont) autorisent le retrait du casier judiciaire des mentions d'actes qui ne sont plus considérés comme des crimes.

Cette criminalisation a touché davantage les minorités ethniques, en particulier les Noirs. Par exemple, en 2015, à Oakland, alors que les Noirs, les Latinos et les Blancs constituent chacun 30% de la population de la ville, 77% des arrestations liées au cannabis visaient des Noirs, 15% des Latinos et 4%, des Blancs. On peut craindre que la légalisation ne signifie pas la fin de leur traitement différentiel par la justice : la consommation de cannabis est seulement autorisée dans les propriétés privées. Non seulement les bailleurs et propriétaires peuvent interdire à leurs locataires la consommation de cannabis dans leurs murs, mais l'habitat social étant financé au niveau fédéral, la consommation de cannabis y est de fait interdite. Les personnes les plus pauvres – souvent les personnes de couleur – risquent de se retrouver à consommer du cannabis à l'extérieur, dans des espaces où cela reste illégal.

Malgré cette inflexion majeure des politiques de la drogue, la répression fédérale continue à s'exercer en Californie, notamment à travers le programme d'éradication des cultures (le Domestic Cannabis Eradication/Suppression Program). Ainsi, en 2017, en Californie, plus de 2 millions de pieds cultivés en extérieur et 200 000 pieds cultivés en intérieur ont été arrachés – sans compter que plus de 1 200 personnes ont été arrêtées dans le cadre de ces éradications.

### À qui profite la légalisation ?

La légalisation du cannabis récréatif s'accompagne de la mise en place d'un dispositif administratif complexe. Beaucoup de coopératives sont obligées de fermer : les nouvelles licences sont difficiles à obtenir, les normes à respecter entraînent des coûts importants que seules peuvent supporter de véritables entreprises. Les banques sont souvent réticentes à soutenir les petits projets et, plus généralement, à investir dans un secteur qui reste illégal au niveau fédéral. Par ailleurs, beaucoup d'entreprises sont très vulnérables, car elles ne peuvent utiliser que des espèces et ne sont pas couvertes par des assurances.

La Californie constitue le plus grand marché légal au monde. La population des quatre États (Colorado, État de Washington, Oregon et Alaska) précurseurs en la matière, représente moins de la moitié de la population californienne. Les analystes évoquent un secteur qui

Le secteur est constitué de nombreux acteurs : cultivateurs, fabricants, distributeurs, laboratoires d'analyse, vendeurs (« *budtenders* »<sup>4</sup>). Mais il dynamise aussi des activités connexes, comme les services de conseils juridiques spécialisés dans les contentieux autour du cannabis. Ce secteur est en voie de structuration, représenté par le California Cannabis Industry Association ([www.cacannabisindustry.org](http://www.cacannabisindustry.org)). En 2017, ce secteur a tenu son quatrième salon annuel, avec plus de 4 500 participants et l'ancien président du Mexique et président de Coca-Cola pour l'Amérique latine, Vicente Fox, comme conférencier invité. Il en attendait 7 500 pour son prochain salon à l'automne 2018.

### Des cultures en péril

Le développement d'un secteur marchand du cannabis n'est pas sans ambiguïtés. Quelle place y est faite aux minorités qui ont été la cible de la « guerre à la drogue » ? Pour contrer les logiques capitalistes qui risquent de les exclure, des personnes de couleur se sont organisées au sein du Minority Cannabis Business Association (MCBA). Autre initiative intéressante : la ville d'Oakland a réservé la moitié de ses licences aux personnes qui ont été personnellement affectées par la « guerre à la drogue ».

L'avènement de ce secteur marchand risque de mettre à mal la transmission des savoirs ancestraux et culturels liés au cannabis (cultures caribéennes, rastafari, beatniks, hippies, etc.) sur lesquels il capitalise aujourd'hui. Par ailleurs, le cannabis a marqué les cultures de la rue des Africains-américains et des Latinos qui s'en trouvent dépossédés.

La légalisation du cannabis récréatif en Californie a laissé dans l'ombre la question de la souveraineté des nations amérindiennes sur leurs terres. Les vides juridiques qui persistent en la matière ont ainsi permis, en septembre 2015, à un shérif local d'organiser un raid contre la Pinoleville Pomo Nation, dans le nord de la Californie, et de saisir environ 400 pieds de cannabis, destinés au marché du cannabis thérapeutique. Les nations amérindiennes sont organisées nationalement dans la National Indian Cannabis Coalition (<http://niccunited.org>) et en Californie dans la California Native American Cannabis Association qui revendiquent une autorité entière sur la culture, la distribution et la vente de cannabis.

Même si le changement législatif crée quelques imbroglios juridiques, la légalisation du cannabis récréatif en Californie, comme dans d'autres États, est assurément une bonne nouvelle, notamment par la meilleure protection qu'il apporte aux usagers de cannabis.

<sup>4</sup> Mot-valise composé de « bud » (cannabis) et « bartender » (barmaid), il désigne familièrement les vendeurs des magasins de cannabis.

pourrait représenter plus de 5 milliards de dollars dès 2018 – un véritable nouvel « or vert ».



# La légalisation du cannabis récréatif au Canada : mise en place et enjeux

Jalpa Shah / citoyenne canadienne, MPH, École des hautes études en santé publique

*Proche du système de légalisation mis en place en Uruguay, le cadre canadien implique une politique gouvernementale et nationale proactive pour réduire les dommages associés à l'usage du cannabis via un strict contrôle gouvernemental.*

## De la prohibition à la légalisation

Le 17 octobre 2018, le Canada est devenu le second État du monde à légaliser l'usage récréatif du cannabis. Le gouvernement de Justin Trudeau a choisi de légaliser

pour contrer les risques sociaux et sanitaires créés par la précédente législation prohibitionniste. De fait, la prohibition finance un marché illégal et génère des activités criminelles, tout en marginalisant les usagers et empêchant l'accès aux soins<sup>1,2</sup>. En dépit d'efforts précédents vers la dépénalisation de la possession de cannabis au Canada<sup>3</sup>, la loi réglementant certaines drogues et autres substances<sup>4</sup> continuait à sanctionner les membres les plus précaires de la société, avec des peines pour possession touchant de façon disproportionnée la jeunesse et les jeunes adultes<sup>5</sup>.

En l'absence d'exemples nationaux de légalisation, les experts canadiens se sont inspirés des politiques liées au tabac et à l'alcool pour former un cadre cohérent de régulation du cannabis<sup>6</sup>. La loi sur le cannabis prévoit que les adultes (âgés de 18, 19 ans ou plus) peuvent posséder jusqu'à 30 grammes de cannabis légal. Ils peuvent se procurer ce cannabis auprès de fournisseurs disposant d'une licence régionale, ou fédérale pour l'achat en ligne. Il

est également possible de cultiver quatre pieds de cannabis chez soi, pour un usage personnel, à partir de graines autorisées par licence<sup>7</sup>.

Similaire à la récente légalisation en Uruguay, le cadre canadien implique une politique gouvernementale et nationale pour réduire les dommages associés à l'usage via un strict contrôle gouvernemental. Cependant, le modèle canadien est unique dans la mesure où il a été développé dans le contexte d'un marché légal du cannabis médical (depuis 2001) et d'un marché noir illégal du cannabis récréatif. De plus, le Canada étant un État fédéral, les gouvernements nationaux, régionaux et municipaux disposent de responsabilités juridiques dans la législation du cannabis, créant des différences entre les régions, ou les villes.

## Objectifs et réglementations

La loi sur le cannabis a trois objectifs principaux :

1. Restreindre l'accès des jeunes au cannabis
2. Protéger la santé et la sécurité publiques
3. Tenir les criminels éloignés du marché<sup>7</sup>

Étant donné les effets néfastes de l'usage précoce du cannabis et les taux élevés de consommation parmi les jeunes, l'objectif premier de la loi est bien d'empêcher les jeunes d'y avoir accès. Un des composants essentiels du cannabis, le tétrahydrocannabinol (THC) peut affecter le

<sup>1</sup> Spithcoff S, Emerson B, Spithcoff A. Cannabis legalization: Adhering to public health best practice. *CMAJ*. 2012; 187: 1211-6.

<sup>2</sup> Crepault JF, Rehm J, Fischer B. The cannabis policy framework by the Centre for Addiction and Mental Health: A proposal for a public health approach to cannabis policy. *Int J Drug Policy*. 2016; 34: 1-4.

<sup>3</sup> Room R, Fischer B, Hall W, Lenton S, Reuter P. Cannabis policy: Moving beyond the stalemate. New York: The Beckley Foundation Press; 2010.

<sup>4</sup> Government of Canada. Justice laws website: Controlled Drugs and Substances Act (S.C. 1996, c. 19). 2018. <http://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/C-38.8/>

<sup>5</sup> Cotter A, Greenland J, Karam N. Drug-related offences in Canada 2013 (No. Juristat 85-002-x). 2015. <https://www150.statecan.gc.ca/n1/pub/85-002-x/2015001/article/14201-eng.htm>

<sup>6</sup> Government of Canada. Task Force on Marijuana Legalization and Regulation. Toward the legalization, regulation, and restriction of access to marijuana: Discussion paper. 2016. [www.canada.ca/en/health-canada/programs/consultation-toward-legalization-regulation-restriction-access-marijuana-discussion-paper-introduction.html](http://www.canada.ca/en/health-canada/programs/consultation-toward-legalization-regulation-restriction-access-marijuana-discussion-paper-introduction.html)

<sup>7</sup> Department of Justice. Cannabis legalization and regulation. 2018. [www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/cannabis/](http://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/cannabis/)



développement cérébral s'il est consommé à la pré- ou à l'adolescence, créant à long terme une détérioration aiguë de la mémoire et de l'attention<sup>8,9</sup>. Un usage précoce et régulier peut également augmenter le risque d'une dépendance future, et pourrait favoriser l'entrée vers la consommation d'autres substances illicites<sup>10</sup>. De plus, le fait d'avoir un casier judiciaire peut s'avérer néfaste pour le développement individuel et l'intégration sociale<sup>2</sup>.

Selon des estimations récentes, les jeunes Canadiens de 15 à 19 ans (pour 21 % d'entre eux) et les jeunes adultes de 20 à 24 (30 %) sont les plus importants consommateurs de cannabis du pays<sup>11</sup>. Pour lutter contre les effets délétères d'une consommation précoce et régulière, la loi sur le cannabis introduit donc des restrictions liées à l'âge (18 ou 19 ans selon les régions), pour la production, la distribution et la vente, comme elle limite la promotion des produits afin de ne pas inciter la jeunesse. C'est une législation particulièrement importante dans la mesure où le Canada compte un grand nombre de consommateurs âgés de 11 à 15 ans (28 %), comparés aux autres pays à haut revenu<sup>12</sup>.

