

Université Paris-Saclay

Mémoire en vue de l'obtention du Diplôme interuniversitaire de CANNABIS MEDICAL

LE CANNABIS MEDICAL EN POLYNÉSIE FRANCAISE :
QUELLES UTILISATIONS ANCIENNES, ACTUELLES ET FUTURES ?

Présenté par ROMAIN BOURDONCLE

Année universitaire 2021-2022

RESUMÉ

Introduction : La Polynésie Française est un territoire grand comme l'Europe. Les utilisations actuelles du cannabis semblent suivre les tendances retrouvées en Métropole.

Matériel et Méthodes : Un questionnaire portant sur les représentations actuelles des acteurs et décideurs de terrain a été réalisé. Celui-ci comprenait une question sur la possible utilisation du cannabis dans la pharmacopée traditionnelle polynésienne ; une autre sur la propension à conseiller ou prescrire le cannabis médical et une dernière sur les connaissances sur le sujet. Les scores étaient situés entre 0 et 10 puis retranscrit en pourcentage et en données qualitatives.

Résultats : L'étude portait sur 21 participants représentatifs des acteurs de terrain (chef de service prescripteurs, responsables d'institutions etc..). 72% de l'échantillon étaient « contre » l'idée que le cannabis ait pu faire partie de la pharmacopée polynésienne. 62% étaient « favorables » ou « très favorables » à la prescription du cannabis médical et 58% estimaient avoir « peu » voire « aucune connaissance » sur le sujet.

Discussion : Il existe un biais de recrutement en lien avec le faible échantillonnage. La formation des professionnels de santé, les enjeux juridiques et l'accessibilité du produit sur ce vaste territoire restent au centre de la problématique.

Conclusion : Il n'y pas de preuve d'utilisation de cannabis dans la pharmacopée traditionnelle polynésienne dans la littérature ou dans notre étude. L'utilisation actuelle du cannabis en Polynésie suit les tendances de Métropole. L'utilisation future est conditionnée par des enjeux de formations et de communications. D'autres études sont nécessaires pour étayer ces résultats.

SUMMARY

Introduction : French Polynesia is a territory as big as Europe. Current uses of cannabis seem to follow the trends found in France.

Materials and Methods: A questionnaire on the current representations of actors and decision-makers in the field was carried out. This included a question about the possible use of cannabis in the traditional Polynesian pharmacopoeia; another on the propensity to advise or prescribe medical cannabis and a final one on knowledge on the subject. The scores were between 0 and 10 and then transcribed into percentage and qualitative data.

Results: The study involved 21 participants representative of actors in the field (head of department prescribers, heads of institutions, etc.). 72% of the sample were "against" the idea that cannabis could have been part of the Polynesian pharmacopoeia. 62% were "in favour" or "very favourable" of prescribing medical cannabis and 58% felt they had "little" or "no knowledge" on the subject.

Discussion: There is a recruitment bias related to low sampling. The formation of health professionals, legal issues and the accessibility of the product in this vast territory remain at the center of the problem.

Conclusion: There is no evidence of cannabis use in the traditional Polynesian pharmacopoeia in the literature or in our study. The current use of cannabis in Polynesia follows the trends found in France. Future use is conditioned by formation and communication issues. Further studies are needed to support these findings.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier le Ministre de la Santé et de la Prévention de la Polynésie Française, Taote Jacques Raynal, ainsi que Mme Maiana Bambridge pour m'avoir encouragé dans ce travail de recherche autour du cannabis médical en Polynésie Française.

Je remercie également Mme Merehau Mervin, Directrice de la Direction de la Santé et de la Prévention pour m'avoir soutenu dans cette démarche.

Je souhaiterais remercier tous ceux qui ont participé à cette étude et plus spécifiquement Mr Tamatoa Bambridge, Mr Edouard Suhas et Taote Eric Parrat qui m'ont particulièrement éclairé sur le sujet de la pharmacopée polynésienne.

Je remercie l'ensemble de l'équipe du Centre de Prévention et de Soins des Addictions. Les questionnements au cœur de ce mémoire découlent de nos échanges et j'espère que les réponses apportées étayeront notre pratique. Je remercie tout particulièrement Tatiana Nouveau, psychologue clinicienne, pour son aide précieuse dans la relecture de ce travail.

Enfin, je remercie ma femme Mareva pour son soutien indéfectible.

Mauruuru roa

TABLE DES MATIERES

RESUMÉ.....	2
SUMMARY	3
REMERCIEMENTS	4
TABLE DES MATIERES	5
TABLE DES FIGURES	6
INTRODUCTION.....	8
Généralités sur le Cannabis	8
Généralités sur la Polynésie Française	8
Particularité de l’organisation de la Santé.....	10
Le cannabis comme stupéfiant le plus consommé en Polynésie Française.....	10
1 ^{ère} PARTIE : MIGRATIONS ET PHARMACOPÉES.....	13
Peuplement de la Polynésie.....	13
Cannabis : dans la pharmacopée de l’Indopacifique jusqu’en Polynésie ?.....	14
Tahu’a, Tradipraticiens et médecine intégrative	16
2 ^{ème} PARTIE : CONSOMMATION ACTUELLE DU CANNABIS EN POLYNÉSIE	17
La consommation de cannabis comme stupéfiant.....	17
La consommation de cannabis comme « thérapeutique » : cadre réglementaire et réalité du terrain	18
TRANSITION.....	21
3 ^{ème} PARTIE : LES REPRESENTATIONS ACTUELLES DES ACTEURS DE TERRAIN SUR LE CANNABIS MEDICAL – POUR QUELLE UTILISATION FUTURE ?.....	23
Matériel et Méthodes.....	23
Analyse statistique.....	25
Résultats	26
Population de l’échantillon.....	26

Résultats pour la question n°1 : Cannabis comme thérapeutique traditionnelle ?	27
Résultats pour la question n°2 : Propension actuelle à conseiller ou prescrire du Cannabis Médical.....	29
Résultats pour la question n°3 ; Connaissances actuelles sur le Cannabis Médical	31
DISCUSSION	33
CONCLUSION	37
ANNEXES	38
Annexe n°1 : Hétéro-questionnaire de l'étude	38
Annexe n°2 : Tableau du risques addictifs issu du rapport Roques (85)	39
BIBLIOGRAPHIE	40

TABLE DES FIGURES

Figure 1 Carte de la Polynésie Française (accessible sur www.comptoiroutremer.org).....	9
Figure 2- Carte représentant les migrations dans l'indopacifique (source : atlas des îles et des états du Pacifique Sud Antheaulme and al.).....	13
Figure 3 Carte représentant la répartition approximative de la fibre de cannabis (en vert) vs le cannabis récréatif (en rouge) à l'époque Pré-colombienne (2).....	15
Figure 4 Photo issue de Polynésie la 1ère. « C'est une collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle. On l'appelle la médecine intégrative » (54)....	16
Figure 5 Vente de CBD au Centre Vaima à Papeete en Mai 2022 - captures d'écran de vidéo en ligne (72)	19
Figure 6 1er Colloque sur le cannabis en Polynésie Française le 17.11.2021 à l'Université de Polynésie Française (77)	20
Figure 7 Flowchart des personnes interrogées	26
Figure 8 Histogramme représentant les scores moyens donnés à la question n°1 en fonction des sous-groupes	27
Figure 9 Histogramme représentant le score moyen donné à la question n°1 par les non-tradipraticiens vs les tradipraticiennes. * $p < 0,05$	28

Figure 10 Graphique en secteur représentant les réponses qualitatives de l'échantillon à la question n°1	28
Figure 11 Histogramme représentant les scores moyens donnés à la question n°2 en fonction des sous-groupes	29
Figure 12 Graphique en secteur représentant les réponses qualitatives de l'échantillon à la question n°2.....	30
Figure 13 Histogramme représentant les scores moyens donnés à la question n°3 en fonction des sous-groupes	31
Figure 14 Graphique en secteur représentant les réponses qualitatives de l'échantillon à la question n°3.....	32

INTRODUCTION

Généralités sur le Cannabis

Le cannabis est une plante de la famille des *Cannabaceae* cultivée par l'Homme depuis près de 10 000 ans comme l'atteste certains travaux archéologiques (1,2). En Europe, le cannabis « chanvre » était essentiellement utilisé comme litière dans les fermes d'élevage, pour la confection de cordage de navire ou encore pour la création de papier (2,3). Ce n'est qu'en 1563, au cours des expéditions en Inde, que l'Europe découvre l'intérêt thérapeutique du cannabis dans l'ouvrage de Garcia de Orta « Colloques des simples et des drogues de l'Inde »(4). Au 19ème siècle, le Cannabis entre dans la troisième édition de la pharmacopée française (5) ; le cannabis est alors librement prescrit par les médecins et délivré légalement dans les officines. L'année 1937 marque un coup d'arrêt dans l'utilisation du cannabis avec le « Marihuana tax act » (6) qui pénalise sa détention. En 1961, le cannabis entre dans la convention unique des stupéfiants qui interdit sa culture ou sa consommation, au même titre que la fleur de pavot (7). Les années suivantes sont marquées par les travaux de Raphaël Mechoulam, chimiste israélien, pionnier dans la découverte du **système endocannabinoïde** (8,9). Celui-ci est composé des récepteurs CB1 sur les neurones présynaptiques du système nerveux central, des récepteurs CB2 essentiellement présents au niveau du système immunitaire, de sa substance endogène, l'anandamide et sa substance exogène le THC (10). A ce jour, on considère le système endocannabinoïde comme un mécanisme de modulation des activités cérébrales (douleur, épilepsie) et immunitaires (10,11). Ces avancées médicales, renforcées par des associations de patients, ont aidé au retour en grâce du cannabis dans différents pays du monde : En 1996, la Californie est le premier état américain à autoriser le cannabis médical et en 2001, le Canada est le premier pays à permettre son utilisation thérapeutique. Actuellement, près de 40 pays dans le monde ont autorisé l'usage médical du cannabis. Depuis Mars 2021, la France a débuté une expérimentation pour évaluer la faisabilité de la mise à disposition du cannabis médical pour sa population (12).

Généralités sur la Polynésie Française

La Polynésie Française est un pays d'outre-mer (13) d'une superficie de 5,5 millions de km², soit une superficie aussi vaste que l'Europe (14). Selon INSEE, sa population en 2017 s'élevait à près de 280 000 habitants (15). Plus récemment, l'institut statistique de Polynésie Française (ISPF) faisait état d'une population stable en 2021 avec 279 600 habitants dont près de 190 000

sur l'île principale de Tahiti avec sa capitale Papeete (16). Cette dernière enquête soulignait également un vieillissement de la population avec un indice conjoncturel de fécondité de 1,7 enfant par femme (16), rejoignant petit à petit le profil démographique que l'on retrouve en Métropole (17).

Cette population est répartie sur un vaste territoire composé de 5 archipels regroupant 118 îles dont 76 habitées (14). Au Nord, on retrouve les îles Marquises, en marquisien « Te Fenua Enata » (traduction : la Terre des Hommes) avec près de 9400 habitants (18). Un peu plus au Sud, l'archipel des Tuamotu-Gambier regroupent 76 atolls, les 6 îles principales de l'archipel des Gambiers à l'Est et on y recense environ 17500 habitants en 2017 (18). Au « centre » on retrouve les îles du vent (avec Tahiti et Moorea notamment) et ses 210 000 habitants (18). Les îles sous le vent (avec notamment Bora-Bora, Raiatea, Tahaa, Huahine et Maupiti) se trouvent juste à l'Ouest et on y dénombre 35 000 habitants. Enfin, les îles australes représentent les territoires les plus au sud avec 7000 habitants (**Figure 1**).

