



N° 4283

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

QUINZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 28 juin 2021.

RAPPORT D'INFORMATION

DÉPOSÉ

en application de l'article 145 du Règlement

PAR LA MISSION D'INFORMATION COMMUNE ⁽¹⁾

relative à la réglementation et à l'impact des différents usages du cannabis

Président

M. ROBIN REDA

Rapporteur général

M. JEAN-BAPTISTE MOREAU

Rapporteurs thématiques

MME CAROLINE JANVIER ET M. LUDOVIC MENDES

Députés

(1) La composition de cette mission figure au verso de la présente page.

La mission d'information sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis est composée de : M. Robin Reda, président ; M. Jean-Baptiste Moreau, rapporteur général ; Mme Agnès Firmin Le Bodo, M. Philippe Latombe, M. Éric Poulliat et Mme Michèle Victory, vice-présidents, Mme Caroline Janvier et M. Ludovic Mendes, rapporteurs thématiques, MM. Ugo Bernalicis, Moetai Brotherson, François-Michel Lambert et Éric Pauget, secrétaires, Mme Bérandère Abba, M. Saïd Ahamada, Mmes Valérie Bazin-Malgras et Sylvie Charrière, MM. Rémi Delatte, Loïc Dombreval, Jean-Pierre Door, Mme Nicole Dubré-Chirat, MM. Roland Lescure, Gérard Manuel, Pierre Morel-À-L'Huissier, Xavier Paluszkiewicz, Mme George Pau-Langevin, MM. Jean-Pierre Pont et Benoit Potterie, Mmes Cathy Racon-Bouzon, Huguette Tiegna et Michèle de Vaucouleurs.

SOMMAIRE GLOBAL

—

Page

AVANT-PROPOS ROBIN REDA, PRÉSIDENT	5
AVANT-PROPOS DE JEAN-BAPTISTE MOREAU, RAPPORTEUR GÉNÉRAL.....	7
AVANT-PROPOS DE LUDOVIC MENDES, RAPPORTEUR THÉMATIQUE	11
AVANT-PROPOS DE CAROLINE JANVIER, RAPPORTEURE THÉMATIQUE	15
RAPPORT SUR L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DU CANNABIS.....	17
RAPPORT SUR LE « CHANVRE BIEN-ÊTRE ».....	87
RAPPORT SUR LE CANNABIS RÉCRÉATIF	185
EXAMEN EN COMMISSION	459
Liste des personnes auditionnées par la mission d'information	461

AVANT-PROPOS DE ROBIN REDA, PRÉSIDENT

Un débat inédit s'est invité à l'Assemblée nationale avec la création de la mission d'information commune sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis. Derrière un intitulé pouvant être jugé provocateur se trouve un débat de société qui aborde tous les pans de notre vie commune : la sécurité, la santé, l'alimentation et l'avenir de nos territoires. Car le cannabis n'est pas que de la drogue, c'est avant tout une plante dont les usages millénaires ont permis aux civilisations antiques et modernes de naviguer (cordages en chanvre), de diffuser leur savoir (manuscrits en chanvre au Moyen-Âge) ou encore d'alimenter des traités de médecine.

C'est la prise en considération de l'état d'ivresse cannabique et des dérives de l'usage de la plante, principalement par la voie fumée, qui ont dans l'Histoire contemporaine renvoyé le chanvre à une image négative et diabolisée. Sur le plan agricole et industriel, la concurrence montante du bois et des matières premières synthétiques a anesthésié peu à peu l'économie chanvrière. Cette dernière subsiste néanmoins et tend à trouver une nouvelle voie de développement à l'heure des préoccupations écologiques

Pendant près d'un an, la mission d'information commune a entendu 226 personnes au cours de 75 auditions. Elle a abordé méthodiquement les différentes thématiques liées au cannabis : thérapeutique, « bien-être » et stupéfiant. Chaque rapport d'étape a donné lieu à une validation interne des membres de la mission et à une présentation publique. Ces points d'étape furent autant de moments utiles pour expliquer avec pédagogie le travail de la mission d'information et prendre des positions affirmées sur des sujets d'actualité, comme le lancement de l'expérimentation du cannabis à usage médical ou la condamnation de la France par la CJUE pour sa rigidité face à la vente de produits non-stupéfiants à base de cannabidiol.