Le gouvernement fédéral entend protéger la sécurité et la santé publiques, à travers une régulation stricte de la sécurité et de la qualité des produits<sup>7</sup>. En 2015, le cannabis était la substance illicite la plus consommée au Canada : approximativement 12 % de la population de 15 ans et plus, déclarait en avoir consommé l'année précédente<sup>11</sup>. Ce taux a augmenté de façon importante entre 2010 et 2015 (Figure 1), avec des variations selon les provinces : de 8 % sur l'île du Prince Edward à 17 % en Colombie britannique.

Le cadre canadien de la légalisation régule le marché d'un cannabis de bonne qualité et sans risque, basée sur la morbidité-mortalité attribuable à sa consommation<sup>13</sup>. Le texte combat les méfaits, en encourageant une consommation sans tabac ni combustion, dans la mesure où le fait du fumer du cannabis, en particulier avec du tabac, multiplie les risques de cancers du poumon<sup>14</sup>. Il prend en considération l'accidentologie et les coûts liés (1,1 milliard de dollars<sup>15</sup>) et sanctionne les conducteurs contrôlés positifs avec un taux de 2 nanogrammes de THC<sup>16</sup>. Ces régulations varient selon les pro-

vinces : Québec appliquant une tolérance zéro pour les conducteurs<sup>17</sup>, l'Ontario punissant l'usage au volant dès 2 nanogrammes<sup>18</sup>.

Pour que les profits échappent aux criminels et afin de dissuader le marché noir, la loi met en place des prix compétitifs et délimite strictement les autorisations de vente. Avant la légalisation, les Canadiens dépensaient 5,1 milliards de dollars canadiens par an pour le cannabis récréatif<sup>19</sup>, avec des prix allant de 6,69 dollars le gramme à 9,58 (Figure 2<sup>20</sup>).

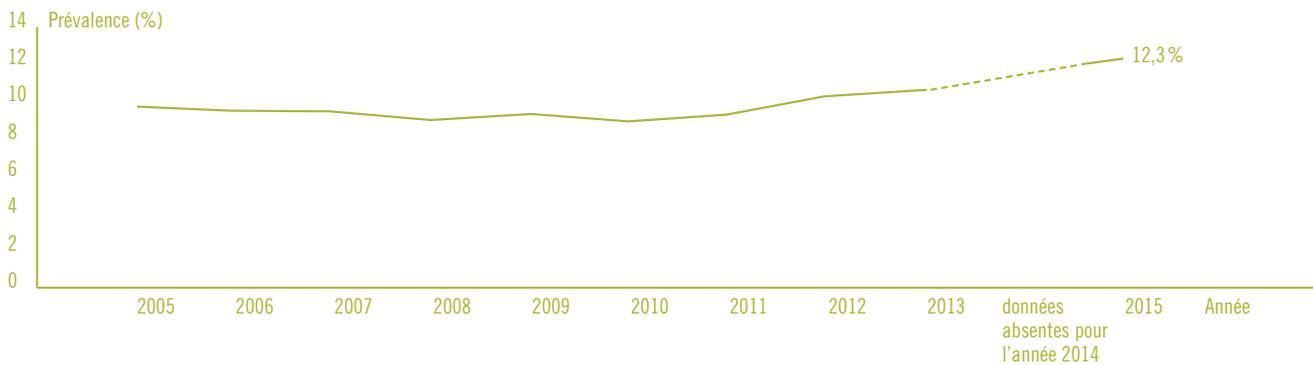
La loi sur le cannabis entend combattre le marché noir en instituant des prix compétitifs, dans chacune des provinces. Le prix du gramme est ainsi régulé par la taxation, étant donné que le taux maximum de taxation au niveau fédéral et régional ne peut excéder 1 dollar par gramme, ou 10 % du prix de vente<sup>21</sup>. Les gouvernements fédéraux et régionaux se partageront les revenus : 25 % pour le Gouvernement fédéral, afin de financer des mesures de prévention, d'éducation et sensibilisation, les gouvernements locaux utilisant les 75 % restants pour réguler la production et la consommation du cannabis<sup>7</sup>. Enfin, la loi prévoit des sanctions criminelles importantes pour tous ceux agissant en dehors de ce cadre juridique. À terme, ces mesures combinées devraient permettre d'atténuer le poids que la prohibition fait peser sur le système judiciaire canadien.

## Les défis de la légalisation

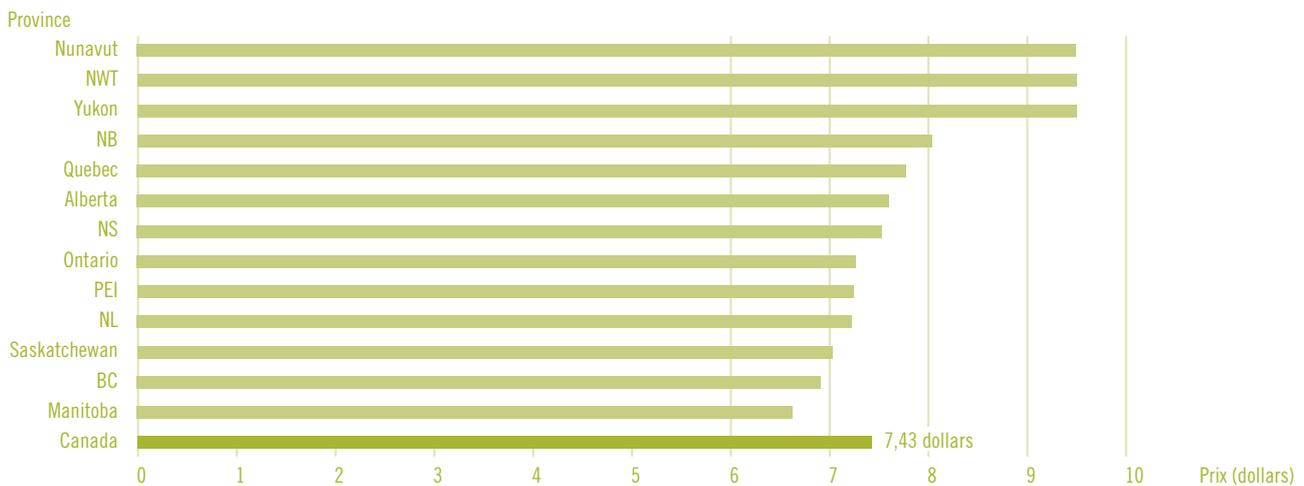
Le système fédéral canadien implique une certaine indépendance législative des provinces vis-à-vis du gouvernement national. Alors que le Gouvernement fédéral est responsable de la légalisation, les provinces et les autorités locales ont défini l'implémentation, la régulation et les procédures liées à la légalisation<sup>22</sup>. Précisément, elles sont décisionnaires en matière de 1) distribution, 2) prix de vente, 3) culture chez soi (interdite au Québec), 4) âge légal (18 ou 19 ans), 5) lieux autorisés<sup>23</sup>. Ce système à plusieurs niveaux peut donc créer des incohérences<sup>24</sup>. Ainsi, les provinces ont pris des approches radicalement différentes en ce qui concerne la distribution : l'Ontario, la province la plus peuplée autorise dans un premier temps la distribution *via* un site Internet contrôlé par l'Ontario Cannabis Store, géré par le gouvernement régional, avant d'ouvrir le marché au privé en 2019, avec des magasins destinés au public<sup>25</sup>. À l'opposé, au Québec, seule la Société Québécoise du cannabis (SQDC), société publique et gérée par le gouvernement local, sera autorisée à vendre au détail<sup>26</sup>. Selon plusieurs observations récentes, les distributeurs locaux ont été rapidement débordés et en rupture de stock, poussant quelques consommateurs vers des produits illégaux<sup>27</sup>.

- <sup>8</sup> Dinieri JA, Hurd JL. Rat models of prenatal and adolescent cannabis exposure. *Methods Mol Biol.* 2012; 829: 231-42.
- <sup>9</sup> Zalesky A, Solowij N, Yücel M, Lubman DI, Takagi M, Harding IH et al. Effect of long-term cannabis use on axonal fibre connectivity. *Brain.* 2012; 135: 2245-55.
- <sup>10</sup> Panlilio LV, Zanettini C, Barnes C, Solinas M, Goldberg SR. Prior exposure to THC increases the addictive effects of nicotine in rats. *Neuropsychopharmacology.* 2013; 38: 1198-208.
- <sup>11</sup> Government of Canada. Canadian Tobacco Alcohol and Drugs (CTADS): 2015 Summary. 2017. [www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-alcohol-drugs-survey/2015-summary.html](http://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-tobacco-alcohol-drugs-survey/2015-summary.html)
- <sup>12</sup> UNICEF Canada. Child well-being in rich countries: A comparative overview - Canadian companion. 2011. [www.unicef.ca/sites/default/files/imce/uploads/DISCOVER/OUR%20WORK/ADVOCACY/DOMESTIC/POLICY%20ADVOCACY/DOCS/unicef\\_re\\_11\\_canadian\\_companion.pdf](http://www.unicef.ca/sites/default/files/imce/uploads/DISCOVER/OUR%20WORK/ADVOCACY/DOMESTIC/POLICY%20ADVOCACY/DOCS/unicef_re_11_canadian_companion.pdf)
- <sup>13</sup> Imtiaz S, Shield KD, Roerecke M, Cheng J, Popova S, Kurdyak P et al. The burden of disease attributable to cannabis use in Canada in 2012. *Addiction.* 2016; 111: 653-662.
- <sup>14</sup> World Health Organization (WHO). The health and social effects of nonmedical cannabis use. Geneva: WHO; 2016.
- <sup>15</sup> Wettlaufer A, Florica RO, Asbridge M, Beirness D, Brubacher J, Callaghan R, et al. Estimating the harms and costs of cannabis-attributable collisions in the Canadian provinces. *Drug Alcohol Depend.* 2017; 173: 185-190.
- <sup>16</sup> Department of Justice. Impaired Driving Laws. 2018. [www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/sidl-rieja/](http://www.justice.gc.ca/eng/cj-jp/sidl-rieja/)
- <sup>17</sup> Gouvernement du Québec. Cadre légal : Modification du Code de la sécurité routière en lien avec la légalisation du cannabis. 2018. <https://encadrementcannabis.gouv.qc.ca/en/loi/modification-du-code-de-la-securite-routiere/>
- <sup>18</sup> Ontario Ministry of Transportation. Impaired Driving. 2018. [www.mto.gov.on.ca/english/safety/impaired-driving.shtml#post-conviction](http://www.mto.gov.on.ca/english/safety/impaired-driving.shtml#post-conviction)
- <sup>19</sup> Statistics Canada. Cannabis Economic Account, 1961 to 2017. 2018. [www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180125/dq180125c-eng.htm](http://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/180125/dq180125c-eng.htm)
- <sup>20</sup> Statistics Canada. Cannabis Stats Hub: Cannabis consumer prices. 2018. [www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13-610-x/cannabis-eng.htm](http://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/13-610-x/cannabis-eng.htm)
- <sup>21</sup> Department of Finance. Canada's Finance Ministers Reach Agreement on Cannabis Taxation. 2018. [www.fim.gc.ca/n17/17-123-eng.asp](http://www.fim.gc.ca/n17/17-123-eng.asp)
- <sup>22</sup> Rehm J, Crepault JF, Fischer B. The devil is in the details! On regulating cannabis use in Canada based on public health criteria. *Int J Health Policy Manag.* 2017; 6(3): 173-6.
- <sup>23</sup> Alam M. Cannabis legalization: What is your province or territory doing? A guide. *The Globe and Mail* [online]. March 23 2018. [www.theglobeandmail.com/cannabis/article-cannabis-legalization-what-is-your-province-or-territory-doing-a/](http://www.theglobeandmail.com/cannabis/article-cannabis-legalization-what-is-your-province-or-territory-doing-a/)

**Figure 1. Prévalence de la consommation déclarée l'année passée, population de 15 ans et plus, 2005-2015**



**Figure 2. Comparaison du prix du gramme de cannabis (en dollars) par province avant la légalisation en 2017**



Le défi le plus important reste sans doute la préexistence d'un marché légal du cannabis thérapeutique, d'un marché gris et d'un marché noir du cannabis récréatif<sup>24</sup>. Le cannabis thérapeutique a été légalisé bien avant le cannabis récréatif.