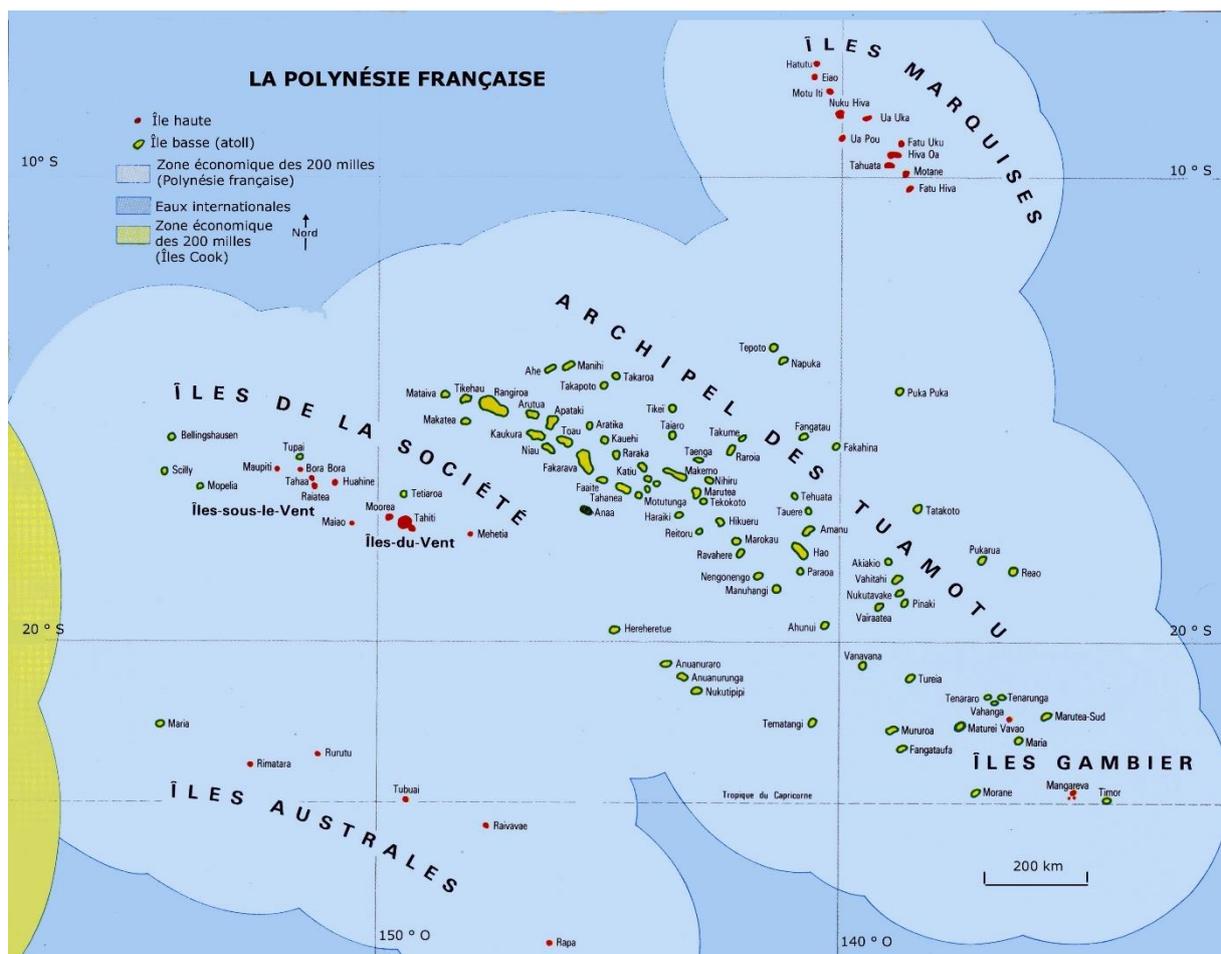


Figure 1 Carte de la Polynésie Française (accessible sur www.comptoiroutremer.org)

La Polynésie Française est donc un vaste territoire assez hétérogène en terme de géographie (îles volcaniques aux Marquises, atoll au Tuamotu par exemple) et de climat (19), en terme de langues (le marquisien, le tahitien, le rurutu, le paumotu et autres) mais aussi de religions (majoritairement catholique aux marquises et majoritairement protestant aux australes par exemple) (20), d'artisanat, de pharmacopée et d'accès aux soins.

Particularité de l'organisation de la Santé

L'organisation de la Santé est de la compétence de la Polynésie Française et présente ainsi une structure différente par rapport à ce que l'on peut trouver en Métropole (13). Il existe d'une part la Direction de la Santé qui a pour mission la promotion, la prévention, la formation professionnelle, la mise en œuvre de programmes de santé publique, mais aussi et surtout l'offre de soins de proximité (21). Elle regroupe ainsi des services médicaux comme le Centre d'Assistance Médico-sociale Précoce (CAMSP) ou le Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA), mais aussi des cellules de formations, dont le département de santé public et de modernisation des soins de santé primaire (DSSP) ainsi que l'ensemble des dispensaires répartis sur Tahiti et les différentes îles de la Polynésie. En outre, on dénombre 4 hôpitaux périphériques : l'hôpital de Taravao (situé à la presqu'île de Tahiti), celui d'Afareaitu à Moorea, l'hôpital d'Uturoa à Raiatea et l'hôpital Louis Rollin de Taiohae aux îles Marquises (22). D'autre part, l'on retrouve le Centre Hospitalier de Polynésie Française (CHPF) dont la version la plus actuelle remonte à 2010 avec la construction du Centre Hospitalier Territorial du Taaone à Pirae sur Tahiti (23). Le CHPF assure l'offre de soins de haute technicité avec le SAMU, les services de médecine (gastro-entérologie, oncologie, centre de la douleur, psychiatrie etc...), d'obstétrique et de chirurgie (avec 11 blocs opératoires) (24). Cette organisation « à deux têtes » permet tout de même d'étroites collaborations que ce soit pour la mise en place des consultations spécialisées avancées (CSA) sur les îles éloignées (25) ou sur l'élaboration et la construction d'un nouveau Pôle de Santé Mentale (26).

Le cannabis comme stupéfiant le plus consommé en Polynésie Française

La question générale du Cannabis Médical fait dès lors l'objet d'un futur travail de concertation entre des services d'institutions différentes, tout en prenant en compte une accessibilité aux soins singulière (Centre de la Douleur au CHPF comme possible prescripteur et dispensaire

éloigné comme futur lieu de délivrance par exemple) et un contexte politique particulier où les indépendantistes (parti « Tavini Huiraaatira » [trad. *Servir le peuple*]) seraient plus favorables à la légalisation (27) que la majorité parlementaire(28) (parti autonomiste « Tapura Huiraaatira » [trad. *Liste du peuple*]) de l'Assemblée Territoriale de Polynésie Française.

Au niveau médical, la prise en charge des problématiques liées au cannabis est assurée par le Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA). Ce centre mis en place à la fin des années 1980 dépend de la Direction de la Santé. Il comprend actuellement 3 médecins addictologues, 3 infirmiers diplômés d'état, 5 psychologues cliniciennes, 1 psychomotricienne et 2 secrétaires. Ce centre réalise les activités classiques d'un Centre de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) que l'on retrouve en Métropole. Cependant, le CPSA accomplit également des consultations spécialisées avancées dans les îles, des permanences scolaires hebdomadaires dans les établissements de Polynésie, des ateliers thérapeutiques (groupe prévention de la rechute, groupe motivationnel spécifique aux patients judiciairisés, groupe aidant, marche nordique, massage etc...) (29,30) et se prépare à un accroissement de son activité avec la construction du Pôle de Santé Mentale (26). En 2021, la file active du centre était d'environ 1600 patients et un tiers d'entre eux avaient moins de 20 ans (30). Sur l'ensemble des patients suivis, près de 80% déclarait consommer du cannabis sans que ce soit nécessairement le motif de prise en charge. Près de 50% de la file active est issue d'orientations faites par la justice (obligation de soins, injonction thérapeutique ou orientations par les avocats) dans le cadre de consommation de stupéfiants comme le cannabis (appelé « pakalolo » ou « paka » [trad. *brûle cerveau*]) ou la méthamphétamine (appelée « ice » ou « sana ») (30). C'est également le seul centre de délivrance de traitement de substitution aux opiacés (méthadone).

A titre d'illustration, le dernier rapport sur l'ice (31) d'Août 2021 commandé par le Ministère de la Santé de Polynésie et réalisé par la Maison des Sciences de l'Homme du Pacifique soulignait que le trafic, la consommation, l'économie et la politisation de ces stupéfiants (paka et ice) étaient intimement liés à la fois à l'organisation particulière de la santé mais aussi au statut de la Polynésie. Il existe des services qui dépendent de l'Etat, d'autres du Pays. Certains sont issus de la Direction de la Santé et d'autres du Centre Hospitalier. Cette hétérogénéité et le manque de formations transversales feraient, selon le rapport, le lit des problématiques de trafic et d'usage à risque(31).

La volonté première de ce mémoire découle de plusieurs axes de travail :

Tout d'abord, il semble essentiel de détailler l'origine de la consommation de cannabis sur le Territoire. En pratique clinique, notamment lors des permanences scolaires ou lors de prise en charge en groupe de patients judiciarisés, la question du cannabis comme « *élément culturel* » est souvent mise en avant. Ainsi, la première partie de ce travail tentera de faire un focus succinct sur les origines culturelles et pharmacopée traditionnelle polynésienne.

La deuxième partie concernera l'état des lieux de la consommation récréative du cannabis mais aussi de son utilisation thérapeutique sur le territoire polynésien.

La dernière partie de ce mémoire posera les bases d'une réflexion autour de l'utilisation du cannabis dans le futur. Pour ce faire, nous présenterons une étude quantitative et qualitative portant sur la représentation actuelle des acteurs de terrain, médicaux ou non médicaux au sujet du Cannabis Médical.

Enfin, nous discuterons des résultats, des limites de ce travail mais également d'éventuelles pistes de réflexion que ce mémoire pourrait mettre en lumière.

1^{ère} PARTIE : MIGRATIONS ET PHARMACOPÉES

Peuplement de la Polynésie

Le peuplement de la Polynésie s'est déroulé en plusieurs phases et s'étendrait sur près de 6000 ans (32). Initialement, il s'agissait de peuplades de la Chine du Sud qui se seraient installées sur Taïwan 4000 ans avant JC. A partir de 2500 ans avant JC, de nouvelles migrations auraient eu lieu depuis Taïwan jusqu'aux Philippines puis dans l'ensemble de l'Indonésie.

Par la suite, près de 1500 ans avant notre ère, un troisième mouvement s'est déroulé depuis l'Indonésie jusqu'à la Nouvelle Guinée puis jusqu'aux îles du Pacifique (33).

Les îles de la Société auraient été atteintes vers 300 ans après JC et aurait servi de point de départ pour la propagation vers Hawaii au Nord (atteintes vers 500 ap. JC), l'île de Pacques à l'Est (vers 900 ap. JC) et la Nouvelle Zélande vers 1100 après JC (**figure 2**) (33).

Ces migrations basées sur des données linguistiques et archéologiques (32,33) ont été confortées très récemment (Avril 2021) dans une étude portant sur le génome des peuples d'Océanie. Cette étude, publiée dans Nature (34) précisait un point de départ de Taïwan il y a 5000 ans et une migration lente, d'îles en îles, jusqu'en Polynésie.

Succinctement, dans l'Histoire Moderne, on note ensuite la redécouverte de Tahiti par le navigateur anglais Samuel Wallis en 1767, puis l'arrivée du français Louis Antoine de Bougainville en 1768 (35) ainsi que les différentes escales de James Cook qui relate ses expéditions de 1768 à 1779 dans son ouvrage « Relations autour du Monde » (36)

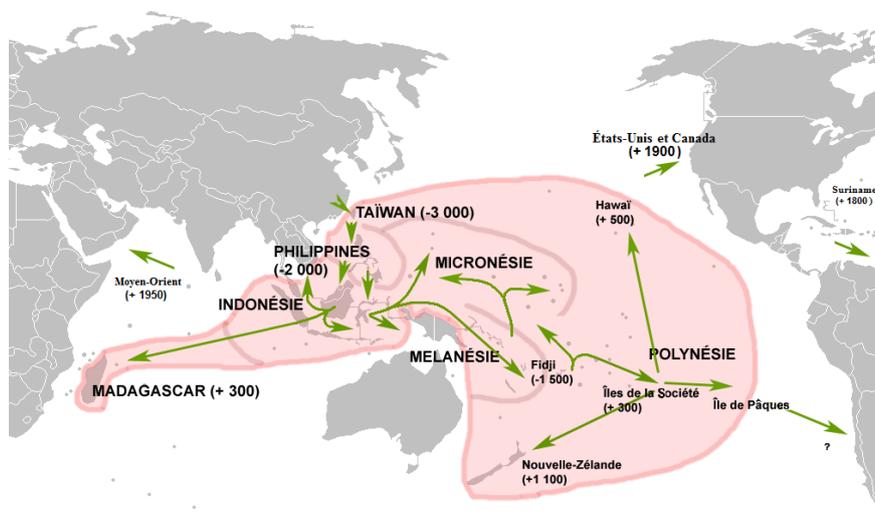


Figure 2- Carte représentant les migrations dans l'indopacifique (source : atlas des îles et des états du Pacifique Sud Antheaulme and al.)

Cannabis : dans la pharmacopée de l'Indopacifique jusqu'en Polynésie ?