Un débat doit maintenant s'ouvrir hors les murs de l'Assemblée Nationale. Il touche à notre vie collective et interroge notre rapport à une substance majoritairement appréhendée sous son usage psychotrope. Le débat sur la réglementation du cannabis stupéfiant a occupé la fin de nos travaux et capté l'attention médiatique. Dans ce débat, on ne peut que regretter les incompréhensions et les raccourcis souvent liés à des abus de langage : les rapporteurs ont tenté d'y parer, et nous ne pouvons que reconnaître leur travail de pédagogie.

Au regard de nos travaux et des évolutions à l'œuvre dans d'autres pays, notre connaissance « des » cannabis et leurs différentes réglementations sont appelées à évoluer en France. C'est donc désormais à la fois une question de calendrier et de volonté politique. Ou bien nous courrons le risque de continuer de subir toutes les conséquences négatives de notre refus des réalités.

AVANT-PROPOS DE JEAN-BAPTISTE-MOREAU, RAPPORTEUR GÉNÉRAL

Après plus de 18 mois d'auditions et de travaux, la mission d'information relative à la réglementation et à l'impact des différents usages du cannabis présente aujourd'hui son rapport définitif.

Collectivement et de tout bord politique, les membres de la mission ont travaillé afin d'appréhender le cannabis de la manière la plus pragmatique et dépassionnée possible, loin des postures idéologiques et dogmatiques, pour réfléchir à une évolution réglementaire qui puisse à la fois répondre à des enjeux de santé publique, sociaux, économiques et agricoles.

Le constat global sur la question du cannabis sous tous ces usages est que notre pays est à la traîne.

Si l'expérimentation du cannabis thérapeutique a enfin pu être lancée pendant que la mission poursuivait ses travaux, la question de sa pérennisation doit être largement et collectivement soutenue. Combien de patients nous ont contactés ces derniers mois, pour nous demander de pouvoir bénéficier de l'expérimentation car leurs douleurs n'étaient plus supportables ? Combien de patients souffrent encore et ne peuvent pas avoir accès à ces produits qui soulageaient un peu leurs douleurs ? Nous devons pérenniser cette expérimentation. Nous devons le faire pour eux.

Pendant de nombreux mois, nous avons également tenté d'appréhender de façon pragmatique, scientifique et médicale grâce aux multiples auditions menées, la question du cannabidiol (CBD). Ce sujet, dont les derniers rebondissements jurisprudentiels nous obligent à avancer sur le volet de la réglementation est particulièrement ardu tant le CBD est perçu par une grande partie de notre classe politique et dirigeante comme une drogue. Cette posture, à défaut d'être politique, est en réalité erronée et infondée. Grâce à l'arrêt de la Cour de justice de l'Union européenne en novembre dernier, la jurisprudence européenne a dénué le CBD de caractère psychotrope. Le CBD ne présente aucun risque pour la santé publique.

Alors, combien de temps allons-nous continuer à en faire la victime collatérale du cannabis récréatif, du joint, du splif ? Nombreux sont les consommateurs qui en vantent les bienfaits, sur leur stress, leur anxiété, leurs douleurs articulaires.

Alors encore une fois, jusqu'à quand allons-nous rester dans cette posture politique qui freine aujourd'hui l'émergence d'une filière française – que tant d'agriculteurs attendent – tout en continuant de vendre des produits à base de CBD dont la teneur en THC est supérieure à celle que nous voulons instaurer et qui est pourtant légale chez nos voisins ?

Jusqu'à quand sacrifier le potentiel de NOS producteurs au détriment de nos voisins européens ? Nos producteurs sont prêts, enthousiastes, engagés.

Enfin, la question du cannabis récréatif divise et oppose les tenants d'une répression-pour-tous aux défenseurs d'une politique de santé publique. Si le débat est loin d'être tranché et que les camps s'opposent, tout laisse à penser que le sujet fera définitivement partie d'arguments politiques défendus aux prochaines échéances électorales.

J'ai eu la chance d'être nommé rapporteur général de la mission d'information pendant 18 mois et j'ai également cumulé cette fonction avec celle de rapporteur thématique sur le volet du cannabis thérapeutique.