<sup>24</sup> Fischer B. *Legalization of non-medical cannabis in Canada: Will supply regulations effectively serve public health?* *Lancet*. 2017; 2: e536-7.

<sup>25</sup> Ministry of the Attorney General. *Ontario to introduce legislation to move forward with tightly-regulated private cannabis retail marketplace*. Government of Ontario. 26 September 2018. <https://news.ontario.ca/mag/en/2018/09/ontario-to-introduce-legislation-to-move-forward-with-tightly-regulated-private-cannabis-retail-mark.html>

<sup>26</sup> Gouvernement du Québec. *Cadre légal en bref*. 26 September 2018. <https://encadrementcannabis.gouv.qc.ca/lci/>

<sup>27</sup> Bilefsky D. *Vancouver, Canada's marijuana capital, struggles to tame the black market*. *The New York Times* Octobre 2018. [www.nytimes.com/2018/10/29/world/canada/marijuana-cannabis-vancouver-legalization.html](http://www.nytimes.com/2018/10/29/world/canada/marijuana-cannabis-vancouver-legalization.html)

Néanmoins les « *store fronts* », les dispensaires visibles et accessibles, vendaient du cannabis médical légalement ainsi que du cannabis récréatif illégalement, depuis des années. Pourquoi ces espaces existaient-ils avant la légalisation du cannabis récréatif? Pourquoi le public continue de fréquenter ces dispensaires aujourd'hui?

La pénurie des biens dans les magasins gérés légalement par chaque province a présenté un obstacle à l'accès au cannabis légal. Par ailleurs, le cannabis comestible, les « *edibles* »,

ainsi que les concentrés et les extraits ne seront pas disponibles à la vente légale avant octobre 2019. Ceci a créé un fossé entre les attentes du marché et la vente autorisée. Même si le marché gris n'est pas complètement légal, les gens se sentent rassurés par les conseils des « experts » vendant le cannabis thérapeutique et récréatif dans des magasins facilement accessibles au lieu de faire leurs achats en ligne. Il faut savoir que, face au grand nombre de magasins vendant du cannabis illégalement en Colombie britannique, les autorités municipales ont passé des règlements administratifs qui légalisent la vente du cannabis dans des dispensaires de certaines zones bien délimitées à Vancouver et Victoria.

Ce marché illégal de dispensaires va probablement poser le plus grand défi à la régulation de la vente et de la production voulue par le Gouvernement si on ne les associe pas au cadre juridique. À Montréal, le marché noir a déjà



répondu à la légalisation en proposant « deux joints pour le prix d'un »<sup>27</sup>. La production et la vente de cannabis hors du cadre régulé vont continuer de peser sur les systèmes judiciaires locaux.

Alors que le strict contrôle légal sous-entend que le cannabis n'est pas « un produit ordinaire »<sup>28</sup>, la loi sur le cannabis se concentre sur la réduction de l'usage problématique, pas tous les usages. Comme pour la régulation de l'alcool, il y a un risque que les intérêts commerciaux prévalent sur les questions liées aux méfaits sanitaires et sociaux, en dépit des monopoles gouvernementaux. Là, les autorités sont confrontées à un double défi : celui de surpasser le marché illégal avec des prix relativement bas, tout en inhibant le développement d'un lobby puissant du cannabis (« Big Cannabis »). Comme des études en Uruguay l'ont montré, les usagers rejettent souvent un système de distribution national restrictif<sup>29</sup>. Par ailleurs, les marchés libres sont plus susceptibles de s'accompagner de l'émergence de lobbies puissants, qui favorisent la commercialisation, comme on a pu l'observer avec Big Tobacco et Big Alcohol.

De plus, un marché régulé par le gouvernement pourrait mener par inadvertance à un contrôle de la production par de grandes entreprises, forçant les petits cultivateurs vers un marché gris ou noir<sup>30</sup>. D'ores et déjà le marché international foisonnant du cannabis thérapeutique a créé une industrie et des experts de la production de masse au Canada, avec Canopy Growth, Aurora Cannabis, et Aphria Inc., pour n'en nommer que quelques-uns<sup>31</sup>. Aujourd'hui, le Canada se hisse au premier rang des producteurs d'un cannabis thérapeutique de qualité et produit légalement. Avec un marché du cannabis récréatif estimé à 4,6 milliards de dollars canadiens avant la légalisation, c'est un marché potentiellement à risque d'exploitation par de grosses pointures<sup>19</sup>. Trouver un équilibre pour intégrer les acteurs existants à la nouvelle régulation, organiser la vente de détail et des prix à même d'éclipser le marché illégal exigera une adaptation continue des politiques pro-

au marché noir. Les mineurs peuvent également simplement demander à un frère ou une sœur plus âgé de se procurer légalement du cannabis, comme c'est déjà le cas avec l'alcool malgré des régulations concernant l'âge légal<sup>24</sup>. Tout en surveillant les taux de consommation du cannabis, un élément clé pour relever ces défis est de continuellement surveiller et évaluer la législation du cannabis, et d'adapter les politiques au besoin.

<sup>28</sup> Rehm J, Fischer B. Cannabis legalization with strict regulation, the overall superior policy option for public health. *Clin Pharmacol Ther.* 2015; 97(6): 541-4.

<sup>29</sup> Ramsey G. Getting regulation right: Assessing Uruguay's historic cannabis initiative. Washington DC: Washington Office on Latin America; 2016.

<sup>30</sup> Gettman J, Kennedy M. Let it grow — the open market solution to marijuana control. *Harm Reduction Journal.* 2014; 11(32): 1-9.

<sup>31</sup> Obradovic I. La légalisation du cannabis au Canada : Genèse et enjeux de la réforme. Saint Denis : Observatoire français des drogues et des toxicomanies; 2018. [www.ofdt.fr/publications/collections/notes/la-legalisation-du-cannabis-au-canada-note-de-synthese/](http://www.ofdt.fr/publications/collections/notes/la-legalisation-du-cannabis-au-canada-note-de-synthese/)

vinciales et municipales en matière de cannabis.

Tenir les jeunes éloignés du cannabis restera compliqué en dépit de la légalisation, car il est peu probable que la demande s'arrête soudainement. Même si l'on espère que les mesures d'éducation informeront les adolescents des risques liés à une consommation précoce, de telles interventions demanderont du temps avant de produire des effets quantifiables. À la place, des préoccupations s'expriment concernant la culture à la maison, susceptible d'offrir un accès non régulé aux mineurs, ou le recours

# L'ANSM propose de mettre le cannabis thérapeutique à l'essai

Christelle Destombes / journaliste

*Le comité scientifique spécialisé mis en place par l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a tranché: il a rendu un avis favorable à la légalisation de l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques le 13 décembre. L'agence décidera des suites à donner à ces travaux.*

En septembre dernier, l'ANSM a annoncé la création d'un comité scientifique spécialisé sur « l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France ». Agnès Buzyn, ministre de la Santé, avait ouvert le débat en mai dernier en déclarant : « C'est peut-être un retard que la France a pris quant à la recherche et au développement du cannabis médical. D'autres pays l'ont fait. J'ai demandé aux différentes institutions qui évaluent les médicaments de me faire remonter l'état des connaissances sur le sujet, parce qu'il n'y a aucune raison d'exclure, sous prétexte que c'est du cannabis, une molécule qui peut être intéressante pour le traitement de certaines douleurs très invalidantes ».

Le comité scientifique a procédé rapidement : au bout de trois auditions où un large consensus s'est dégagé, les dix membres du comité estiment « qu'il est pertinent d'autoriser l'usage du cannabis à visée thérapeutique pour les patients dans certaines situations cliniques et en cas de soulagement insuffisant ou d'une mauvaise tolérance des thérapeutiques, médicamenteuses ou non, accessibles ».

Les situations thérapeutiques retenues par les experts pour l'usage de cannabis à des fins médicales sont les suivantes :

- les douleurs réfractaires aux thérapies (médicamenteuses ou non) accessibles ;
- certaines formes d'épilepsie sévères et pharmacorésistantes ;

- les soins de support en oncologie ;
- les situations palliatives ;
- la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques.

Le Comité souhaite qu'un suivi des patients traités soit mis en place sous forme d'un registre national pour assurer une évaluation de son bénéfice/risque, qu'une évaluation des effets indésirables soit régulièrement faite par les réseaux de pharmacovigilance et d'addictovigilance, et que la recherche soit favorisée. Il préconise également une évolution de la législation, nécessaire pour préciser les canaux de production et de diffusion du cannabis-plante autorisé à des fins médicales, selon la Fédération addiction<sup>1</sup>. Et « considérant les risques pour la santé », il exclut la voie d'administration fumée pour le cannabis.