Ce parcours migratoire pose la question d'une pharmacopée qui aurait pu migrer en même temps que les hommes. La plante de cannabis, communément appelée « le chanvre » est connue pour avoir été une plante rudérale, qui poussait dans les milieux aménagés par l'Homme, et cela depuis 10 000 ans avant JC (1,2)

En Europe, le chanvre est depuis longtemps utilisé pour les cordage de bateau, le paillage des animaux, le papier, la confection de vêtement et même pour la nourriture des élevages (notamment du fait des graines riche en oméga 3 (37)). Bien que l'utilisation récréative n'ait été connue qu'à partir du 16^{ème} en Europe (4), les effets psychotropes était déjà connus en Chine, en Egypte et en Inde où la plante est toujours utilisée dans la médecine ayurvédique (2) (**figure 3**)

En -2737 avant JC, Shen Nong légendaire empereur et fondateur de la médecine chinoise rédige le Shen Nong Ben Cao Jing (38), premier texte de la pharmacopée chinoise. Le cannabis y était décrit sous deux formes : le « ma fen » psychoactif et le « ma tze » non psychoactif. Seng Nong est le premier à proposer des indications pour le cannabis : Effet antalgique pour les rhumatismes et la goutte ; effet neurologique pour le paludisme ou le beri-beri et enfin pour son effet orexigène (38,39)

En -1700 avant JC, en Inde, le cannabis fait partie des cinq plantes sacrées et est inscrit dans le Atharva veda (40). Il est d'abord utilisé à des fins religieuses ou spirituelles. En – 500 avant JC, dans le grand traité de médecine et de chirurgie ayurvédique le « Susruta Samhita » (41,42), on retrouve les indications pour l'antalgie (douleur dentaire, douleur gynécologique) , pour le système nerveux (épilepsie, céphalées...), et pour les troubles du sommeil et de l'humeur. On y précise également ses formes d'applications topiques.

A la même époque, en Egypte, on retrouve également des traces d'utilisation du cannabis à des fins thérapeutiques sur le papyrus médical « Ramesseum III » (43). Les indications sont alors similaires à celle retrouvées en Chine ou en Inde.

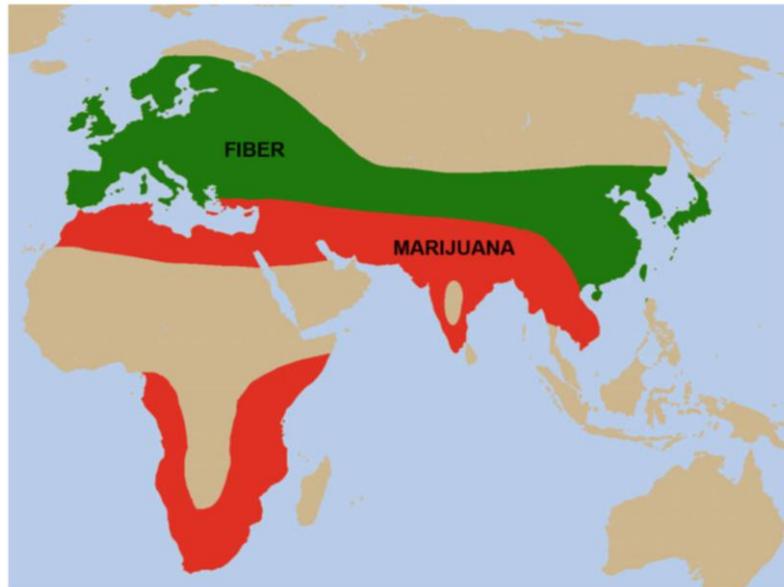


Figure 3 Carte représentant la répartition approximative de la fibre de cannabis (en vert) vs le cannabis récréatif (en rouge) à l'époque Pré-colombienne (2)

Partant du constat de l'utilisation ancienne du cannabis à des fins thérapeutiques en Chine (38), on pourrait croire que la plante ait pu suivre les futurs Polynésiens lors de leur long périple migratoire (32–34). Cependant, on ne retrouve aucune trace de cannabis dans son utilisation traditionnelle en tant que fibre ou dans son utilisation en tant que substance psychoactive. Pourtant la pharmacopée traditionnelle en Polynésie est riche et toujours inscrite dans le paysage du soins sur l'archipel (44).

A titre d'exemple, dans une étude récente sur la Médecine et pharmacopée végétale traditionnelles aux Iles Marquises en 2015 (45), près de 77 plantes ont été recensées pour leurs utilisations thérapeutiques. Dans d'autres ouvrages, on identifie plusieurs dizaines de recettes de « ra'au tahiti » avec leurs indications, leurs préparations et leurs posologies mais sans aucune trace de cannabis à des fins thérapeutiques (44,46). Au niveau spirituel, c'est le « kava » (racine de la famille des *piperaceae*) qui, après avoir été interdit (47) puis de nouveau autorisé (48), fait office de substance psychoactive et psychotrope lors des cérémonies traditionnelles (49). Enfin, au niveau artisanal, sachant que le polynésien est connu pour être un grand navigateur, c'est la bourre de coco qui était préférentiellement utilisée pour les cordage des pirogues à voile traditionnelle (50).

Tahu'a, Tradipraticiens et médecine intégrative

Actuellement, il existe toujours des Tahu'a (guérisseurs) qui se succèdent depuis des siècles et qui transmettent le plus souvent oralement leurs connaissances (44). D'autres travaux soulignent l'importance de la transmission du savoir et du don de guérison par le rêve (51). On retrouve des tradipraticiennes qui exercent toujours leur art de soignant directement au Centre Hospitalier de Polynésie Française (CHPF). La médecine intégrative, s'attache aussi bien à la médecine occidentale qu'à la thérapeutique traditionnelle et prend de plus en plus de place grâce au travaux de médecins locaux (52) mais aussi à la suite de la situation sanitaire liée au COVID 19 nous amenant à reconsidérer voire repenser nos pratiques médicales dans leurs globalités (53).



Figure 4 Photo issue de Polynésie la 1ère. « C'est une collaboration entre la médecine traditionnelle et la médecine conventionnelle. On l'appelle la médecine intégrative » (54)

2^{ème} PARTIE : CONSOMMATION ACTUELLE DU CANNABIS EN POLYNÉSIE

La consommation de cannabis comme stupéfiant

Tout comme en Métropole, la consommation récréative de cannabis semble augmenter en Polynésie Française (55). En 2009, dans l'Etude ECAAP, **13%** des jeunes polynésiens scolarisés de 11 à 18 ans déclaraient avoir consommé du cannabis dans les 30 derniers jours (56). En 2015, **15,5%** des jeunes scolarisés de 13 à 17 ans déclaraient avoir consommé du cannabis dans les 30 derniers jours (57). Plus récemment encore, dans une enquête « Ea Taure'a » menée en 2020 par la Direction de la Santé auprès de près de 4000 jeunes lors de leur journée d'appel à la défense, c'est **près de 20%** des jeunes de 16 à 25 ans qui relatait une consommation de cannabis dans le mois (58). Concernant les expérimentations, **c'est près de 27% des jeunes de 13 à 17ans qui auraient déjà essayé le cannabis dans leur vie** (57). Cette donnée est comparable à ce que l'on peut retrouver dans les DOM-TOM avec par exemple 33% d'expérimentateurs à 17ans en Guadeloupe en 2017 (59).

Concernant les patients suivis au Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA) de Papeete, on constate que les prises en charge débutent en moyenne à un âge plus précoce (âge moyen de 31 ans versus 39 ans en Métropole) (60). Cela est lié notamment aux permanences scolaires réalisées dans les établissements du Territoire mais également à un âge des débuts des consommations qui semble plus précoce qu'en Métropole : En 2021, **30% des patients suivis avaient moins de 20 ans** et près de **80% d'entre eux déclaraient déjà un usage problématique** du cannabis (30).

L'étude de type Stepwise, réalisée en 2010 pour étudier les facteurs de risques des maladies non transmissibles dans la population âgée de 18 à 64ans, indiquait que 40% des participants admettaient avoir consommé du cannabis au moins 1 fois dans les 30 derniers jours (61).

Ces données semblent comparables à ce que l'on peut trouver en Métropole et dans les DOM-TOM avec un âge de la 1^{ère} expérimentation qui semble s'abaisser et une consommation régulière qui s'installerait dans les habitudes de vie de l'adulte et de sa cellule familiale (55,59).

Les raisons de cette progression de l'usage problématique sont multifactorielles et probablement comparables d'un territoire à l'autre : prédominance du sexe masculin, usage plus répandu parmi les jeunes générations ou une consommation plus fréquente parmi les personnes sans emploi (59). D'autres pourraient être plus spécifiques comme à La Réunion ou en Martinique où le fait d'être né en Métropole est plus fréquemment associé à un usage régulier

de cannabis (59). De même, on peut également évoquer la question d'une production locale de cannabis, une production de « quartier » faisant vivre parfois plusieurs familles (31) mais dont les quantités produites font souvent la « une » de la presse locale (62–64).

Enfin, on peut soulever la question de la mutation rapide des modèles familiaux (de famille élargie communautaire à une famille plus nucléaire (65)), de l'urbanisation et d'une empreinte coloniale particulière comme le souligne Bruno Saura dans ses derniers ouvrages (66,67). Ainsi, la question de la banalisation de l'usage du cannabis se trouve parfois intimement liée à des problématiques de souveraineté économique comme l'illustre cette « une » de La Dépêche de Tahiti « **Pakaculture** : une mine d'or à 40 milliards de Francs Pacifiques ? » (68)

La consommation de cannabis comme « thérapeutique » : cadre réglementaire et réalité du terrain

En Septembre 2018, sous l'impulsion du Ministère de la Santé en France, un Comité Scientifique Spécialisée Temporaire (CSST) a été créé pour évaluer la pertinence et la faisabilité de la mise à disposition du cannabis médical en France (12). En Décembre 2018, le CSST a émis un avis favorable et le 7 Octobre 2020, un Décret du Conseil d'Etat a autorisé l'expérimentation du cannabis médical sous forme de médicament. Celle-ci a débuté le 26 Mars 2021 pour une durée de 2 ans (12). Cette expérimentation a été élaborée pour inclure près de 3000 patients dans 200 centres de références. L'inclusion est réalisée par un médecin volontaire appartenant à une des structures référencées pour des indications bien définies et avec le consentement du patient (12).

Les cinq indications retenues sont :

- Douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapeutiques disponibles ;
- Certaines formes d'épilepsies sévères et pharmaco-résistantes ;
- Certains symptômes rebelles en oncologie (liés au cancer ou à ses traitements) ;
- Certaines situations palliatives ;
- La spasticité douloureuse (sclérose en plaques et autres pathologies du système nerveux central).

Dans le cadre de la possible mise en place de cette expérimentation en Polynésie Française, le Président de l'Assemblée Territoriale a saisi le Conseil Economique Sociale Environnemental et Culturel (CESEC) sur une proposition de loi du pays autorisant l'expérimentation de l'usage médical du cannabis en Polynésie française (69). Le CESEC est la quatrième institution

importante de la Polynésie française (70). Il s'inscrit comme une complémentarité dans la vie institutionnelle et civile du pays. Il est obligatoirement saisi pour tout projet ou proposition de "loi du pays" à caractère économique ou social comme défini dans la loi statutaire n° 2004-192 du 27 février 2004 (13).

Le 28 Octobre 2021, le CESEC a rendu un avis défavorable à la proposition de loi de pays autorisant l'expérimentation de cannabis médical en Polynésie Française (69). Ce refus est justifié essentiellement par des obstacles juridiques :

- La Polynésie française n'est pas compétente en matière de recherches impliquant la personne humaine ;
- La délibération n° 78-137 du 18 août 1978 encadrant les substances vénéneuses en Polynésie française interdit toute forme d'utilisation du cannabis.

Paradoxalement et parallèlement au travail juridique en cours, le Président de la Polynésie Française a autorisé dans l'arrêté n°248 du 30 Mars 2022 et à titre dérogatoire, la détention du Cannabis sativa L. aux fins de recherches scientifiques au sein de l'Institut Louis Malardé et dans le cadre d'un projet de recherche « Porinetia Pakalolo Screening phytochimique des plants de cannabis de Polynésie française (teneurs moyennes en delta-9-tétrahydrocannabinol et en cannabidiol. Taxonomie et génotypage) » dont le porteur de projet est M. Edouard Suhas, Docteur en Chimie Bio-organique (71).

Par ailleurs, et malgré la délibération n° 78-137 du 18 août 1978 qui interdit toute forme d'utilisation du cannabis, on retrouve déjà sur le terrain des acteurs locaux qui produisent et vendent du CBD dans le centre-ville de Papeete.



Figure 5 Vente de CBD au Centre Vaima à Papeete en Mai 2022 - captures d'écran de vidéo en ligne (72)

Il existe aussi depuis 2013 une association « Tahiti Herb Culture » qui défend activement l'accès du cannabis médical pour les patients en demande d'alternatives thérapeutiques (73). Depuis le 24 décembre 2021, la création du 1^{er} syndicat du Chanvre Polynésien (74) milite pour une professionnalisation et une labellisation de la filière du chanvre en vue d'apporter, dans le futur, un cadre sanitaire et sécurisé aux produits « bien-être » (exclusivement à base de CBD) et possiblement aux produits thérapeutiques (formes galéniques à base de THC +/- CBD).