Ainsi, concernant plus précisément le cannabis thérapeutique, le décret, prévu par l'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020, devant définir les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation du cannabis thérapeutique, a finalement été publié le 7 octobre 2020 ⁽¹⁾, soit peu de temps après la publication du rapport d'étape de la mission.

Ce décret suit les lignes directrices strictes qui avaient été tracées par le CST de l'ANSM au début de l'année 2020. Il prévoit notamment que l'usage médical du cannabis sera autorisé « pour certaines indications thérapeutiques ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles ». 3 000 patients seront traités et suivis dans le cadre de cette expérimentation qui aura une durée de deux ans à compter de la première prescription, au plus tard le 31 mars 2021. Le décret précise que, afin de garantir leur qualité, leur sécurité et leur usage thérapeutique, les produits seront soumis aux référentiels pharmaceutiques et seront soumis au régime des médicaments stupéfiants, justifiant notamment l'encadrement strict des conditions de détention et de transport par les intéressés ou, en cas d'impossibilité, par leurs proches ou soignants.

Le décret prévoit que le directeur général de l'ANSM arrête la liste des entreprises retenues pour participer à l'expérimentation et fournir, à titre gratuit, les médicaments dont les conditions de prescription et de délivrance sont précisées.

Les conditions de l'expérimentation ainsi définies, l'ANSM a ouvert un appel à candidatures le 19 octobre 2020 à l'issue duquel, sur la base d'un cahier des charges exigeant – respect des bonnes pratiques de culture et de fabrication, de qualité des médicaments et de sécurisation du circuit de distribution – elle a sélectionné, le 25 janvier 2021, six binômes fournisseurs-exploitants chargés de la fabrication et la distribution des médicaments qui seront disponibles sous forme d'huile, pour une administration par voie orale, ou de fleurs séchées, permettant une inhalation après vaporisation ⁽²⁾.

(1) Décret n° 2020-1230, relatif à l'expérimentation de l'usage médical du cannabis

(2) <https://ansm.sante.fr/actualites/decision-du-25-01-2021-fixant-la-liste-des-entreprises-retenues-pour-fournir-et-distribuer-a-titre-gratuit-les-medicaments-a-base-de-cannabis-dans-le-cadre-de-l-exp experimentation-prevue-a-l'article-43-de-la-loi-ndeg-2019-1446-du-24-decembre-2019>

On ne peut que regretter la surreprésentation des entreprises étrangères faute de développement d'une filière française de production du cannabis thérapeutique.

Les patients ont par ailleurs été répartis par pathologies en cinq groupes : 750 patients dans les douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapies (médicamenteuses ou non) accessibles ; 500 patients dans certaines formes d'épilepsie pharmaco-résistantes ; 500 patients dans certains symptômes rebelles en oncologie, liés au cancer ou au traitement anticancéreux ; 500 patients dans les situations palliatives ; enfin, 750 patients dans la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou des autres pathologies du système nerveux central.

Le démarrage de la formation des professionnels de santé, la mise à disposition du registre national de suivi des patients ou encore l'approvisionnement des pharmacies, entre autres étapes importantes, ont été effectués au mois de mars. L'expérimentation a finalement débuté le 26 mars 2021 avec l'inclusion d'un premier patient au CHU de Clermont-Ferrand. Elle se poursuivra progressivement dans l'ensemble des 215 structures de référence, à savoir les services de centres hospitaliers spécialisés dans le traitement des pathologies visées par l'expérimentation, qui ont été sélectionnées par l'ANSM en lien avec les sociétés savantes concernées et se sont engagées sur la base du volontariat.

La mobilisation sur l'épidémie de la Covid-19 puis sur la vaccination a retardé la dynamique des inclusions par les services hospitaliers et les médecins généralistes, selon ce que les professionnels de santé ont indiqué à l'ANSM, mais au 21 juin 2021, 402 patients ont d'ores et déjà été inclus dans l'expérimentation (soit 144 de plus qu'en mai) : 173 patients pour des douleurs neuropathiques, 86 pour l'épilepsie, 82 souffrant de sclérose en plaques, 30 pour certains symptômes rebelles en oncologie, 24 dans les situations palliatives et 7 dans la spasticité douloureuse hors sclérose en plaques.