## Un contexte favorable

Cet avis fait écho à celui rendu public le 26 novembre par le comité Éthique et Cancer<sup>2</sup>. Saisi par une patiente sur le caractère « inéthique » de l'interdiction du cannabis dans un contexte thérapeutique, il a estimé ne pas pouvoir « identifier de raison de s'opposer à l'usage du cannabis par des malades qui disent en tirer un bénéfice, quand bien même ce bénéfice n'est pas démontré selon les méthodologies scientifiques les plus rigoureuses ». Il appelait à un « encadrement » de l'accès par les autorités de santé, « afin d'apporter aux personnes malades les garanties nécessaires quant à la qualité, aux concentrations et aux modalités d'utilisation optimale du cannabis ou de ses substances actives ». Un encadrement qui leur

<sup>1</sup> [www.federationaddiction.fr/cannabis-therapeutique-france-2019/](http://www.federationaddiction.fr/cannabis-therapeutique-france-2019/)

<sup>2</sup> [www.ethique-cancer.fr/saisines/saisine-ndeg35](http://www.ethique-cancer.fr/saisines/saisine-ndeg35)



éviterait « *de risquer des poursuites pénales du fait de leur consommation* ».

Une enquête de l'Ifop (pour Terra Nova - EchoCitoyen, publiée le 11 juin 2018) a montré que 82 % des sondés sont favorables à l'usage du cannabis sur prescription médicale, 73 % sont convaincus du devoir de l'État dans le financement de la recherche sur les usages thérapeutiques du cannabis, et 62 % considèrent que le cannabis médical doit être enfin accessible sous toutes ses formes, voire remboursable par la Sécurité sociale.

Selon l'OFDT, une vingtaine de pays européens, 12 pays hors UE et 29 États américains autorisent le cannabis thérapeutique sous des formes plus ou moins restrictives : « *les règles d'autorisation médicale sont très variables d'un pays à l'autre, à la fois dans les indications médicales permettant la prescription, dans les formes de consommation autorisée (sous forme naturelle ou de synthèse) et dans l'autorisation de cultiver des plants de cannabis pour usage personnel à des fins thérapeutiques (personal medical use)* »<sup>3</sup>.

## Réactions...

Pour le récent Groupe de recherche et d'études clinique sur les cannabinoïdes (Grecc<sup>4</sup>), cet avis va dans le bon sens, même s'il est limité : les situations thérapeutiques listées sont trop restrictives et « généralement acceptées », alors que la communauté scientifique internationale relève des indications plus nombreuses, notamment les douleurs chroniques, l'augmentation de l'appétit et la diminution de la perte de poids associés au VIH/sida, certains états psychotiques, autisme, hyperactivité, etc. Plus largement, les auteurs estiment que l'avis néglige le droit à l'autothérapeutique, « *déniant ainsi au citoyen le droit fondamental à exercer par lui-même une action positive sur sa santé* ». La création de fichiers de patients traités fait l'impasse sur les cohortes existantes, réunies dans les associations Principe actifs et l'Union Francophone pour les cannabinoïdes en Médecine, qui disposent d'un savoir expérimental sur ces questions.

Fabienne Lopez, présidente de Principes actifs<sup>5</sup> pense ainsi qu'il est urgent d'attendre la suite des travaux... « *Il y cinq ans, Marisol Touraine avait permis l'ouverture des études et l'accès aux médicaments à base de THC et de CBD... On attend toujours le Sativex dans les pharmacies ! Ce n'est pas l'ANSM qui impose le médicament, c'est la HAS et la Commission économique des produits*

*de santé*. » Auditionnée par le Comité scientifique, son association a plaidé pour l'arrêt des poursuites judiciaires envers les auto-producteurs, sans obtenir de réponse. Par ailleurs, elle regrette que « *personne ne parle de la mise à*

<sup>3</sup> Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions et état des lieux en Europe, OFDT 2016

<sup>4</sup> [www.grecc.org](http://www.grecc.org)

<sup>5</sup> [www.principesactifs.org](http://www.principesactifs.org)

de santé. » Auditionnée par le Comité scientifique, son association a plaidé pour l'arrêt des poursuites judiciaires envers les auto-producteurs, sans obtenir de réponse. Par ailleurs, elle regrette que « *personne ne parle de la mise à*

# Le Cannabidiol, l'autre canabinoïde présent dans le cannabis : une piste thérapeutique prometteuse ?

**Grégoire Cleirec** / médecin addictologue. Hôpital René Muret, hôpital Jean Verdier (AP-HP) et clinique du bois de Bondy (hôpital Ville Evrard), France.

**Pierre Polomeni** / psychiatre addictologue, président du Conseil scientifique du Groupe SOS Solidarités, Paris

*Traiter la dépendance avec du cannabidiol ? Si peu d'études ont pour l'heure été menées chez l'Homme, l'idée fait son chemin... et inspire les instigateurs d'une étude-pilote « CANNAVAP ».*

- Le cannabis est un problème de santé publique en France et dans le monde : c'est en effet la substance illicite la plus produite et consommée, avec 192 millions d'utilisateurs<sup>1</sup>. La France est le plus gros consommateur de cannabis d'Europe, et si le nombre exact de personnes présentant une dépendance n'est pas connu, l'OFDT (Observatoire français des drogues et toxicomanies) estime que 11% des 18-64 ans sont des utilisateurs de cannabis<sup>2</sup>. L'arsenal thérapeutique permettant de venir en aide aux utilisateurs qui souhaitent diminuer ou arrêter leur consommation de cannabis est très réduit. Aucun traitement spécifique de la dépendance au cannabis n'a fait aujourd'hui la preuve de son efficacité. En pratique clinique on propose une prise en charge symptomatique des éventuels signes de sevrage, qui peuvent durer jusqu'à un mois (traitements anxiolytiques, somnifères, antalgiques...)<sup>3</sup>.
- De l'intérêt du cannabidiol**
- Le cannabidiol (CBD) est le deuxième canabinoïde le plus présent dans le cannabis, après le delta-9-tetrahydrocannabinol (THC). Contrairement au THC il n'est pas euphorisant et ne pro-
- <sup>1</sup> United Nations Office On Drugs And Labor. World Drug Report 2018 (Set of 5 Booklets). S.L.: United Nations; 2018.
- <sup>2</sup> Cannabis : usages actuels en population adulte - Tendances n° 119 - juin 2017 - OFDT [Internet]. [cité 11 oct. 2018]. Disponible sur [www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/cannabis-usages-actuels-en-population-adulte-tendances-n-119-juin-2017/](http://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/cannabis-usages-actuels-en-population-adulte-tendances-n-119-juin-2017/)
- <sup>3</sup> Marshall K, Gowing L, Ali R. Le Foll B. Pharmacotherapies for cannabis dependence. Cochrane Database Syst Rev. 2014;(12):CD008940.
- <sup>4</sup> Bergamaschi MM, Queiroz RHC, Zuardi AW, Crippa JAS. Safety and side effects of cannabidiol, a Cannabis sativa constituent. Curr Drug Saf. 1 sept 2011;6(4):237-49.
- <sup>5</sup> Iffland K, Grotenhermen F. An Update on Safety and Side Effects of Cannabidiol: A Review of Clinical Data and Relevant Animal Studies. Cannabis Cannabinoid Res. 2017;2(1):139-54.
- <sup>6</sup> Taylor L, Gidal B, Blakey G, Tayo B, Morrison G. A Phase I, Randomized, Double-Blind, Placebo-Controlled, Single Ascending Dose, Multiple Dose, and Food Effect Trial of the Safety, Tolerability and Pharmacokinetics of Highly Purified Cannabidiol in Healthy Subjects. CNS Drugs. 30 oct 2018;
- <sup>7</sup> Expert Committee on Drug Dependence of the World Health Organization. Critical review report on Cannabidiol [Internet]. 2018. Disponible sur: [www.who.int/medicines/access/controlled-substances/CannabidiolCriticalReview.pdf](http://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/CannabidiolCriticalReview.pdf)

cure pas le « high » recherché par les utilisateurs de cannabis à visée récréative. Le CBD apparaît jusqu'à présent à très faible risque de toxicité. Les seuls effets secondaires rarement rapportés sont une diarrhée, des nausées, une céphalée, une modification de l'appétit et une fatigue<sup>4,5</sup>. Une récente étude de phase I n'a pas retrouvé de répercussion somatique ou psychique inquiétante à court terme lors de l'administration de 1 500 à 6 000 mg de CBD par jour à des sujets sains<sup>6</sup>. Contrairement au THC, il ne semble pas avoir d'effet récréatif ou hédonique. Aucun argument n'a été rapporté jusqu'à présent pour un potentiel addictogène dans les modèles animaux ou chez l'humain, et aucun cas de mésusage de CBD n'a été rapporté. Un rapport récent de l'OMS (Organisation mondiale de la santé) concluait à un bon profil de sécurité du CBD<sup>7</sup>.

La liste des potentiels thérapeutiques du CBD est longue : anticonvulsivant, antalgique, anti-inflammatoire, anti-émétique, immunomodulateur, anxiolytique, antipsychotique, antidépresseur, voire même anticancéreux... En pratique, la prudence quant à des effets miraculeux de cette molécule est de mise, puisque peu d'études ont été réalisées chez l'Homme. Aujourd'hui les deux seuls médicaments à base de CBD sont l'Épidiolex, pour le traitement de l'épilepsie résistante de l'enfant, qui n'a pas d'autorisation de mise sur le marché en France, et le



Sativex, contenant également du THC, autorisé en France pour les troubles de la spasticité liés à la sclérose en plaque mais non commercialisé pour l'instant, par absence d'accord sur le prix avec le laboratoire. Le CBD attise néanmoins bien des fantasmes, et dans des pays comme les États-Unis ou la Suisse, sa présence devient même un argument marketing dans de multiples produits de consommation courante (allant de produits cosmétiques au café ou aux bières enrichies en CBD).

## De rares études...

Alors, y a-t-il quelque chose à attendre du CBD dans le traitement des dépendances ? C'est possible.

L'implication du système endocannabinoïde dans les addictions et dans le circuit de la récompense est de plus en plus claire<sup>8,9</sup>. Une modulation de ce système pourrait donc peut-être avoir des effets positifs dans les troubles de l'usage de substance quel que soit le produit consommé...

Plusieurs études animales concluent à un intérêt du CBD dans la dépendance aux opiacés, à la cocaïne, aux amphétamines, au cannabis et à l'alcool<sup>10,11</sup>.

Malgré ces résultats prometteurs, très peu d'études ont à l'heure actuelle été réalisées chez l'Homme.

Dans la dépendance au tabac, une étude randomisée en double aveugle sur 24 personnes a retrouvé une efficacité d'un inhalateur de CBD dans la diminution du nombre de cigarettes fumées par jour<sup>12</sup>. On peut également rappeler que des cannabinoïdes de synthèse avaient ainsi prouvé leur efficacité dans la dépendance au tabac chez l'homme, avant d'être retirés du marché en raison d'effets secondaires trop importants<sup>13</sup>.

Les seules autres études cliniques concernent l'usage abusif du cannabis. Il s'agit de deux *case reports* décrivant l'utilisation de CBD en comprimé pour l'un et en huile pour l'autre et ayant permis un sevrage en cannabis chez des patients complexes<sup>14,15</sup>.