Ainsi, la réalité du terrain met en évidence une consommation et une vente de produits à base de cannabis en dehors de tout cadre réglementaire. Elle met également en lumière une demande continue de la part d'associations de patient, une propension de certains acteurs pour la recherche et le début d'une structuration d'une filière du chanvre. C'est dans ce contexte et sous l'impulsion du député Moetai Brotherson (également rapporteur à l'Assemblée Nationale sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis (75)) que récemment, un colloque sur le Cannabis a eu lieu à l'Université de la Polynésie Française (76).



Figure 6 1er Colloque sur le cannabis en Polynésie Française le 17.11.2021 à l'Université de Polynésie Française (77)

TRANSITION

Dans la première partie, nous avons tenté de retracer l'origine de l'utilisation thérapeutique ou médicale du cannabis. Nous avons montré que les premiers mouvements migratoires depuis l'Asie seraient survenus avant l'apparition des premières textes qui relatent l'utilisation du cannabis en Chine (Départ en -5000 en JC avec les premières traces d'utilisation en -2737) (34,38) . Nous n'avons pas retrouvé dans la pharmacopée polynésienne ou dans l'artisanat polynésien de preuve tangible quant à l'utilisation du cannabis sativa (44–46). Cependant, « l'absence de preuve n'est pas preuve de l'absence » (Michel Jovet (78)) ; d'autant plus que les connaissances traditionnelles polynésiennes se faisaient et se font toujours préférentiellement par transmission orale.

Dans la deuxième partie, nous avons dressé l'état des lieux des consommations de cannabis en Polynésie Française. L'utilisation de cannabis comme stupéfiant semble être en augmentation avec une expérimentation à un âge de plus en plus précoce (30,56–58). Cette tendance pourrait s'expliquer à la fois par des conditions économiques défavorables (31,59) mais aussi par un changement rapide du mode de vie des Polynésiens qui « commencent malgré eux à ressembler à des Français » pour reprendre l'expression de B. Saura (79). L'utilisation du cannabis comme « thérapeutique » est quant à elle soumise à des contraintes réglementaires spécifiques à la Polynésie Française (laquelle n'est pas compétente en matière de recherches impliquant la personne humaine et la délibération n° 78-137 du 18 août 1978 interdit toute forme d'utilisation du cannabis) (69). Ces aspects juridiques empêchent la distinction entre le cannabis récréatif (stupéfiant), bien-être (CBD sans effet psychotrope) et médical (avec ses formes galéniques de THC/CBD et ses indications) comme elle a pu être faite en Métropole (75). En outre, sur le terrain, on retrouve des produits non réglementés vendus par des personnes non formées dont le discours peut parfois s'apparenter à un exercice illégal de la médecine ou de la pharmacie et ceci au détriment des patients en demande d'alternatives thérapeutiques. Enfin, on constate l'émergence d'acteurs actifs de la recherche (travaux de l'Institut Louis Malardé (71), mais aussi ceux en lien avec la médecine intégrative (52)) et de la sphère associative qui promeut une réglementation des usages du cannabis (73,74)

Il semble donc nécessaire de faire un point sur les représentations des différents acteurs de terrain afin qu'une éventuelle généralisation de l'expérimentation se fasse dans le cadre :

- D'un discours commun et cohérent concernant l'apriori « culturel » du Cannabis
- D'une classification claire des usages du cannabis :
 - o L'usage récréatif du cannabis comme stupéfiant (issu du trafic)
 - o L'usage bien-être du CBD (taux de THC <0,3%)
 - o L'usage Médical, ses différentes formes galéniques et ses indications

L'étude préliminaire qui suit s'est attachée à questionner des acteurs de terrain sur **le versant « Cannabis Médical »** avec leurs représentations sur :

1. Son origine sur le territoire ;
2. Leur propension à le conseiller ou le prescrire ;
3. Leurs connaissances actuelles sur l'utilisation du cannabis médical.

3^{ème} PARTIE : LES REPRESENTATIONS ACTUELLES DES ACTEURS DE TERRAIN SUR LE CANNABIS MEDICAL – POUR QUELLE UTILISATION FUTURE ?

Matériel et Méthodes

Afin de répondre aux différents objectifs de ce mémoire, un hétéro-questionnaire a été créé. Celui-ci était composé de 3 questions simples (cf. Annexe 1).

La première question était posée comme suit « *Sur une échelle de 0 à 10, pensez-vous que le cannabis faisait partie de la pharmacopée traditionnelle polynésienne ?* 0 correspondant à « Pas du tout » et 10 à « Tout à fait d'accord ».

La seconde question était posée comme suit « *Sur une échelle de 0 à 10, quelle serait votre propension actuelle à conseiller ou prescrire du cannabis médical ?* » 0 correspondant à « Je le déconseille très vivement » et 10 à « Je suis très favorable à ce type de traitement »

Enfin la troisième question était axée sur les connaissances vis-à-vis de ce type de thérapeutique « *Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre connaissance actuelle sur le cannabis médical ?* » 0 correspondant à « aucune connaissance » et 10 à « excellente connaissance en termes d'utilisation et/ou de prescription ».

Au cours de la passation, un accord oral a été demandé à chaque participant autorisant l'utilisation des données chiffrées de ce questionnaire.

Les données brutes quantitatives (score de 0 à 10 pour chaque question) ont été ensuite catégorisées pour en déduire des données qualitatives comme suit :

Concernant la question n°1 « Cannabis comme thérapeutique traditionnelle ? »

- « Tout à fait contre » pour les scores ≤ 2
- « Contre » ou les scores $2 < X \leq 4$
- « Neutre » pour les scores strictement > 4 et < 6
- « D'accord » pour les scores $6 \leq X < 8$
- « Tout à fait d'accord » pour les scores ≥ 8

Concernant la question n° 2 « Propension actuelle à conseiller ou prescrire du Cannabis Médical ? »

- « Déconseille vivement » pour les scores ≤ 2
- « Déconseille » ou les scores $2 < X \leq 4$
- « Neutre » pour les scores strictement > 4 et < 6
- « Favorable » pour les scores $6 \leq X < 8$
- « Très Favorable » pour les scores ≥ 8

Concernant la question n°3 « Connaissances actuelles sur le Cannabis Médical » :

- « Aucune connaissance » pour les scores ≤ 2
- « Peu de connaissance » ou les scores $2 < X \leq 4$
- « Neutre » pour les scores strictement > 4 et < 6
- « Quelques connaissances » pour les scores $6 \leq X < 8$
- « Très bonnes connaissances » pour les scores ≥ 8

Ces données qualitatives ont ensuite été traduites en pourcentage sur l'ensemble des participants et par sous populations (médecins, soignants hors médecins, non soignants) pour une meilleure compréhension des résultats.

Le questionnaire a été soumis *spécifiquement* à des acteurs de terrains qui pourraient être des moteurs ou des freins sur la prescription du cannabis médical : chefs de service de spécialités médicales, tradipraticiens, responsables de structures institutionnelles non médicales ou des représentants politiques. Ils ont été contacté par mail ou par téléphone pour une passation en face à face et en respectant au mieux la confidentialité de la passation.

La période de soumission du questionnaire s'est effectuée exclusivement sur l'île de Tahiti du 9 Mai 2022 au 11 juin 2022 ainsi que le 19 Juillet 2022 et le 23 Juillet 2022, soit sur une période totale de 35 jours.

Analyse statistique

Les données quantitatives ont été décrites sous formes de moyennes et écart-type afin de préciser les moyennes observées. Un test de student (ou test-t) a été utilisé pour effectuer les comparaisons de moyennes entre les différents sous-groupes (Médecins, Personnels soignants hors médecins et non soignants).

Les données qualitatives (issue de la catégorisation des données quantitatives) ont été décrites sous formes de pourcentage. Un test de Fisher a été utilisé pour comparer les données qualitatives entre les différentes sous-groupe (Médecins, Personnels soignants hors médecins, non soignants). L'analyse statistique s'est basée sur le recueil de données au moyen du logiciel Microsoft Excel (version 2207). Les tests statistiques ont été réalisés sur <https://biostatv.sentiweb.fr/>. Le degré de significativité recherché était de 5%.

Résultats

Population de l'échantillon

Au total 25 acteurs de terrains ont été sollicités pour participer à cette étude. Parmi eux, 21 ont répondu positivement. Les 4 autres n'étaient pas disponibles pour des raisons de congés ou des raisons électorales et/ou post-électorale (la majeure partie du temps dédiée à la passation tombait au moment de la période de campagne législative de 2022).

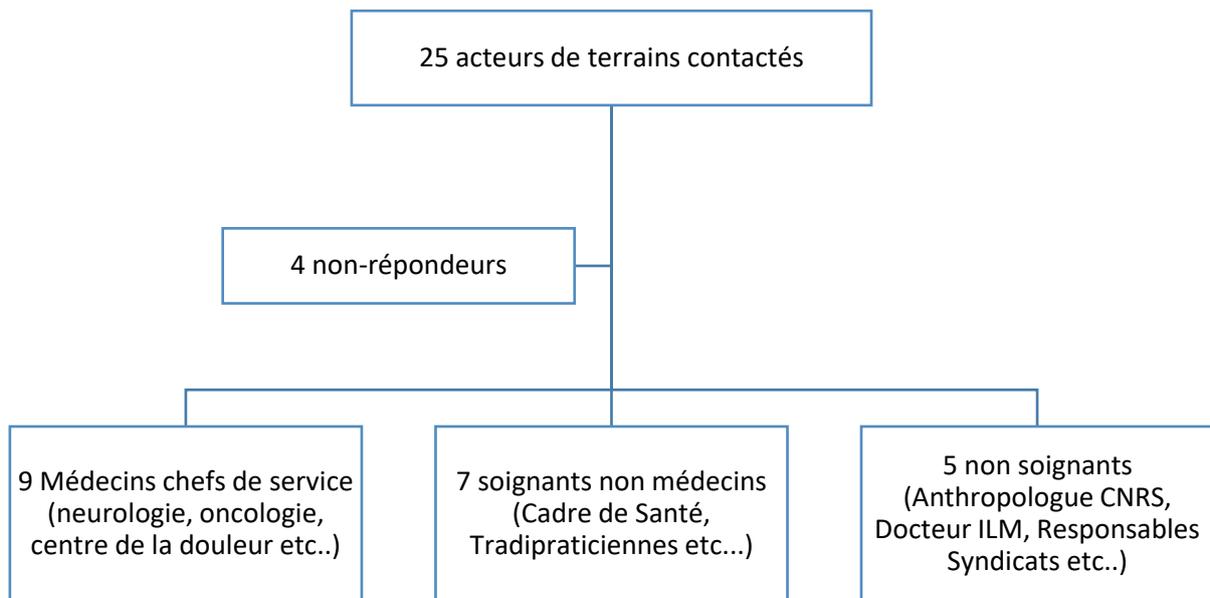


Figure 7 Flowchart des personnes interrogées

Ainsi, on retrouve dans les personnes interrogées : des chefs de services médicaux (de biologie, du centre de la douleur, de cancérologie, de neurologie, de neuropédiatrie, de pneumologie, de pédopsychiatrie enfant, de pédopsychiatrie adolescent et de psychiatrie), des soignants non médicaux (cadre de santé de services hospitaliers, tradipraticiens), et des acteurs de terrains non soignants (Responsables de structures impliquées, responsables de syndicats, anthropologues ect..). Cet échantillon de population est représentatif des acteurs de terrains pouvant être un moteur ou un frein dans l'éventuellement mise à disposition du cannabis médical en Polynésie Française. Il est composé de médecins chefs de service *potentiellement prescripteurs* et moteurs/frein dans leurs structures respectives (ex. chef de service de neurologie et prise en charge des spasticités douloureuses), de soignants impliqués dans *l'éventuelle future délivrance* (cadre de santé, tradipraticienne) et aussi *d'acteurs publics reconnus* qui pourrait être interrogés sur la question du cannabis médical dans les médias (anthropologue, chercheurs à ILM, responsable syndical etc..).

Résultats pour la question n°1 : Cannabis comme thérapeutique traditionnelle ?

A la question n°1 « Sur une échelle de 0 à 10, pensez-vous que le cannabis faisait partie de la pharmacopée traditionnelle polynésienne ? », le **score moyen** retrouvé sur l'ensemble de l'échantillon était de **2,52 /10** ce qui peut être retranscrit qualitativement par « **tout à fait contre** » ou « **contre** » l'idée que le cannabis ait fait partie de la pharmacopée traditionnelle polynésienne.

Bien qu'on ne retrouve pas de différence significative entre le sous-groupe de « médecins », des « soignants » et des « non-soignants », on constate des différences entre le score donné par les **médecins** (3,44/10 = « contre »), celui des **soignants** (1,83/10 = « tout à fait contre ») et celui des **non soignants** de (2,4/10 = « contre »).

Cependant, dans l'analyse de sous-groupes spécifiques « médecins vs tradipraticiennes » ont retrouvait **une différence significative des scores avec un p = 0,02** (3,44 vs 0). Cette différence se retrouvait également entre le sous-groupe spécifique « Ensemble des personnes interrogées non tradipraticiens » (score moyenne de 2,94) vs « tradipraticiennes » (score moyen de 0) avec un **p=0,001**. (Illustré par un « * » sur l'histogramme n°9)

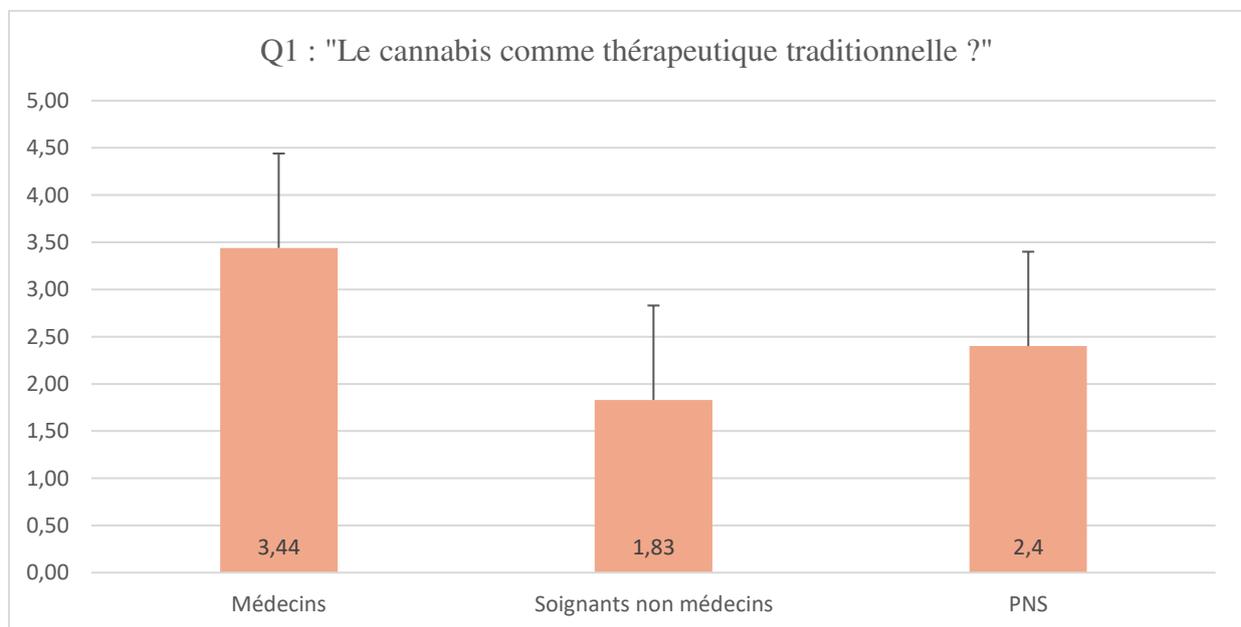


Figure 8 Histogramme représentant les scores moyens donnés à la question n°1 en fonction des sous-groupes

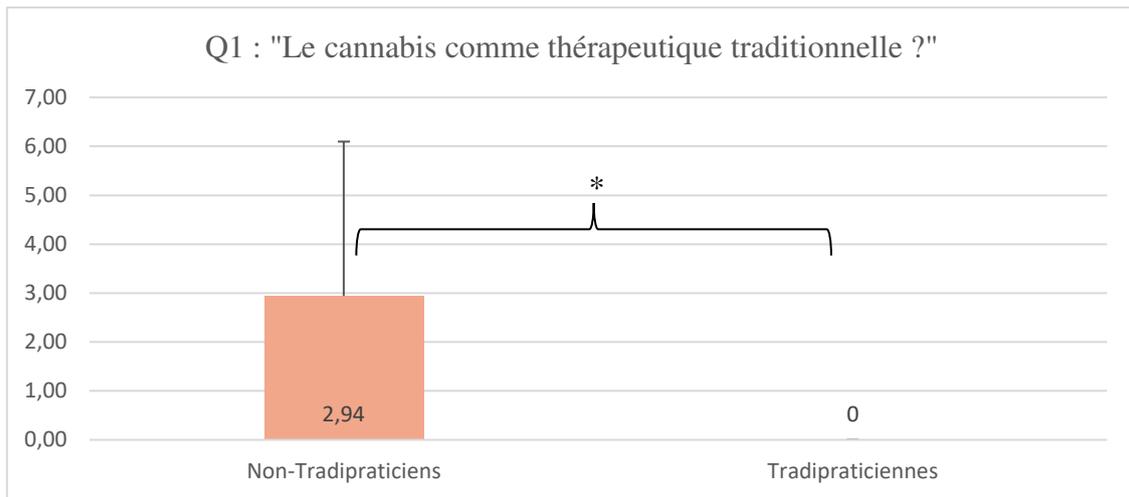


Figure 9 Histogramme représentant le score moyen donné à la question n°1 par les non-tradipraticiens vs les tradipraticiennes. * $p < 0,05$

Dans l'analyse qualitative, on retrouve que **72% des participants sont « contre » (10%) ou « tout à fait contre » (62%)** en ce qui concerne l'idée que le cannabis ait fait partie de la pharmacopée traditionnelle polynésienne.

Dans l'étude des sous-groupes, on retrouve que **56% des médecins** étaient « tout à fait contre », cette proportion s'élève à **71%** de « tout à fait contre » chez **les soignants** non médecins et à **60% chez les non-soignants**.

En outre, dans l'étude spécifique de sous-groupes, on constate que **les tradipraticiennes interrogées étaient à 100% « tout à fait contre » l'idée que le cannabis ait fait partie de leur pharmacopée traditionnelle.**

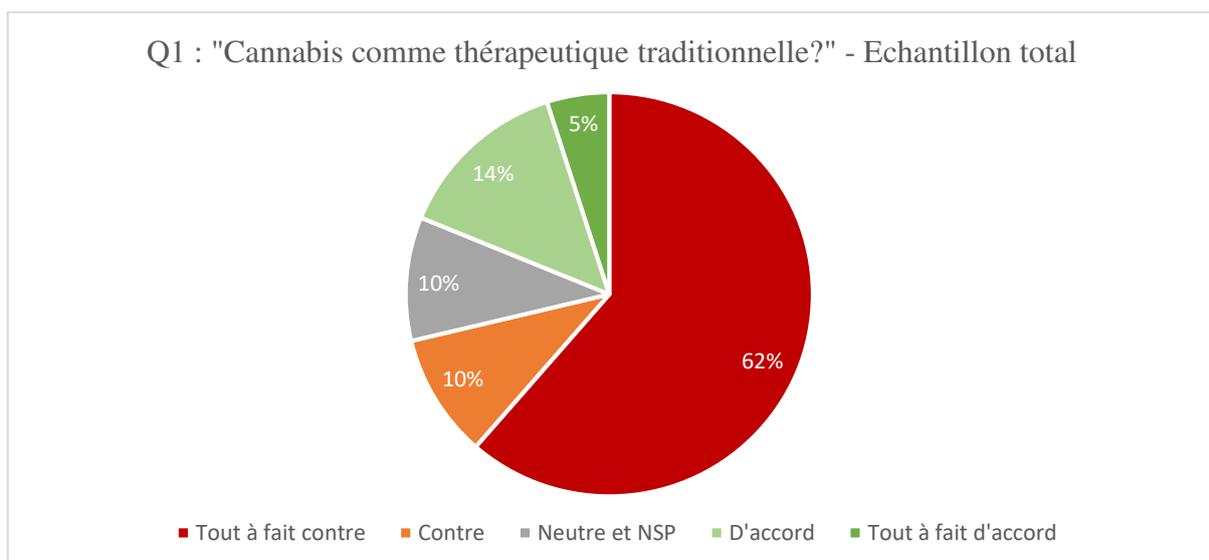


Figure 10 Graphique en secteur représentant les réponses qualitatives de l'échantillon à la question n°1

Résultats pour la question n°2 : Propension actuelle à conseiller ou prescrire du Cannabis Médical

A la question n°2 « Sur une échelle de 0 à 10, quelle serait votre propension actuelle à conseiller ou prescrire du cannabis médical ? » le score moyen retrouvé sur l'ensemble de l'échantillon était de **6,4 /10** ce qui peut être retranscrit qualitativement par « *favorable* » à l'idée de conseiller ou de prescrire du cannabis médical.

Dans l'analyse des sous-groupes, le score moyen donné par les *médecins* était de **5,89/10** ; celui des *soignants non médecins* était de **6,79/10** et celui des non soignants de **7,4/10**. Après analyse, il n'existait pas de différence significative entre les différents sous-groupes.

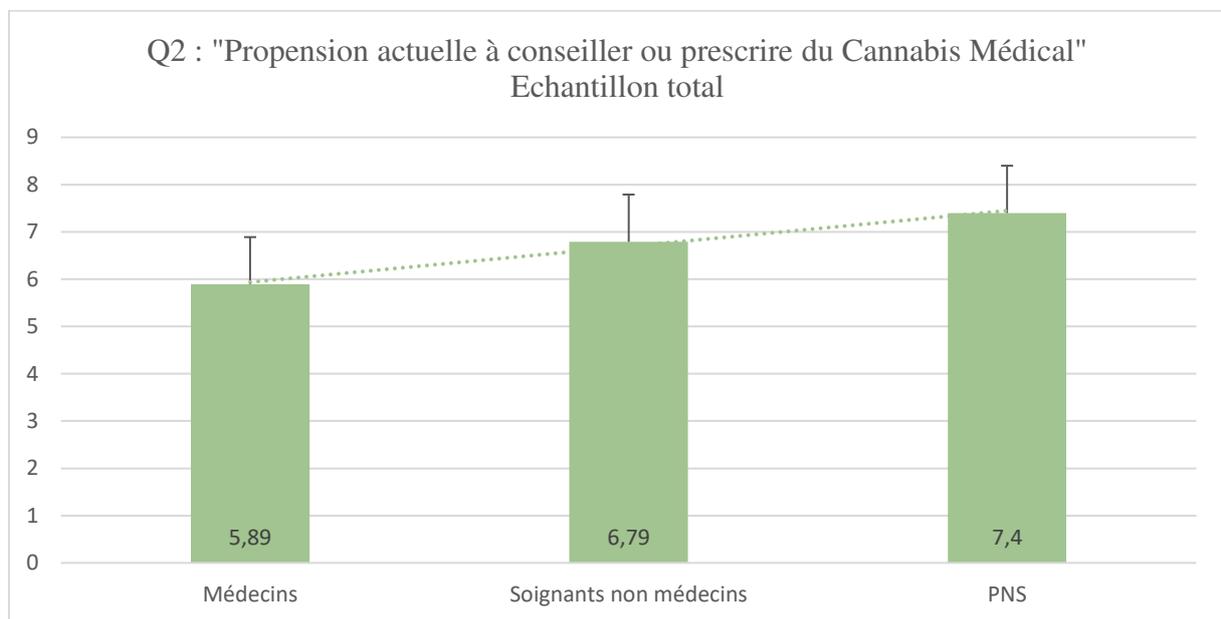


Figure 11 Histogramme représentant les scores moyens donnés à la question n°2 en fonction des sous-groupes

Dans l'analyse qualitative, **62%** des participants sont « *favorables* » (**24%**) ou « *très favorables* » (**38%**) à l'idée de conseiller ou prescrire du cannabis médical.

Dans l'étude des sous-groupes, on note que **66% des médecins étaient « favorables » (44%) ou très favorables (22%)** à l'idée de prescrire du cannabis médical. De même, **43%** des soignants non-médecins étaient « très favorables » à la prescription. Cette proportion s'élevait à **80% chez les non-soignants**. Il n'y avait pas de différence significative au test de Fisher entre les différents sous-groupes.

Ces résultats suggèrent que les prescripteurs, au même titre que les soignants, seraient *favorables ou très favorables à la prescription et la délivrance* du cannabis médical. En outre, les participants non-soignants semblent encore plus favorables à la mise à disposition du cannabis médical en Polynésie Française.