Voilà l'état actuel des connaissances. Le CBD n'a pour l'instant pas de preuve robuste de son efficacité dans les addictions faute d'évaluation, mais il existe un rationnel scientifique bien établi pour le lancement d'études cliniques.

Cela est d'autant plus vrai que le CBD est accessible. La Mildeca (Mission interministérielle de lutte contre les dépendances et les conduites addictives) a déclaré que les pro-

duits contenant du CBD n'étaient pas interdits s'ils étaient issus de variétés de chanvre autorisées (figurant sur une liste dans l'arrêté modifié du 22 août 1990 portant sur l'application de l'article R. 5132-86 du Code de santé publique), s'ils étaient issus des graines et des fibres de ces plantes (et donc pas des fleurs), et si les plantes comportaient une teneur inférieure à 0,2 % en THC<sup>16</sup>. Des produits de consommation courante comportant du CBD sont donc en vente libre : e-liquides, huiles, infusions... L'Épidiolex peut être obtenu théoriquement en faisant une demande d'ATU (autorisation temporaire d'utilisation) à l'ANSM (Agence nationale de sécurité du médicament).

Nous travaillons actuellement à l'étude pilote CANNAVAP, qui devrait voir le jour en 2019. Le but de cette étude est d'évaluer l'efficacité du CBD inhalé par cigarette électronique dans la réduction de consommation de cannabis. Elle concernera dix usagers de cannabis désireux de réduire ou d'arrêter leur consommation pendant une période de trois mois. Des cigarettes électroniques et du e-liquide comportant du CBD (à plusieurs concentrations) leur seront fournis en Csapa.

Il reste en tout cas encore beaucoup à faire pour explorer cette piste thérapeutique prometteuse, et nous espérons que d'autres études similaires seront bientôt menées.

<sup>8</sup> Sloan MC, Gowin JL, Ramehandani VA, Hurd JL. Le Foll B. The endocannabinoid system as a target for addiction treatment: Trials and tribulations. *Neuropharmacology*. 15 sept 2017;124:73-83.

<sup>9</sup> Vlachou S, Panagis G. Regulation of brain reward by the endocannabinoid system: a critical review of behavioral studies in animals. *Curr Pharm Des*. 2014;20(13):2072-88.

<sup>10</sup> Prud'homme M, Cata R, Jutras-Aswad D. Cannabidiol as an Intervention for Addictive Behaviors: A Systematic Review of the Evidence. *Subst Abuse Res Treat*. 2015;9:33-8.

<sup>11</sup> Viudez-Martinez A, Garcia-Gutiérrez MS, Navarrón CM, Morales-Calero MI, Navarrete F, Torres-Suárez AI, et al. Cannabidiol reduces ethanol consumption, motivation and relapse in mice. *Addict Biol*. janv 2018;23(1):154-64.

<sup>12</sup> Morgan CJ, Das RK, Joye A, Curran HV, Kamboj SK. Cannabidiol reduces cigarette consumption in tobacco smokers: Preliminary findings. *Addict Behav*. 1 sept 2013;38(9):2433-6.

<sup>13</sup> Cahill K, Ussher MH. Cannabinoid type 1 receptor antagonists for smoking cessation. *Cochrane Database Syst Rev*. 16 mars 2011; (3):CD005353.

<sup>14</sup> Crippa JA, Hallak JEC, Machado-de-Sousa JP, Queiroz RHC, Bergamaschi M, Chagas MHN, et al. Cannabidiol for the treatment of cannabis withdrawal syndrome: a case report. *J Clin Pharm Ther*. avr 2013;38(2):162-4.

<sup>15</sup> Shannon S, Opila-Lehman J. Cannabidiol Oil for Decreasing Addictive Use of Marijuana: A Case Report. *Integr Med Encinitas Calif*. déc 2015;14(6):31-5.

<sup>16</sup> Cannabidiol (CBD) le point sur la législation [Internet]. [cité 14 oct 2018]. Disponible sur : [www.drogues.gouv.fr/actualites/cannabidiol-cbd-point-legislation](http://www.drogues.gouv.fr/actualites/cannabidiol-cbd-point-legislation)

# Usages de GBL en France : retour sur **une controverse**

**Clément Gérome** / docteur en sociologie, Université Paris-Est Créteil

*Au printemps 2018, des cas d'intoxication au GBL, un solvant industriel transformé en GHB une fois ingéré, ont fait les gros titres de la presse. Pouvoirs publics et professionnels du milieu de la nuit redoutaient une hécatombe, qui ne s'est finalement pas produite. Après un détour par l'histoire des usages de ce produit, retour sur la mobilisation qui a accompagné cette série d'accidents.*

L'histoire du GHB (gamma-hydroxybutyrate) débute dans les années 1960 lorsque Henri Laborit synthétise cette substance présente naturellement dans le corps humain. Sa structure chimique est proche du neurotransmetteur GABA et de l'alcool. La molécule trouve de nombreuses applications médicales : comme anesthésiant, dans le traitement de troubles du sommeil (insomnie, épisode de cataplexie chez des patients atteints de narcolepsie) ou de l'alcoolisme. Dans les années 1980, les premiers usages hors cadre thérapeutique apparaissent au sein de certains milieux sportifs, et plus particulièrement chez les « bodybuilders », car le GHB stimule la libération de l'hormone de croissance.

## Du mythe de la « **drogue du viol** »...

Alors qu'au cours des années 1990, le GHB se fait de plus en plus rare dans le monde du culturisme, son usage récréatif se développe dans certains milieux festifs. Pourtant, c'est comme « drogue du viol » que la molécule se fait connaître du grand public. La médiatisation intense de quelques cas de soumission chimique suivis de viols ou de décès amène les responsables politiques à interdire le produit dans la plupart des pays occidentaux. Aux États-Unis, la mort d'une jeune femme de 16 ans ayant ingéré du GHB à son insu va jouer un rôle central dans l'interdiction de l'usage du produit hors cadre médical en 2000. De même, plusieurs cas de soumission chimique d'hommes sur des femmes, suivis de

viols, entraîneront l'interdiction du produit en Grande-Bretagne en 2003. Symptôme de la préoccupation qui entoure le produit à cette époque, des discothèques, en Angleterre et en France (où le produit est interdit en 1999) vendent leurs boissons dans des verres à couvercle pour éviter les consommations non-intentionnelles de GHB. Si le statut de « drogue du viol » donné au GHB par les médias et certains responsables politiques oriente durablement les représentations sociales à l'égard de la substance, et ce jusqu'à aujourd'hui, il relève en réalité davantage du mythe que de la réalité. D'abord, parce que les cas de soumission chimique où le GHB est impliqué sont infiniment peu nombreux, en comparaison d'autres substances comme l'alcool ou les benzodiazépines<sup>1</sup>. Ensuite, parce que, dès les années 1990, l'immense majorité des consommateurs ne l'utilise pas à des fins criminelles, mais récréatives.

## ... À la réalité des usages récréatifs

Le dispositif TREND observe les usages de drogue en contexte festif depuis près de vingt ans. Ses investigations montrent qu'en France, au début des années 2000, le GHB est consommé presque exclusivement au sein du milieu festif gay parisien. La population concernée serait réduite et appartiendrait à des catégories socioprofessionnelles plutôt élevées. Les motivations à l'usage varient en fonction du contexte. Dans le cadre festif (bars et clubs gays), les consommateurs recherchent des effets similaires à ceux de l'ecstasy (d'où le nom « d'ecstasy

<sup>1</sup> Voir, pour le contexte français, les résultats annuels du dispositif d'observation piloté par l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) qui recense tous les cas enregistrés de soumission chimique. [www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Resultats-de-lenquete-nationale-de-suivi-des-cas-de-soumission-chimique](http://www.ansm.sante.fr/S-informer/Informations-de-securite-Lettres-aux-professionnels-de-sante/Resultats-de-lenquete-nationale-de-suivi-des-cas-de-soumission-chimique)



liquide » donné au produit dans les années 2000) : excitation et euphorie, fort sentiment d'empathie. En contexte sexuel (lieux privés, backrooms, saunas), les témoignages d'usagers mettent en avant l'amplification des sensations tactiles, l'augmentation du plaisir et de l'endurance.

Une étude quantitative menée en 2009<sup>2</sup> confirme la prévalence du produit chez des fêtards présentant un profil spécifique, semblable à celui observé par les enquêtes qualitatives évoquées précédemment. Le consommateur typique est un homme (82,9 % des usagers interrogés) jeune (54,9 % ont moins de 25 ans), homosexuel (57,3 % des consommateurs quelle que soit la fréquence d'usage,

et 73,3 % des usagers fréquents ou réguliers se déclaraient gay). Cette enquête pointe en outre la fréquence des effets indésirables (vomissements, malaises, coma), expérimentés par 79 % des usagers, notamment les plus jeunes (61,9 % des usagers de moins de 25 ans déclarent avoir déjà présenté des effets secondaires contre seulement 6,3 % des plus de 35 ans). Les auteurs de l'enquête font l'hypothèse que la fréquence des effets secondaires est liée à la méconnaissance des dosages et aux associations du produit avec d'autres substances, notamment l'alcool (plus fréquentes chez les jeunes).

### Diffusion des usages et augmentation des surdoses

Les enquêtes qualitatives décrivent également la fréquence élevée des malaises et des comas, devenus « habituels » dans certains clubs gays parisiens à la fin des années 2000, à tel point que ces établissements aménagent des lieux isolés où les usagers attendent le réveil<sup>3</sup>. L'augmentation des comas conduit également à l'annulation de soirées dans le milieu du clubbing homosexuel. La communauté festive gay et notamment les organisateurs d'événements se mobilisent avec la mise en place de campagnes de prévention en 2009, centrées sur le slogan « le GHB tue la fête ». Moins tolérés, les « excès » découlant de l'usage du produit (comas ou comportements trop sexuellement désinhibés) perdent de leur visibilité. Les usages se banalisent toutefois en contexte privé, au cours des *sex parties*, où le produit occupe une place importante dans la palette des substances consommées.

Alors qu'à Paris le GHB se cantonne principalement à un cercle restreint d'initiés du milieu

festif gay, dans les grandes villes de province comme Bordeaux, Lille, Toulouse ou Marseille, il est expérimenté par de jeunes « fêtards »<sup>4</sup>. La consommation n'est plus nécessairement associée à l'intentionnalité sexuelle, comme dans l'espace festif gay, mais constitue une alternative moins onéreuse que l'alcool pour des effets proches (baisse des inhibitions et accroissement de la sociabilité). La forte médiatisation de quelques cas de comas par de jeunes fêtards et le registre dramatique employé par les journalistes attirent l'attention sur le produit<sup>5</sup>.