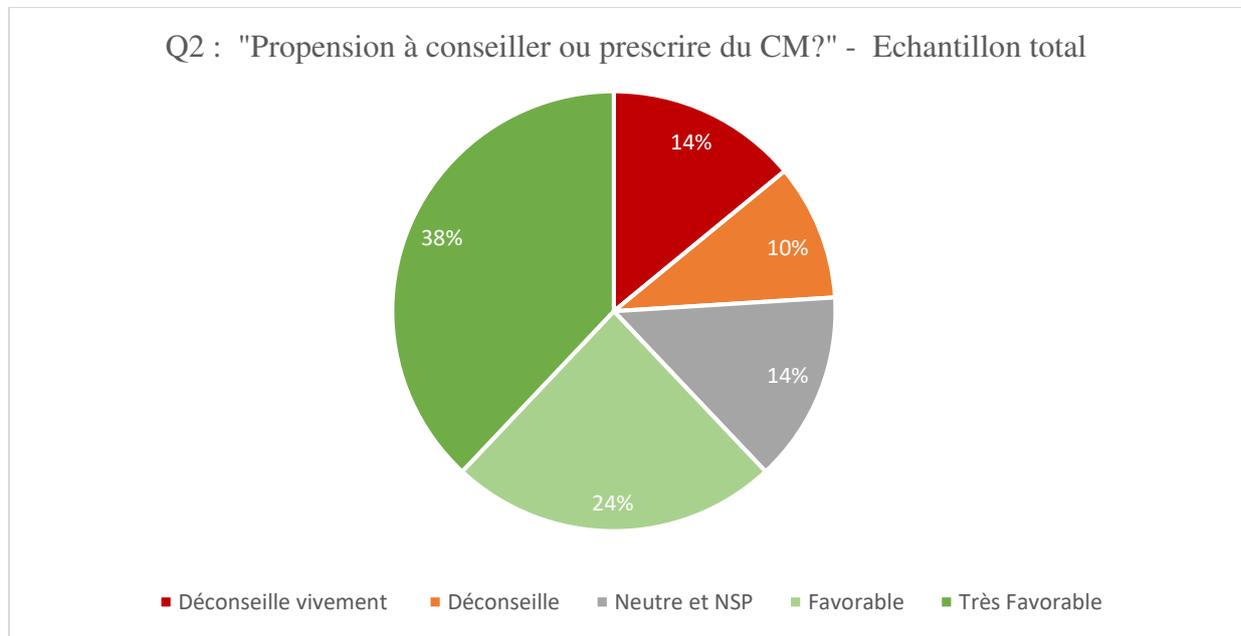


Figure 12 Graphique en secteur représentant les réponses qualitatives de l'échantillon à la question n°2

Résultats pour la question n°3 ; Connaissances actuelles sur le Cannabis Médical

A la question n°3 « Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre connaissance actuelle sur le cannabis médical ? » le score moyen retrouvé était de **3,95 /10** ce qui peut être retranscrit qualitativement par « *peu de connaissances* » à propos du cannabis médical.

Dans l'analyse des sous-groupes, le score moyen donné par les *médecins* était de **3,15/10** ; celui des *soignants non médecins* était de **4,43/10** et celui des non soignants de **4,4/10**. Bien que les « médecins » interrogés déclarent une moindre connaissance au sujet du cannabis médical (3,15 vs 4,4) ; l'analyse ne soulignait aucune différence significative entre les différents sous-groupes.

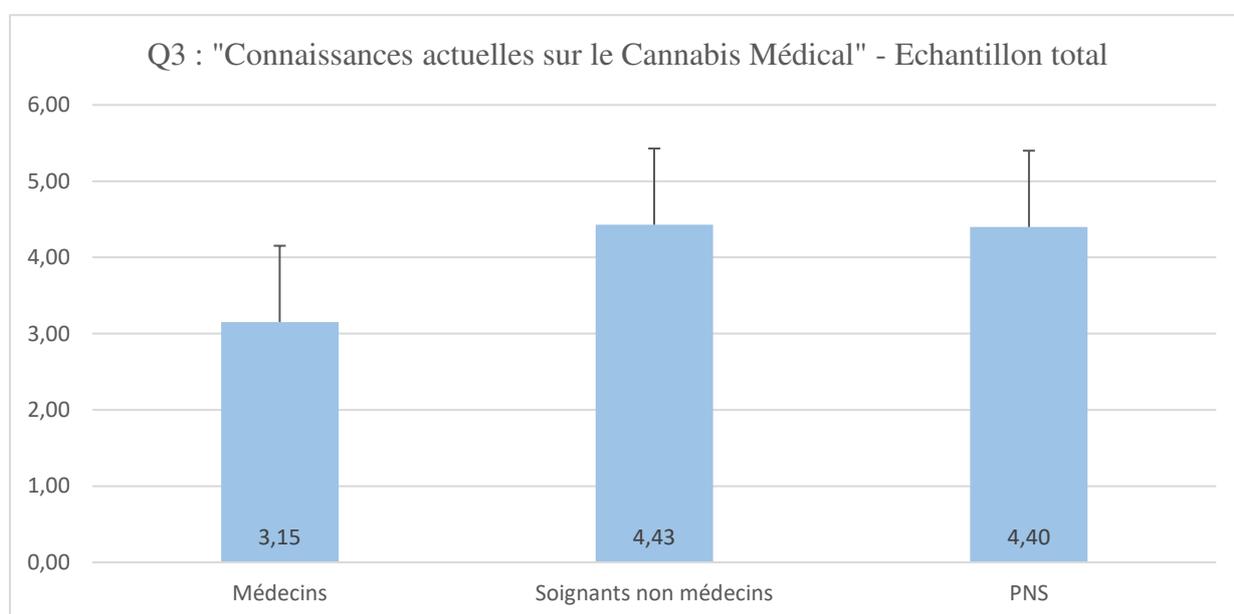


Figure 13 Histogramme représentant les scores moyens donnés à la question n°3 en fonction des sous-groupes

Dans l'analyse qualitative, **58%** des participants déclaraient avoir « *peu* » (**29%**) ou « *aucune* » (**29%**) connaissance sur le cannabis médical. Cette proportion s'élevait à **66%** chez les *médecins* avec « *peu de connaissance* » (**22%**) voire « *aucune connaissance* » (**44%**). Chez les *soignants non-médecins*, **43%** déclaraient avoir *peu* ou *aucune* connaissance. Enfin, **60%** des *non-soignants* estimaient avoir peu ou aucune connaissance au sujet du cannabis médical.

Dans le sous-groupe *des médecins*, seuls **22%** *évaluaient avoir quelques connaissances* sur le cannabis médical. Cela concernait 14% des soignants et des 20% des non soignants.

Ces résultats suggèrent qu'une *formation serait nécessaire* pour les futurs prescripteurs. En outre, une campagne de *communication* devrait être faite pour fournir une information claire et loyale à la population. On ne retrouve aucune différence significative entre les différents sous-groupes.

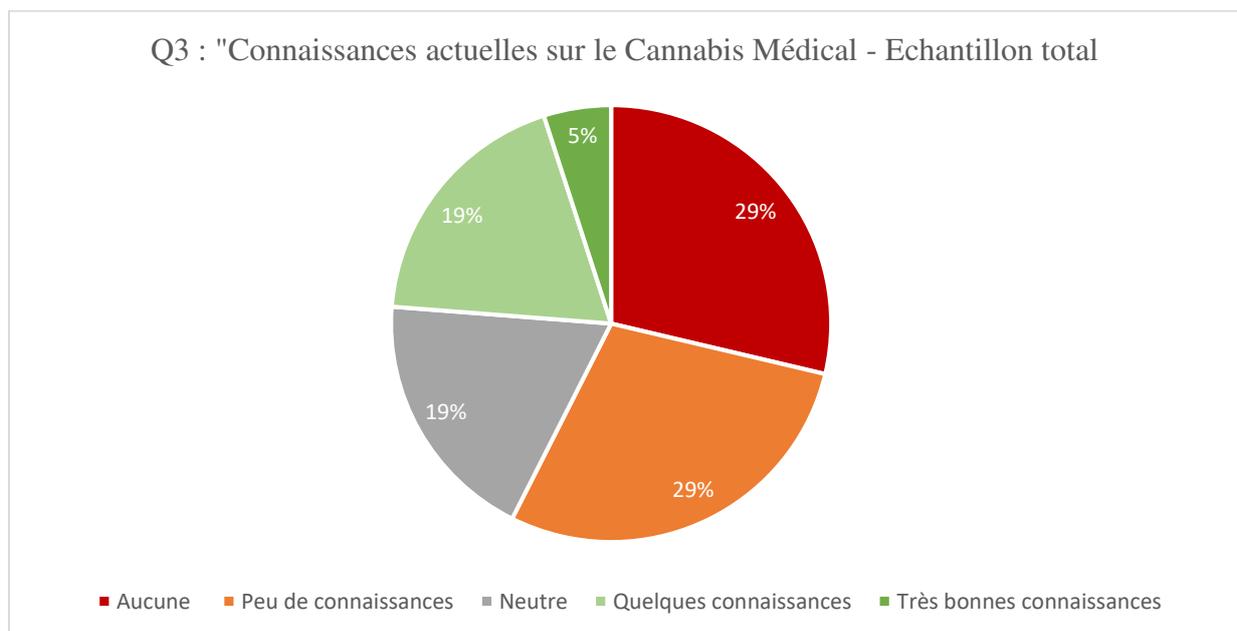


Figure 14 Graphique en secteur représentant les réponses qualitatives de l'échantillon à la question n°3

DISCUSSION

Nous avons initié ce travail avec la volonté d'établir l'origine de l'utilisation du cannabis en Polynésie Française, de faire l'état des lieux des consommations actuelles sur le territoire et d'établir les bases d'une réflexion sur l'utilisation future du cannabis médical.

Dans la première partie, nous n'avons pas retrouvé de preuve tangible de l'utilisation du cannabis que ce soit à des fins agricoles, d'élevage, d'artisanat ou dans une pratique thérapeutique(44,45). Il semblerait que les Polynésiens aient quitté la Chine du Sud bien avant la découverte des effets thérapeutiques du cannabis. Actuellement, la pharmacopée traditionnelle polynésienne est dénuée de toute utilisation du cannabis(46).

Dans la deuxième partie, nous avons décrit l'état des lieux des consommations actuelles de cannabis sur le Territoire. La consommation de cannabis comme stupéfiant semble être en augmentation comme en Métropole ou dans les DOM-TOM (55,58,59), elle touche préférentiellement les jeunes avec un âge de la 1^{ère} expérimentation de plus en plus précoce (58). L'utilisation du cannabis comme « thérapeutique » se fait actuellement en dehors de tout cadre réglementaire et sans assurance quant à la sûreté des produits vendus. Sur le terrain, des patients demandeurs et déjà consommateurs de tous âges sont soutenues par des organisations associatives et syndicales émergentes. Nous avons soulevé des particularités liées au territoire polynésien quant à une éventuelle légalisation du cannabis médical : obstacles juridiques (69) (du fait du statut particulier de la Polynésie Française) et obstacles socio-économiques (68) (du fait que beaucoup de familles vivent actuellement de la vente du cannabis et de la confection de différentes formes galéniques).

Enfin, dans la dernière partie du mémoire, nous avons présenté une étude quantitative et qualitative portant sur les représentations actuelles des acteurs et décideurs de terrain à propos du cannabis médical. Trois questions ont été posées à un échantillon représentatif des acteurs et décideurs impliqués par la problématique (chef de service prescripteurs, soignants délivrant des traitements, responsables syndicats ou chercheurs impliqués).

La première question portait sur la possibilité que le cannabis ait pu faire partie de la pharmacopée traditionnelle polynésienne. 72% des participants déclaraient être « contre » ou « totalement contre » l'idée que le cannabis ait pu être utilisé traditionnellement. En outre 100% des tradipraticiennes déclaraient être « totalement contre » cette idée et donnait un score moyen de 0 à la question n°1. Il existait une différence significative entre l'a priori des médecins (56%

tout à fait contre) et la réalité de la transmission du savoir reçu par les tradipraticiennes (100% tout à fait contre). Cela pourrait souligner une méconnaissance de la médecine occidentale au sujet de la pharmacopée polynésienne renforçant ainsi la nécessité d'ancrer la médecine intégrative sur le Territoire.

En croisant les données traitées dans cette première question avec les données issues de notre première partie, il apparaît que *le cannabis n'ait pas fait partie de la pharmacopée traditionnelle polynésienne*. En outre, durant les entretiens de passation, divers témoignages soulignent une arrivée récente du cannabis en Polynésie. La plante serait arrivée vers les années 1960 du fait de l'accroissement des échanges avec Hawaii et les Etats-Unis, période coïncidant avec l'ouverture de l'aéroport internationale de Faa'a-Tahiti (80).

Le terme « pakalolo » viendrait aussi d'Hawaii. En effet, le lettre « l » et « k » n'existe pas dans la langue tahitienne mais sont présents dans la langue hawaïenne. Deux hypothèses étymologiques m'ont été transmises. La première est issue d'une traduction littérale depuis l'hawaïen (81), « paka » traduit par [tabac] et « lō lō » traduit par [stupide ou qui fait semblant de dormir ou qui fait semblant d'être paralysé], qui donnerait approximativement « le tabac qui rend stupide ». La seconde hypothèse est issue d'une retranscription de « paka lōlō » en tahitien qui donnerait « pa'apa'a roro ». « Pa'apa'a » serait traduit par [brûlé] et « roro » par [cerveau], ce qui donnerait approximativement « cerveau brûlé » (82). Dans ces deux traductions, l'effet délétère du cannabis sur les fonctions cognitives est apparent.

La deuxième question portait sur la propension à conseiller ou à prescrire du cannabis médical dans des indications bien définies. Près *des 2/3 des participants étaient « favorables » ou « très favorables » à l'utilisation du cannabis médical*. Le score moyen donné par les médecins était de 5,89/10, versus 6,79/10 pour les soignants non médecins et 7,4/10 pour les non soignants. Ces résultats semblent dessiner une tendance à la hausse entre les prescripteurs et les non-prescripteurs. Les médecins semblent plus hésitants que les futurs patients potentiels. Lors des entretiens certains médecins mettaient en avant la nécessité d'avoir un produit d'une qualité pharmaceutique sur le territoire. Il n'était pas question pour eux de conseiller les produits actuels. De plus, les indications actuellement prises en compte dans l'expérimentation de l'ANSM ne sont pas nécessairement en phase avec les problématiques actuelles du territoire. A titre illustratif, il y aurait peu de cas de sclérose en plaque en Polynésie en lien avec le gradient

Nord-Sud que l'on peut retrouver dans les études épidémiologiques (83,84). Ainsi, le besoin dans ce type d'indication serait moins important.

La dernière question portait sur les connaissances au sujet du cannabis médical. 58% des participants déclaraient avoir peu voire aucune connaissance à propos du cannabis médical. Cette proportion s'élevait à 66% chez les médecins qui seraient les prescripteurs. Ces résultats, en miroir par rapport à la question n°2 sont très intéressants. En effet, 66% des médecins se disent favorables ou très favorables à la prescription et dans le même temps 66% se disent insuffisamment formés sur le sujet. Ces données suggèrent un *attrait certain pour l'utilisation du cannabis médical auprès des patients et une demande claire de formation initiale et continue* afin de consolider les connaissances autour de ce produit potentiellement thérapeutique.

L'étude présentée dans cette dernière partie révèle des points saillants : *les acteurs de terrain confirment l'absence du cannabis dans la pharmacopée traditionnelle polynésienne, sont favorables à la prescription du cannabis médical dans des indications bien définies et sont demandeurs d'une formation approfondie sur le sujet*. Ces éléments pourront servir de base de réflexion pour penser l'utilisation future du cannabis médical sur le Territoire polynésien. Ce travail présente cependant des limites inhérentes à son élaboration : il existe un biais dans le recrutement choisi initialement à cause du faible échantillon de la population interrogée. Ce faible nombre de participants sous-tend le peu de différence significative retrouvée entre les sous-groupes. Par ailleurs, il existe un biais de mesure car seulement 3 questions ont été posées aux participants. Ce chiffre pourrait sembler insuffisant face à la complexité de la problématique. Malgré tout, la facilité de la passation et le peu de temps nécessaire à l'interrogatoire ont facilité à son acceptation par les participants souvent très occupés (chefs de service, responsable d'institution etc...). L'élargissement du panel de participants pourrait être envisagé dans un futur travail de recherche afin de pour consolider ces résultats.

En outre, certains points de vigilance n'ont pas pu être abordés dans ce mémoire et pourront faire l'objet de travaux ultérieurs. En premier lieu, il existe un *enjeu d'accessibilité* du cannabis médical sur la Polynésie Française, un territoire grand comme l'Europe (**Figure 1**). Au même titre que la passation s'est déroulée uniquement sur Tahiti, on pourrait convenir et interroger les équipes des dispensaires et hôpitaux périphériques, identifier les besoins sur place et la

capacité de stockage, de délivrance, d'approvisionnement et de pharmacovigilance du produit. A ce jour, seul le CPSA, le Centre de Prévention et de Soins des Addictions possède une expertise sur ce type de produit (stockage et délivrance de traitement substitutif des opiacés type Méthadone).

Ensuite, *la question de la dépendance* aux produits reste centrale. Bien que le « rapport Roques » de 1998 (85) évalue la dépendance psychique et physique des cannabinoïdes à « faible » par rapport à d'autres substances (**Annexe n°2**), l'impact chez les jeunes s'avère être important. En pratique clinique et dans la littérature scientifique, on observe des comportements addictifs francs avec des troubles du sommeil, un repli sur soi, un échec scolaire et un risque de transition vers des troubles psychotiques (10,86–88).

Au regard des résultats de cette étude, il nous paraît indispensable et urgent *d'assurer la formation des professionnels de santé à la prescription et à la surveillance* d'un traitement avec du cannabis médical. Il s'agit d'une réelle alternative thérapeutique notamment pour les patients douloureux chroniques ou les patients âgés qui très souvent sur-consomment des molécules dérivées des opiacés ou des benzodiazépines (89) avec de sérieux risques addictifs bien plus importants que ceux du cannabis médical (85).

Enfin, il existe un réel enjeu politique et de santé publique pour la Polynésie Française. On ne peut que constater l'omniprésence du cannabis sur les îles du Territoire. La légalisation ou non d'un produit ne modifie pas son risque addictif précisément lorsque celui-ci est très facilement accessible. La question du cannabis est intimement liée à celle de prévention et de promotion de la santé tant la communication autour de cette plante est complexe.

Il s'agit également de pouvoir réhabiliter ce mouton à cinq pattes qu'est le cannabis : le cannabis récréatif, le cannabis à usage thérapeutique, le cannabis matière première industrielle (fibre, cordage, paillage, vêtements), alimentaire (utilisation des graines pour le bétail) et cosmétiques (huiles et baumes). Il s'agit de pouvoir reconsidérer une plante singulière et vieille comme l'Homme. Tellement singulière qu'il a fallu qu'elle soit sacrifiée pour être à nouveau étudiée (90).

CONCLUSION

Comment répondre à la question au cœur de ce mémoire : quelles utilisations anciennes, actuelles et futures du cannabis médical en Polynésie Française ?

A ce jour, il n'existe pas de preuve qui attesterait de la présence de cannabis dans la pharmacopée traditionnelle polynésienne. Cette donnée issue de la littérature est confirmée par les témoignages des acteurs de terrains interrogés dans cette étude. Actuellement, la consommation de cannabis récréatif sur le territoire semble être en augmentation et son utilisation « thérapeutique » se fait en dehors de tout cadre réglementaire. Les résultats de notre étude, portant sur les représentations actuelles des acteurs du terrain au sujet du cannabis médical, révèlent que ceux-ci sont favorables voire très favorables à la prescription de ce produit mais sont insuffisamment formés.

L'utilisation éventuelle du cannabis médical sur le Territoire Polynésien reposerait sur :

- La nécessité de former les professionnels de santé sur sa prescription et sa surveillance;
- La nécessité d'anticiper les enjeux juridiques mais aussi d'approvisionnement et d'accessibilité du produit sur l'ensemble du Territoire ;
- La nécessité de prévoir des campagnes de communication pour transmettre à la population et aux professionnels de santé une information claire et loyale au sujet du cannabis médical.

D'autres travaux seraient nécessaires pour consolider les résultats de cette étude mais également détailler les autres aspects du cannabis : le cannabis « récréatif » et le cannabis « bien-être ».

ANNEXES

Annexe n°1 : Hétéro-questionnaire de l'étude

CANNABIS MEDICAL EN POLYNESIE FRANCAISE : QUELLE UTILISATION ANCIENNE, ACTUELLE ET FUTURE

DATE :

Fonction de la personne interrogée :

Question n°1 : « Sur une échelle de 0 à 10, pensez-vous que le cannabis faisait partie de la pharmacopée traditionnelle polynésienne ? 0 correspondant à « Pas du tout » et 10 à « Tout à fait d'accord ».

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Question n°2 : « Sur une échelle de 0 à 10, quelle serait votre propension actuelle à conseiller ou prescrire du cannabis médical ? » 0 correspondant à « Je le déconseille très vivement » et 10 à « Je suis très favorable à ce type de traitement »

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Question n°3 : « Sur une échelle de 0 à 10, quelle est votre connaissance actuelle sur le cannabis médical ? » 0 correspondant à « aucune connaissance » et 10 à « excellente connaissance en termes d'utilisation et/ou de prescription ».

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

Commentaires :

Annexe n°2 : Tableau du risques addictifs issu du rapport Roques (85)

	Héroïne (opioïdes)	Cocaïne	MDMA	Psycho-stimulants	Alcool	Benzodiazépines	Cannabinoïdes	Tabac
Dépendance physique	très forte	faible	très faible	faible	très forte	moyenne	faible	forte
Dépendance psychique	très forte	forte mais intermittente	(?)	moyenne	très forte	forte	faible	très forte
Neurotoxicité	faible	forte	très forte (?)	forte	forte	0	0	0
Toxicité générale	forte (a)	forte	éventuellement forte	forte	forte	très faible	très faible	très forte
Dangerosité sociale	très forte	très forte	faible (?)	faible (exceptions possibles)	forte	faible (b)	faible	(cancer)
Traitements substitutifs ou autres existants	oui	oui	non	non	oui	non recherché	non recherché	oui

BIBLIOGRAPHIE

1. Kung C. Archaeology in China. Univ Tor Press. 1959;1.
2. Small E. Classification of Cannabis sativa L. in Relation to Agricultural, Biotechnological, Medical and Recreational Utilization. In: Chandra S, Lata H, ElSohly MA, éditeurs. Cannabis sativa L - Botany and Biotechnology [Internet]. Cham: Springer International Publishing; 2017 [cité 8 août 2022]. p. 1-62. Disponible sur: https://doi.org/10.1007/978-3-319-54564-6_1
3. Dewey LH, Merrill JL. The Project Gutenberg eBook of Hemp Hurds as Paper-Making Material, by Lyster H. Dewey and Jason L. Merrill. [Internet]. 1916 [cité 23 août 2022]. Disponible sur: <https://www.gutenberg.org/files/17855/17855-h/17855-h.htm>
4. de Orta G. Colloques des simples et des drogues de l'Inde. 1563.
5. Ratier FS. Pharmacopée Française, ou Code des Médicaments, nouvelle traduction du Codex Medicamentarius, sive Pharmacopoea Gallica; ... augmentée de notes et additions, par O. Henry, fils. J.-B. Baillière; 1827. 576 p.
6. Musto DF. The Marihuana Tax Act of 1937. Arch Gen Psychiatry. févr 1972;26(2):101-8.
7. Conventions [Internet]. United Nations : Office on Drugs and Crime. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: [//www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html](http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/conventions.html)
8. Mechoulam R, Gaoni Y. A TOTAL SYNTHESIS OF DL-DELTA-1-TETRAHYDROCANNABINOL, THE ACTIVE CONSTITUENT OF HASHISH. J Am Chem Soc. 20 juill 1965;87:3273-5.
9. Mechoulam R, Shvo Y. Hashish. I. The structure of cannabidiol. Tetrahedron. déc 1963;19(12):2073-8.
10. Mechoulam R, Parker LA. The endocannabinoid system and the brain. Annu Rev Psychol. 2013;64:21-47.
11. Pacher P, Mechoulam R. Is lipid signaling through cannabinoid 2 receptors part of a protective system? Prog Lipid Res. avr 2011;50(2):193-211.
12. Dossier thématique - Cadre et mise en oeuvre de l'expérimentati - ANSM. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://ansm.sante.fr/dossiers-thematiques/cannabis-a-usage-medical/cadre-et-mise-en-oeuvre-de-lexperimentation-du-cannabis-medical>
13. Lexopol. Loi organique n° 2004-192 du 27 février 2004 portant statut d'autonomie de la Polynésie française (1).
14. Géographie - Climat / Présentation de la PF / Accueil - Portail de l'Etat en Polynésie française. 2018 [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.polynesie-francaise.pref.gouv.fr/Presentation-de-la-PF/Geographie-Climat>