Ces surdoses sont liées à deux facteurs. Le premier correspond à l'association du GHB avec d'autres substances, notamment l'alcool, qui potentialisent considérablement les effets du produit. En agissant sur les mêmes récepteurs du système nerveux, l'alcool diminue la capacité de tolérance et accroît ainsi fortement les risques de comas et de décès<sup>6</sup>. Une étude de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (EMCDDA) confirme d'ailleurs l'augmentation des cas de surdose dans les pays de l'Union européenne au cours des années 2000 ainsi que le contexte de poly-consommation pour la quasi-totalité des décès liés à la consommation de GHB<sup>7</sup>.

Le second facteur renvoie au manque d'information des usagers concernant les dosages nécessaires à un usage récréatif. Cette méconnaissance des dosages s'est sans doute accentuée lorsque le GHB, devenu moins accessible en raison de son classement comme stupéfiant, a été remplacé par un autre produit : le gamma butyrolactone (GBL)<sup>8</sup>. Une fois ingéré, ce solvant est métabolisé en GHB par l'organisme et entraîne les mêmes types d'effets. Disponible sur Internet et très bon marché (entre 40 et 70 euros le demi-litre), le GBL nécessite cependant des dosages plus infimes et plus précis que le GHB (généralement entre 1 et 2 ml en fonction des usagers). Plus rapidement absorbé par l'organisme que le GHB, le GBL est décrit par les usagers comme étant plus délicat à doser et générant des effets plus soudains et plus intenses. Aujourd'hui, c'est presque exclusivement du GBL qui est consommé de manière récréative en France, renforçant la nécessité de connaître précisément les dosages.

### Dramatisation et réduction des risques

À la fin de l'année 2017, quelques cas de surdoses survenues dans trois établissements festifs parisiens, dont l'un conduisant au décès d'un jeune homme, ont fait l'objet d'une couverture médiatique particulièrement importante. La presse s'inquiète alors du statut de « drogue à la mode » qu'aurait acquis le GBL, de la « multiplication » des cas de comas dans la capitale<sup>9</sup>. Les journalistes relaient abondamment le diagnostic alarmiste du

<sup>2</sup> Les 369 clubbers parisiens qui constituent l'échantillon de cette enquête ont été invités à répondre à un auto-questionnaire à leur arrivée dans 7 clubs parisiens. Le lecteur trouvera un résumé des résultats de cette enquête, menée par M. Benchaar dans le cadre de sa thèse de médecine, dans le n° 63 de *Swaps* daté du 2<sup>e</sup> trimestre 2011.

<sup>3</sup> Fournier S., Escots S. *Homosexualité masculine et usages de substances psychoactives en contextes festifs gays - Enquête ethnographique à Paris et Toulouse en 2007-2008*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 172 p.

<sup>4</sup> Pour expliquer cette diffusion du produit différente à Paris et en province, le dispositif TREND fait l'hypothèse que l'absence d'un milieu festif exclusivement homosexuel dans les grandes villes de province favorise le côtoiement de différentes catégories de population (usagers de la scène techno commerciale et usagers du milieu festif gay). Dans ce contexte de côtoiement des publics, « le produit apporté par les uns [ici le GHB] est mis à la disposition de tous » favorisant ainsi les usages par des « groupes plus larges de personnes familières des psychotropes ». Cadet Tairou A. *Drogues et usages de drogues. État des lieux et tendances récentes 2007-2009 en France - Neuvième édition du rapport national du dispositif TREND*, Saint-Denis, OFDT, 2010, 280 p.

<sup>5</sup> Voir, par exemple, l'article du quotidien *Le Monde* (02/10/2009) intitulé *GHB, GBL : une drogue qui fait des ravages dans les soirées* ou la dépêche AFP reprise par le quotidien *Le Figaro* (12/04/2009) intitulée *Montpellier/GBL : 7 ados hospitalisés*.

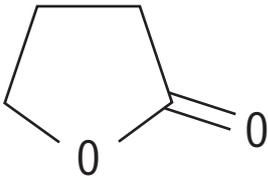
<sup>6</sup> Ces décès surviennent généralement à la suite d'un arrêt respiratoire ou d'un œdème pulmonaire ou d'une pneumopathie d'inhalation.

<sup>7</sup> Hillebrand J., Olszewski D., Sedejov R. (2008) *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*. Lisbon, EMCDDA, coll. *Thematic Papers*, 31 p.

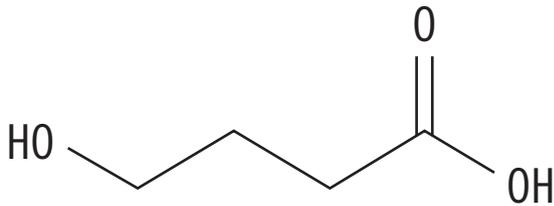
<sup>8</sup> Le GBL ne fait l'objet d'aucun classement juridique du fait d'une utilisation courante dans l'industrie (comme solvant à peinture ou pour le nettoyage des jantes de voiture, par exemple). En 2011, l'État interdit sa cession au public.

<sup>9</sup> Voir, par exemple, les articles publiés par *Le Monde* (18/04/2018), *Libération* (25/04/2018), *Le Nouvel Observateur* (03/06/2018), *Slate* (09/04/2018 et 07/05/2018), *Les Inrockuptibles* (28/04/2018), *Le Dauphiné Libéré* (02/05/2018), etc.

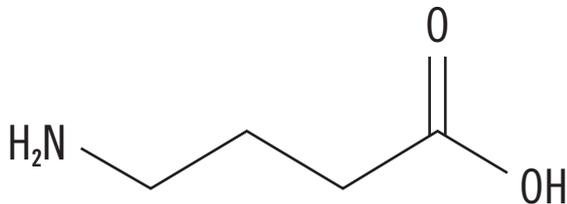
## GBL



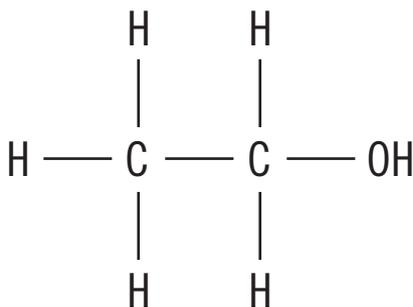
## GHB



## GABA



## Éthanol



Collectif Action Nuit (CAN), un *think tank* composé d'exploitants d'établissements festifs parisiens. L'un de ses porte-paroles s'émeut d'une « vague d'overdoses » inédite, d'une « spirale infernale », et même d'un « problème sanitaire qui concerne toute la société »<sup>10</sup>, laissant ainsi entendre que le GBL serait susceptible d'être consommé par l'ensemble de la jeunesse française. Et d'ajouter : « dans certaines soirées, dès que quelqu'un tourne de l'œil, on se demande s'il va mourir ». Dans un communiqué adressé aux pouvoirs publics, les membres du CAN font part de leur impuissance face à l'importance des consommations. Ils dénoncent « l'accès trop facile à ces produits potentiellement mortels » et demandent au gouvernement des « moyens légaux dissuasifs plus efficaces » comme la systématisation des fouilles à l'entrée des établissements par des « agents de sécurité agréés par le ministère de l'Intérieur »<sup>11</sup>.

Bien qu'elles constatent une tendance à l'augmentation des consommations de GBL – tendance corroborée par le dispositif TREND qui observe des usages plus fréquents par des jeunes familiers des clubs et des festivals électro depuis 2016<sup>12</sup> – certaines associations de réduction des risques et des dommages (RdR) intervenant en milieu festif dénoncent le ton dramatisant employé par les médias et la CAN. Pour certains de leurs membres, la réalité du phénomène reste modeste (une dizaine de surdose et un décès, en quelques mois, à Paris) au regard des incidents liés à la consommation d'autres substances psychoactives, alcool en tête. L'association Techno + met en doute l'efficacité des mesures réclamées par la CAN comme le renforcement des fouilles, inadaptées à un produit très aisément dissimulable (du fait des quelques millilitres nécessaires pour une dose), ou la mise en place d'une campagne d'information du grand public, qui ne cible pas suffisamment les populations restreintes consommatrices de GBL<sup>13</sup>. Les associations de RdR promeuvent une autre démarche reposant sur la formation des salariés aux dangers du produit, l'intervention en soirée par la distribution de flyers informatifs et la mise à disposition de matériel de réduction des risques (l'association Le Kiosque a ainsi mis au point une pipette permettant de doser précisément le GBL).

Pourtant, selon les associations de RdR, ces actions soulèvent très souvent la réticence des dirigeants de discothèques et de clubs électro, au motif qu'elles assimilent ces espaces à des lieux de consommation de drogues renforçant les risques de fermetures administratives.

Ainsi, les membres du CAN présentent leurs établissements comme des « îlots dans la lutte contre la drogue » et les opposent aux « lieux alternatifs urbains ou tiers lieux où se développent des pratiques permissives ».



Cette stigmatisation des lieux « alternatifs » (squat auto-géré, *free party*, teknival), censés déresponsabiliser les fêtards en les incitant à la consommation de produits, semble d'autant plus inappropriée que, paradoxalement, c'est au sein de ces derniers que les associations de RdR interviennent le plus souvent et le plus aisément.

Confiné initialement à des cercles restreints d'initiés, l'usage de GBL s'est progressivement élargi à des groupes de consommateurs plus importants et diversifiés. Le manque d'informations sur les précautions

nécessaires à sa consommations (connaissance des dosages, associations avec d'autres produits) par certains expérimentateurs a donné au produit une image particulièrement négative. En 2017, la mobilisation autour du GBL donne à voir les prises de positions parfois

opposées entre les pouvoirs publics et les acteurs du monde festif. Les enjeux économiques (perte de chiffres d'affaire, mise au chômage technique de l'équipe de salariés, etc.) liés aux risques de fermetures administratives incitent les patrons d'établissements à amplifier la gravité du phénomène, à affirmer qu'ils en sont les victimes collatérales et à montrer qu'ils mettent tout en œuvre pour éradiquer les consommations.

En cela, le débat autour du GBL illustre la schizophrénie qui caractérise l'attitude des pouvoirs publics en matière de régulation des drogues: d'un côté la politique répressive menée par ministère de l'Intérieur, qui repose sur la prohibition de l'usage et s'appuie, entre

autres, sur les fermetures d'établissements festifs et culturels, de l'autre la politique de prévention et de réduction des risques du ministère de la Santé qui finance les associations de RdR. Si les autorités publiques usent fréquemment des moyens répressifs à leur disposition (entre janvier et juin 2018, sept fermetures administratives avaient été prononcées à l'encontre des établissements de nuit parisiens pour infraction à la législation sur les stupéfiants), la politique de prévention et de RdR semble quant à elle faire les frais des restrictions budgétaires. En témoigne la mobilisation d'associations du secteur qui dénoncent le manque de financement ayant conduit l'une d'entre elle, l'association Safe, à mettre un terme à son action de réduction des risques à distance dans les régions où elle n'est plus financée, alors que le nombre de bénéficiaires de ce programme augmentait<sup>14</sup>.