15. Populations légales des subdivisions administratives de Polynésie française en 2017 – Les populations légales de Polynésie française en 2017 | Insee. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/>
16. Pasquier J. Bilan démographique 2021. Inst Stat Polynésie Fr. 2021;4.
17. Insee. Estimations de population et statistiques de l'état civil réalisées fin novembre 2021. 2021 [cité 24 juill 2022]; Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/6024136#consulter>
18. Institut de la statistique de la Polynésie Française [Internet]. [cité 24 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.ispf.pf/chiffres?theme=Population>
19. Laurent V. Les évolutions passées et futures du climat des îles Marquises et de la Société. La Météorologie. 2017;(96):34-43.
20. Fer Y, Malogne-Fer G. Christianisme, identités culturelles et communautés en Polynésie française. Hermès. 2002;n° 32-33(1):355.
21. Lexopol. Arrêté n° 1771 CM du 26 août 2021 portant organisation de la direction de la santé. 26 août 2021
22. Chin-Foo S. Organisation Direction de la Santé Polynésie Française [Internet]. DSP. 2021 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/notre-organisation/>
23. CHPF. Historique du Centre Hospitalier de Polynésie Française [Internet]. Centre Hospitalier de Polynésie française. 2018 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.chpf.pf/2018/07/10/historique/>
24. CHPF. Services hospitaliers : les fiches de présentation [Internet]. Centre Hospitalier de Polynésie française. 2018 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <http://www.chpf.pf/2018/08/16/services-hospitaliers/>
25. Direction de la Santé. Conventions pour les consultations spécialisées avancées, le soutien oncologique, et le dépistage des cancers gynécologiques [Internet]. DSP. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/2019/02/26/conventions-presidence/>
26. Grands Projets de Polynésie. Pôle de Santé Mentale | Grands Projets de Polynésie : l'établissement des études et constructions du Pays [Internet]. 2021 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://grandsprojets.pf/projet/pole-de-sante-mentale/>
27. Tavini. Communiqué du Tavini: Paka : et si on en causait bien ? [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Communique-du-Tavini-Paka-et-si-on-en-causait-bien_a60636.html
28. Tahiti-infos. Communiqué du Tahoeraa: « Le Tavini Huiraatira masque son inaction derrière le pakalolo » [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Communique-du-Tahoeraa-Le-Tavini-Huiraatira-masque-son-inaction-derriere-le-pakalolo_a60903.html

29. Direction de la Santé. Centre de prévention et de soin des addictions (CPSA) – DSP [Internet]. 2022 [cité 31 juill 2022]. Disponible sur: <https://www.service-public.pf/dsp/centre-prevention-soin-addictions/>
30. Bourdoncle R. Rapport d'activité 2021 du Centre de Prévention et de Soins des Addictions (CPSA). Direction de la Santé; 2022 févr p. 15.
31. Bergeron H, Kokoreff M. L'ice (méthamphétamine) en Polynésie française : une enquête de terrain sur le trafic, la consommation et les politiques publiques. Niversité Polynésie Fr – Maison Sci L'Homme Pac. 1 août 2021;175.
32. Bellwood P, Tryon D, Fox JJ. The Austronesians. ANU Press; [cité 7 août 2022]. Disponible sur: <https://press.anu.edu.au/publications/series/comparative-austronesian/austronesians>
33. Chaliand G, Jan M, Rageau JP, Petit C. Atlas historique des migrations / Gérard Chaliand, Michel Jan, Jean-Pierre Rageau; cartographie de Catherine Petit. Paris : Ed. du Seuil;
34. Choin J, Mendoza-Revilla J, Arauna LR, Cuadros-Espinoza S, Cassar O, Larena M, et al. Genomic insights into population history and biological adaptation in Oceania. *Nature*. 22 avr 2021;592(7855):583-9.
35. de Bougainville LA. Voyage autour du monde. 1771.
36. Cook J. Relations de voyages autour du monde, 1768-1779. 1779. (Poche Littérature et voyages).
37. Oomah BD, Busson M, Godfrey DV, Drover JCG. Characteristics of hemp (*Cannabis sativa* L.) seed oil. *Food Chem*. 1 janv 2002;76(1):33-43.
38. Yang S. The Divine Farmer's Materia Medica: A Translation of the Shen Nong Ben Cao Jing. Blue Poppy Enterprises, Inc.; 1998. 236 p.
39. Douek P. Le cannabis médical, une nouvelle chance. Pourquoi ? Pour qui ? Comment ? 2020.
40. Bloomfield M. The Atharvaveda. The Atharvaveda. De Gruyter; 2019l
41. Susruta S. An English translation of the Sushruta samhita, based on original Sanskrit text. 1963. 673 p.
42. K.L. Bhisagaratna. Susruta-Samhita. 1908.
43. Ramesseum III Medical Papyrus. 1700.
44. Panoff M. Recettes de la Pharmacopée tahitienne traditionnelle. *J Agric Tradit Bot Appliquée*. 1966;13(12):619-40.
45. Moretti C, Butaud JF, Girgardi C. Médecine et pharmacopée végétale traditionnelles aux Iles Marquises. *Ethnopharmacologia*. 2015;(53):22.

46. Pétard P. Plantes utiles de Polynésie française et Raau Tahiti. *J Société Océan.* 1985;41(80):148-9.
47. Lexopol. Décret du 11/10/1927 [Internet]. Disponible sur: <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=410006&idr=117&np=2>
48. Lexopol. Arrêté n° 662 CM du 16/05/2001 [Internet]. Disponible sur: <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=152267&idr=117&np=2>
49. Singh YN. Kava: an overview. *J Ethnopharmacol.* 1 août 1992;37(1):13-45.
50. Aranui. Les pirogues polynésiennes, un art ancestral [Internet]. Aranui. 2021 [cité 8 août 2022]. Disponible sur: <https://www.aranui.com/blog/les-pirogues-polynesiennes-un-art-ancestral/>
51. Bambridge T, Le Meur PY. Savoirs locaux et biodiversité aux îles Marquises. Don, pouvoir et perte. *Rev Anthropol Connaiss.* 2018;12, 1(1):29-55.
52. Parrat E, François H, Courtois C, Yue S, Lutringer-Magnin D, Giroud M. Médecine intégrative. *Rev Mal Respir Actual.* 1 oct 2019;11(3):444-8.
53. Nicolas G. Chapitre 3. La transcription des savoirs thérapeutiques traditionnels à la lumière des droits des peuples autochtones. *J Int Bioéthique Déthique Sci.* 2021;32(3):51-69.
54. Quand la guérison passe par la médecine conventionnelle et traditionnelle [Internet]. Polynésie la 1ère. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://la1ere.francetvinfo.fr/polynesie/tahiti/polynesie-francaise/quand-la-guerison-passe-par-la-medecine-conventionnelle-et-traditionnelle-1178716.html>
55. Cadet-Taïrou A, Gandilhon M, Gérome C, Martinez M, Milhet M, Detrez V, et al. 1999-2019 : Les mutations des usages et de l'offre de drogues en France. :72.
56. Brugiroux MF, Beck F, Guignard R, Richard JB. Paka, alcool, tabac et autres drogues : niveaux et contextes des usages des jeunes Polynésiens. *Agora Débatsjeunes.* 2012;61(2):35-50.
57. Tororotua V. Enquête sur les comportements de santé des jeunes âgés de 13 à 17 ans, scolarisés en Polynésie française. *GSHS*; 2018.
58. Peaucellier T. Ea Taure'a - Direction de la Santé. Direction de la Santé; 2020.
59. Obradovic I. Drogues et Addiction dans les Outre-Mer. :84.
60. Palle C. Evolution des caractéristiques des personnes prises en charge dans les CSAPA en 2019. :25.
61. SPF. Enquête santé 2010 en Polynésie française : surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles [Internet]. [cité 20 août 2022]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/enquete-sante-2010-en-polynesie-francaise-surveillance-des-facteurs-de-risque-des-maladies-non-transmissibles>

62. La Dépêche de Tahiti. 4 629 pieds de paka découverts à Papara. actu.fr [Internet]. 31 oct 2017 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: https://actu.fr/polynesie-francaise/papeete_98735/4-629-pieds-de-paka-decouverts-a-papara_27941647.html
63. La Dépêche de Tahiti. 650 pieds de paka découverts à Huahine et Rikitea. actu.fr [Internet]. 8 févr 2019 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: https://actu.fr/polynesie-francaise/papeete_98735/650-pieds-de-paka-decouverts-a-huahine-et-rikitea_28002867.html
64. La Dépêche de Tahiti. Mille pieds de paka découverts en trois jours. actu.fr [Internet]. 2 oct 2020 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: https://actu.fr/faits-divers/mille-pieds-de-paka-decouverts-en-trois-jours_36538870.html
65. Todd E. L'origine des systèmes familiaux T1. Paris: Gallimard; 2011. 768 p.
66. Saura B. Des Tahitiens, des Français. Leurs représentations réciproques aujourd'hui. 2011. 144 p.
67. Saura B. Des Tahitiens, des Français. Essai sur l'assimilation culturelle en situation coloniale consentie. Vol. 2. 2021. 245 p.
68. La Dépêche de Tahiti. Pakaculture : la mine d'or à... 40 milliards de Fcfp ? 27 janv 2009;
69. Lexopol. Avis n° 85 CESEC du 28/10/2021 [Internet]. Disponible sur: <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=576725&idr=108&np=1>
70. Présentation du CESEC [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: http://cesec.pf/index.php/presentation_du_cesc
71. Lexopol. Arrêté n° 248 PR du 30/03/2022 [Internet]. Disponible sur: <http://lexpol.cloud.pf/LexpolAfficheTexte.php?texte=584082&idr=108&np=1>
72. MANA BLISS [Internet]. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.facebook.com/manablissconsciousness>
73. La Dépêche de Tahiti. Paka thérapeutique : le « coup de gueule » de THC. actu.fr [Internet]. 8 févr 2022 [cité 29 mai 2022]; Disponible sur: https://actu.fr/societe/paka-therapeutique-le-coup-de-gueule-de-thc_48552025.html
74. Naissance du premier Syndicat polynésien du chanvre [Internet]. actu.fr. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: https://actu.fr/societe/naissance-du-premier-syndicat-polynesien-du-chanvre_47577655.html
75. Nationale A. Réglementation et impact des différents usages du cannabis : adoption du rapport d'information [Internet]. Assemblée nationale. [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.assemblee-nationale.fr/dyn/actualites-accueil-hub/reglementation-et-impact-des-differents-usages-du-cannabis-adoption-du-rapport-d-information>
76. Sérié P. Cannabis : Un colloque en Polynésie pour poser le débat [Internet]. Principes actifs. 2021 [cité 21 août 2022]. Disponible sur: <https://www.principesactifs.org/cannabis-un-colloque-pour-poser-le-debat/>

77. 1er colloque sur le cannabis en Polynésie française [Internet]. La Présidence de la Polynésie française. [cité 26 août 2022]. Disponible sur: <https://www.presidence.pf/1er-colloque-sur-le-cannabis-en-polynesie-francaise/>
78. Jouvét M. Le sommeil et le rêve. Odile Jacob. 1992. 242 p.
79. Samoyeau A. Bruno Saura : « Les Tahitiens commencent malgré eux à ressembler à des Français » [Internet]. TAHITI INFOS, les informations de Tahiti. [cité 23 août 2022]. Disponible sur: https://www.tahiti-infos.com/Bruno-Saura-Les-Tahitiens-commencent-malgre-eux-a-ressembler-a-des-Francais_a205064.html
80. Faa'a d'antan : L'ouverture de l'aéroport de Tahiti Faaa en 1961 [Internet]. Tahiti Heritage. 2014 [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://www.tahitiheritage.pf/aeroport-tahiti-faaa/>
81. Hawaiian dictionary — Ulukau books [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <https://puke.ulukau.org/ulukau-books/?a=d&d=EBOOK-PED.1.336&e=-----en-20--1--txt-txPT----->
82. Académie Tahitienne - Fare Vāna'a [Internet]. [cité 24 août 2022]. Disponible sur: <http://farevanaa.pf/dictionnaire.php>
83. Compston A, Coles A. Multiple sclerosis. *Lancet Lond Engl.* 25 oct 2008;372(9648):1502-17.
84. Rosati G. The prevalence of multiple sclerosis in the world: an update. *Neurol Sci Off J Ital Neurol Soc Ital Soc Clin Neurophysiol.* avr 2001;22(2):117-39.
85. Roques B. Rapport du professeur Bernard Roques. France; 1998.
86. Fergusson DM, Horwood LJ, Lynskey MT, Madden PAF. Early Reactions to Cannabis Predict Later Dependence. *Arch Gen Psychiatry.* 1 oct 2003;60(10):1033-9.
87. Roffman R, Stephens RS. Cannabis Dependence: Its Nature, Consequences and Treatment. Cambridge University Press; 2006. 416 p.
88. Blecha L, Benyamina A. Cannabis et troubles psychotiques. *Inf Psychiatr.* 2009;85(7):641-5.
89. Airagnes G, Pelissolo A, Lavallée M, Flament M, Limosin F. Benzodiazepine Misuse in the Elderly: Risk Factors, Consequences, and Management. *Curr Psychiatry Rep.* oct 2016;18(10):89.
90. Girard R. Je vois Satan tomber comme l'éclair. Grasset. 1999. 297 p.