<sup>10</sup> Propos recueillis par le journal *Le Parisien* (16/04/2018)

<sup>11</sup> Le communiqué du CAN est consultable ici: <https://medium.com/@collectifactionnuit/usage-de-gbl-et-de-ghb-les-exploitants-de-lieux-festifs-de-vie-et-de-diffusion-culturelle-72c8d8151b84>

<sup>12</sup> La fréquence des observations du dispositif TREND concernant des consommations de GBL en espace festif techno reste toutefois très modeste par rapport de celles d'autres produits comme la MDMA.

<sup>13</sup> Voir l'article publié sur le site de Techno+ (<http://technoplus.org/actualites/3950-gbl-hecatombe-phare-dans-la-nuit-et-panique-morale/>) et l'interview de V. Benso, sociologue et membre de l'association Techno+ sur le site nova.fr ([www.nova.fr/panique-autour-du-ghb-la-guerre-contre-la-drogue-ca-na-jamais-marche](http://www.nova.fr/panique-autour-du-ghb-la-guerre-contre-la-drogue-ca-na-jamais-marche))

<sup>14</sup> Le programme de réduction des risques à distance s'adresse à des usagers de drogues qui ne peuvent ou ne veulent avoir recours aux structures spécialisées ou aux pharmacies. Il leur permet de bénéficier de conseils téléphoniques et de recevoir par voie postale le matériel de prévention afin de réduire les risques infectieux. Pour consulter le communiqué des associations de RdR: <http://rdr-a-distance.info/images/Actualite/CP-RDR-a-distance-VF.pdf>

# Abonnement

Je souhaite m'abonner gratuitement à la revue *Swaps*

Participation de 10 euros pour frais d'envoi des quatre numéros annuels

À retourner à Swaps / Pistes, CNAM, 2 rue Conté, 75003 Paris

nom

prénom

profession

organisme

adresse

code postal

ville

tél.

e-mail

# Drogues et « fake news » : le cas d'école du LSD

Alexandre Marchant / docteur en histoire de l'ENS de Cachan

*La rumeur est le plus vieux des médias. Elle accompagne, précède, auréole de peurs et de fantasmes la diffusion des drogues, qui n'ont pas besoin de ça pour effrayer. Perspective historique.*

En cette rentrée 2018, le gaz hilarant est de retour : les rues de Lille seraient jonchées de capsules vides de protoxyde d'azote, la « nouvelle drogue des collégiens et des lycéens » selon BFM-TV<sup>1</sup>. En 2016, on s'inquiétait du *krokodil* : ce mélange d'opiacés (désomorphine), d'essence et de solvant, aux effets certes effroyables observés sur des junkys sibériens, déferlerait sur l'Europe et menacerait la France, porté par un prix très bas<sup>2</sup>. Au printemps 2012, les médias faisaient grand cas de ces « sels de bain » (benzylpipérazine) qui auraient poussé un homme de Miami à dévorer son semblable : l'hystérie cannibale était sur le point d'envahir nos rues<sup>3</sup>... Autant de micro-emballements médiatiques, retombant du reste assez rapidement, qui ne surprennent guère quand on sait que l'histoire des drogues est pleine de ces rumeurs, fausses ou véridiques, à l'image de ce que l'on a pu dire ou écrire sur le LSD.

## Des dégâts irréversibles sur l'organisme ; un péril pour l'espèce

En effet, alors que les usages de LSD se massifiaient chez les jeunes dans le sillage de la contre-culture, on pouvait lire des choses insensées dans le climat de panique morale qui a accompagné le vote de la loi de 1970. *Le Parisien* titrait en août 1972 : « Le LSD : folie,

crimes, monstres, cancers, leucémies... », tandis qu'on pouvait lire dans les mêmes colonnes que le haschich, d'après l'obscur professeur américain David Marcotte, rendait muet, atrophiait le cerveau et déréglaient le rythme cardiaque<sup>4</sup>. L'écrivain Jean Cau, âme de la réaction anti-drogue, tenait des propos du même acabit dans les enquêtes sur les « drogues parties » à l'acide lysergique qu'il livrait à *Elle*, *Paris-Match* ou au *Crapouillot*. Par ses articles, le LSD devenait pour le grand public la drogue qui rend fou, qui s'attaquait autant à l'esprit (« une bombe atomique dans la tête » disait Jean Cau) qu'au corps.

C'est dans ce contexte que prit corps le débat sur les effets tératogènes du LSD : le psychédélisme conduirait-il à des cohortes d'enfants difformes ? Au début des années 1970, le psychiatre Jean-Marie Sutter, de Marseille, soutint mordicus l'existence de ces effets. Il s'évertua à convaincre les autorités, en s'appuyant sur de vagues études américaines pointant des expériences isolées de laboratoire : des leucocytes exposés *in vitro* au LSD auraient montré des cas de brisures chromosomiques ; des injections de LSD sur des modèles animaux auraient conduit à des cas de malformations fœtales ou d'avortement spontané ; l'*American Society of Pediatric Research* aurait rapporté le cas unique d'une fille, née de parents grands consommateurs d'« acide », et souffrant de multiples malformations faciales, squelettiques et viscé-

<sup>1</sup> *La Voix du Nord*, 31/07/2018, « Le protoxyde d'azote, un gaz hilarant à prendre au sérieux ». BFM : [www.bfmtv.com/sante/drogue-le-phenomene-inquietant-du-gaz-hilarant-1591451.html](http://www.bfmtv.com/sante/drogue-le-phenomene-inquietant-du-gaz-hilarant-1591451.html)

<sup>2</sup> Marie-Claire, 2013, « La Krokodil, la drogue "lèpre" qui fait peur. »

<sup>3</sup> *Huffington Post*, 31 mai 2012, « Cannibale de Miami : quelle est cette drogue, les sels de bain, qui a poussé au cannibalisme ? »

<sup>4</sup> Picard Georges, *La drogue dans certains quotidiens et périodiques français*, Paris, Unesco, août 1973.



rales<sup>5</sup>... Il n'obtint finalement pas gain de cause. Dans un colloque tenu à l'hôpital Sainte-Anne en janvier 1970, Claude Olievenstein, observateur pour sa thèse des communautés hippies de la côte ouest-américaine, avait combattu cette hérésie.

L'affaire révélait en fait une certaine peur de la corruption des corps en gestation que l'on retrouvera plus tard au sujet du crack avec l'emballlement sur les *crack-babies*, génération perdue d'enfants nés de mères *crackheads* et héritant de dommages physiques et psychologiques irréversibles. On recenserait aux États-Unis plus de 3 000 *crack-babies* nés en 1989 et 10 000 enfants handicapés y seraient bientôt scolarisés. Des travaux ont certes tenté de déconstruire ces mythes comme parties intégrantes de la révolution conservatrice des Républicains, tentant de détourner l'attention des Américains des problèmes économiques réels vers des préoccupations morales fantasmées<sup>6</sup>. Mais la presse française avait relayé la peur: *Le Monde* émouvait ainsi son lectorat à la rentrée 1989 avec la description d'un « bébé crack » de 640 grammes à la naissance, maintenu en vie dans sa couveuse, né d'une mère toxicomane de seulement 13 ans, dans les quartiers pauvres de Washington DC<sup>7</sup>. Et pour dire que le fléau poignait désormais à l'horizon français. En attendant, la correspondance de Sutter en 1970-71, avec des termes durs pour désigner les jeunes toxicomanes imprégnés de contre-culture (« *décadence* », « *débauche* », « *épave privée de toute ressource physique ou spirituelle* »), montrait que l'entrepreneur de morale perçait sous le médecin<sup>8</sup>. Le LSD, dont les effets tératogènes sont aujourd'hui scientifiquement discutés et qui n'induit aucune dépendance physique, était avant tout la drogue de la contestation, des expérimentations mystiques de Timothy Leary, des communautés libertaires et de la rébellion contre les autorités, autant de choses qui ne pouvaient que mécontenter ceux qui étaient attachés à l'ordre.

### Les enfants sont menacés : d'étranges décalcomanies les prennent pour cibles

Mais le LSD a aussi donné lieu à d'étranges rumeurs quant à sa diffusion : ainsi en est-il de la légende urbaine des décalcomanies au LSD. Entre avril et décembre 1988, de curieux tracts ont circulé dans toute la France, à destination du public et des parents en particulier, mettant en garde contre l'existence de tatouages pour enfants — une curieuse mode de l'époque — qui auraient été sciemment imprégnés de LSD.

L'affaire prit une telle intensité que les pouvoirs publics durent démentir et menacer de poursuites ceux qui diffusaient les tracts<sup>9</sup>. L'examen de cette rumeur nous permet là aussi d'examiner les mécanismes par lesquels les fantasmes sur les drogues se constituent et se répandent<sup>10</sup>. Comme pour les sels de bains ou le *krokodil*, le point de départ est factuel et véridique. En 1980, aux États-Unis, une circulaire émise par le Bureau des narcotiques de la police de l'État du New Jersey faisait état d'une saisie de buvards au LSD sur lesquels des trafiquants facétieux avaient placé des images de Mickey en apprenti sorcier, tout droit sorties de *Fantasia*. De l'idée qu'il existait un conditionnement du LSD ressemblant à des tatouages pour enfants, le bouche-à-oreille a accouché de l'idée de tatouages pour enfants contenant du LSD. Du Nord-Est des États-Unis, la rumeur s'est diffusée sur tout le territoire américain avant de partir vers le Canada en s'affaiblissant. Elle ressurgit soudain vers 1987, toujours sur un ton dramatique (« l'absorption par un enfant peut occasionner la mort », alors que le LSD n'est pas une substance létale), avec l'ajout de détails exagérés (on aurait aussi mis de la strychnine dans les timbres à décalquer...), au prix de l'invraisemblance (il n'y a pas d'absorption possible du LSD par les pores de la peau). La rumeur s'est retrouvée en France l'année suivante, sans doute en transitant par le Québec francophone. Les tracts se sont retrouvés dans les hôpitaux, les salles d'attente de médecins (dont des chirurgiens-dentistes ayant beaucoup d'enfants comme patients), les écoles, les universités, avant que les fausses informations ne soient reprises par l'AFP, puis par un sénateur qui soumit une question au Gouvernement<sup>11</sup>.

En octobre 1988, la mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie-MILT comme le *Bulletin de l'Ordre des médecins* démentirent, tardivement, la rumeur. L'effet boule de neige, qui répercute la nouvelle tout en la saturant de nombreux détails excessifs (comme la strychnine), est caractéristique de ce genre de fausses nouvelles. D'autant que certains, cherchant à la démentir, l'objectivent, la politisent et lui confèrent ainsi un degré de réalité. En juin 1986, Olievenstein déclarait que les tracts contre les décalcomanies au LSD étaient une « *manœuvre politique visant à affoler les parents avant les élections* » (les législatives de 1986 pour lesquelles la drogue fut un cheval de bataille du RPR ou du FN), tandis que Bernard Leroy, le juge anti-drogue de l'Essonne, les qualifiait d'« *entreprise de déstabilisation de l'opinion publique* ». Le fait que beaucoup de tracts venaient des Alpes-Maritimes, région à forte assise du FN, ne faisait qu'attiser les soupçons<sup>12</sup>. L'époque était aussi féconde en autres histoires à dormir debout transmises par ouï-

<sup>5</sup> Dossier « Effets tératogènes du LSD », Archives du Secrétariat d'État à la Jeunesse et aux Sports (copie d'une source du ministère de la Santé), CAC 19780387/27.

<sup>6</sup> Reeves J, Campbell R. *Cracked Coverage: Television News, the Anti-Cocaine Crusade, and the Reagan Legacy*. Duke University Press, 1994.

<sup>7</sup> *Le Monde*, 03/10/1989, « bébés cocaïne ».

<sup>8</sup> Lettre du professeur Sutter à Robert Bricchet, chef du Service des études et actions générales, juin 1971. Archives du Secrétariat d'État à la Jeunesse et aux Sports, CAC 19840511 / 1.

<sup>9</sup> On peut encore retrouver en ligne des traces de cette rumeur, mais sur un mode ironique, dans un reportage « Info ? Intox ? » de l'émission Double-Jeu de Thierry Ardisson: [www.ina.fr/video/I08252587](http://www.ina.fr/video/I08252587) (site de l'Ina).

<sup>10</sup> Pour une étude complète de cette rumeur: Renard Jean-Bruno, « Les décalcomanies au LSD », in *Communications*, 52, 1990, « Rumeurs et légendes contemporaines », pp. 11-50.

<sup>11</sup> Roland Courteau, sénateur socialiste de l'Aude.

<sup>12</sup> Renard Jean-Bruno, *op. cit.*, pp.27-28 et 38.

dire : on rapportait avoir vu des mygales sortir des yuccas<sup>13</sup>...

Dans le même temps, des faits avérés venaient étayer la plausibilité d'un pareil scénario d'empoisonnement des plus jeunes : *Midi Libre* relatait l'arrestation à Londres de dealers ayant conditionné de l'héroïne dans des bonbons<sup>14</sup>. Ce qui rappelle une autre fausse rumeur utilisée à des fins politiques : celles de « bonbons toxiques » au cannabis offerts par des dealers aux jeunes à la sortie des lycées à Nice, reprise par le député-maire Jacques Médecin dans un entretien au *Figaro* en septembre 1969<sup>15</sup>. Comme pour les tatouages au LSD vingt ans plus tard, la rumeur faisait directement écho à la peur de la perte d'autorité des parents sur leurs enfants. Ce que l'on constate d'ailleurs dans la sociologie de la diffusion de la rumeur, passant par les professions socio-médicales (non-spécialistes en toxicomanie) et le milieu scolaire, quand une épouse de médecin inquiète transmet par exemple un tract à un directeur d'école, autant de parents craignant pour la santé de leur progéniture même pas encore prise dans les tentations de l'adolescence. Plus récemment, la (fausse) rumeur des pilules d'ecstasy en forme de nounours roses a fonctionné pareillement, en passant cette fois-ci par les réseaux sociaux. À partir d'un fait réel (des adolescentes de Manchester hospitalisées après avoir ingéré de l'ecstasy ayant effectivement cette forme, en avril 2017) et d'une pratique usuelle des chimistes de l'ombre (qui affectionnent les conditionnements originaux pour les drogues de synthèse destinées au milieu festif), le bouche-à-oreille avait débouché sur l'idée de dealers venant tenter les enfants à la sortie des écoles avec ces curieux bonbons<sup>16</sup>.

Ainsi, les fausses rumeurs, ou mauvaises nouvelles exagérées, marchent d'autant mieux qu'elles s'enchaînent dans la mythologie négative des drogues à l'ère contemporaine, déjà bien cernée par les historiens : peur de la contagion, coût social occasionné par des pathologies dont on grossit la portée, valeurs libertaires et hédonistes que condamnent certains « entrepreneurs de morale », menace ourdie par des groupes de l'ombre pas toujours

bien identifiés et angoisse au sujet de la corruption morale de la jeunesse<sup>17</sup>.

<sup>13</sup> Jack Alex, *Des mygales dans le yucca : Rumeurs, légendes et mythes d'aujourd'hui*, Paris, Hachette, 2007.

<sup>14</sup> Renard Jean-Bruno, *op. cit.*, p.41.

<sup>15</sup> *Le Figaro*, 13-14 septembre 1969, cité dans Picard Georges, *op. cit.*

<sup>16</sup> France-Info : [www.franceinfo.fr/replay-radio/le-vrai-du-faux/le-vrai-du-faux-non-des-dealers-ne-distribuent-pas-de-l-ecstasy-a-la-sortie-des-ecoles\\_2622278.html](http://www.franceinfo.fr/replay-radio/le-vrai-du-faux/le-vrai-du-faux-non-des-dealers-ne-distribuent-pas-de-l-ecstasy-a-la-sortie-des-ecoles_2622278.html)

<sup>17</sup> Courtwright David, *Forces of the Habit: Drugs and the Making of the Modern World*, Cambridge, Harvard University Press, 2002.

## 13<sup>e</sup> conférence internationale de l'International Society for the Study of Drug Policy

La 13<sup>e</sup> conférence internationale de l'International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP) aura lieu à Paris du 22 au 24 mai 2019 à la Paris School of Economics.

La conférence de l'ISSDP est une occasion unique de présenter des travaux de recherche récents à une communauté de chercheurs et de praticiens engagés intellectuellement sur les politiques des drogues. La conférence accueille chaque année les meilleurs chercheurs dans le domaine. Un numéro spécial de la revue *International Journal of Drug Policy* publiera ensuite une sélection des meilleures communications présentées à la conférence.

**Nous espérons vous accueillir nombreux pour la 13<sup>e</sup> édition de cette conférence, qui aura lieu pour la première fois en France.**

Marie Jauffret-Roustide, présidente de la 13<sup>e</sup> édition parisienne et Alex Stevens, président de l'ISSDP.

[www.issdp.org/conferences-and-events](http://www.issdp.org/conferences-and-events)



Directeur de la publication  
Didier Jayle

Rédacteur en chef  
Gilles Pialoux

Secrétaire de rédaction  
Christelle Destombes

Comité de rédaction  
Florence Arnold-Richez  
Élisabeth Avril  
Philippe Batel  
Mustapha Benslimane  
Vincent Benso  
Jean-Pierre Couteron  
Thibault de Vivies  
Michel Gandilhon  
Marie Jauffret-Roustide  
Jimmy Kempfer†  
Nathalie Latour  
France Lert  
Alexandre Marchant  
Fabrice Olivet  
Philippe Périn†  
Pierre Poloméni  
Brigitte Reboulot

Réalisation graphique  
Céline Debrenne

Impression : Alliance Reims  
Dépôt légal : à parution  
ISSN : 1277-7870  
Commission paritaire : en cours

#### SWAPS

Chaire d'addictologie CNAM  
2, rue Conté  
75003 Paris

Téléphone

Ingrid Delhaye : 01 56 01 74 12  
contact@vih.org  
www.vih.org/kiosque

Publié par l'association Pistes  
(Promotion de l'information  
scientifique, thérapeutique,  
épidémiologique sur le sida)  
et [www.vih.org](http://www.vih.org)

En partenariat avec



Avec le soutien de la  
Direction générale de la Santé



et du laboratoire



S'agissant de la disponibilité du cannabis thérapeutique en France, la ministre de la santé, Agnès Buzyn, avait quelque peu entrouvert la porte : « *C'est peut-être un retard que la France a pris quant à la recherche et au développement du cannabis médical. D'autres pays l'ont fait. (...) il n'y a aucune raison d'exclure, sous prétexte que c'est du cannabis, une molécule qui peut être intéressante pour le traitement de certaines douleurs très invalidantes* ». De fait, l'Agence nationale de sécurité du médicament (ANSM) a annoncé récemment (lire page 21) la création d'un comité scientifique spécialisé sur « l'évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France ». Une façon de combler notre retard. À petit pas, puisque c'est la Haute Autorité de santé (HAS) qui met à disposition les médicaments et non l'ANSM qui gère les autorisations temporaires d'utilisation (ATU). Selon l'OFDT, une vingtaine de pays européens, 12 pays hors UE et 29 États américains ont d'ores et déjà autorisé le cannabis thérapeutique, sous des formes plus ou moins contraignantes. C'est à partir de cette actualité que cette quatre-vingt-dixième livraison de *Swaps* a été tissée.

Des pistes de recherche sur d'éventuels traitements de substitution existent, à l'instar du cannabidiol (CBD), l'autre cannabinoïde présent dans le cannabis qui peut être inhalé par cigarette électronique (voir page 23). En espérant que ne se reproduise pas l'échec, pour cause d'effets secondaires, des cannabinoïdes de synthèse dans la dépendance au tabac chez l'homme.

Pour ce qui est de « l'Impossible Prohibition », pour reprendre le titre du livre de notre ami Alexandre Marchant, sorti fin 2018 et chroniqué page 8, on lira avec attention l'article de Jalpa Shah (page 17) sur l'avènement d'une nouvelle loi canadienne. Une loi sur le cannabis qui prévoit que les adultes (de plus de 18 ou 19 ans selon les provinces) puissent posséder jusqu'à 30 grammes de cannabis à se procurer auprès de fournisseurs disposant d'une licence régionale, ou fédérale pour l'achat en ligne. Il y est également possible de cultiver quatre pieds de cannabis chez soi, pour un usage personnel, à partir de graines autorisées par licence. Un dispositif réglementé proche de l'exemple uruguayen ou de celui de certains États d'Amérique comme la Californie (lire page 12), État qui fut le premier à légaliser l'usage thérapeutique du cannabis en 1996, ouvrant la voie à la « deuxième vague de décriminalisation » depuis les années 1970, puis à autoriser en novembre 2016, *via* la Proposition 64, son usage récréatif. La Californie constitue le plus grand marché légal au monde, avec plus de 5 milliards de dollars en 2018, faisant du cannabis un véritable nouvel « or vert ». Une manne financière qu'il faut mettre en miroir avec le prix exorbitant de la guerre à la drogue, au-delà de son échec (voir *Swaps* 76 et 87) : 883 milliards d'euros en 2016, dont 50 milliards pour les seuls États-Unis.

GILLES PIALOUX, DIDIER JAYLE