226 structures de référence sont à ce jour engagées dans l'expérimentation, soit plus que ce qui était initialement prévu, avec une grande majorité de médecins formés dans les services hospitaliers (188) et de pharmaciens formés (121). 89 services hospitaliers ont inclus au moins un patient, 137 n'en ont pas encore inclus. La dynamique de participation des médecins libéraux est également intéressante : 52 généralistes formés ainsi que des pharmaciens d'officine qui prennent le relais des pharmacies hospitalières : 28 % des patients ont maintenant désigné un pharmacien de ville pour délivrer les médicaments.

L'approvisionnement des médicaments par les producteurs étrangers, associés à des laboratoires pharmaceutiques français, se passe bien. Quelques problèmes d'ordre logistique constatés dans les premiers jours, mais sans conséquences cliniques sur les patients – problèmes de fuite sur certains bouchons de flacons d'huile ou d'écoulement d'huile après utilisation – ont été résolus, notamment par des mesures d'éducation pour un meilleur prélèvement de l'huile dans les flacons. Pour le moment, les médicaments dispensés sont uniquement des huiles (à base de CBD et THC), et mi-juillet seront mis à disposition des patients des fleurs, associées à un dispositif de vaporisation, sélectionné par l'ANSM suite à un appel d'offres.

Un comité de suivi de l'expérimentation, chargé de suivre le déroulé de l'expérimentation et de proposer le cas échéant des mesures d'adaptation pour améliorer le fonctionnement du projet, a été créé le 8 juin et pour 2 ans par la Directrice générale de l'ANSM. Présidé par le professeur Nicolas Authier, il compte 4 patients, 4 médecins en charge des indications de l'expérimentation, d'un médecin généraliste, d'un pharmacien d'officine et hospitalier, de 2 représentants des réseaux de vigilance de l'ANSM (Pharmaco et addictovigilance) et d'un représentant de la DGS. Il se réunira chaque mois, pendant toute la durée de l'expérimentation.

Moins de trois mois après le lancement de l'expérimentation, l'ANSM indique que les retours sont bons concernant les patients traités avec parfois une efficacité qualifiée de « magique » par certains médecins.

On ne peut que se féliciter du lancement réussi de cette expérimentation. Deux points d'attention néanmoins. Le nombre de patients concernés est d'abord encore extrêmement bas alors que les attentes sont très grandes : il faudra rapidement en augmenter le nombre et préparer la généralisation. On rappellera que l'expérimentation n'a pas pour vocation de vérifier l'efficacité du traitement mais simplement d'en sécuriser les modalités de production, de distribution et de suivi des patients.

Par ailleurs, on ne peut que regretter que ne soit toujours pas autorisée la mise en place d'une filière française du cannabis thérapeutique alors que nous disposons de toutes les compétences nécessaires que ce soit pour la production, la transformation ou la distribution.

AVANT-PROPOS DE LUDOVIC MENDES, RAPPORTEUR THÉMATIQUE

Au regard de ses multiples facettes, le chanvre est une plante étonnamment peu connue. En dépit d'une histoire multiséculaire, son image reste attachée à celle, controversée, de son principe stupéfiant, le delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), ce qui focalise le débat public autour de son utilisation à des fins thérapeutiques ou « récréatives ». Dès lors, il n'est guère surprenant que **l'usage des composantes non stupéfiantes du chanvre**, parmi lesquelles on dénombre une bonne centaine de cannabinoïdes, soit difficile à appréhender de manière sereine et objective.

Présenté parfois du « cannabis légal » ou « *light* », le cannabidiol (CBD) est victime de son succès foudroyant auprès de consommateurs à la recherche de produits de bien-être naturels⁽¹⁾. Tout aussi soutenue avec enthousiasme que décriée par ceux qui y voient qu'un marché lucratif incontrôlé, cette molécule fait l'objet de **commentaires approximatifs et souvent erronés** quant à ses effets ou au régime juridique applicable.

Pour cette raison, la mission d'information a souhaité, au travers du rapport d'étape publié en février dernier sur le « chanvre bien-être », **faire œuvre de pédagogie**. Ses travaux ont permis de rappeler que, s'il est impossible d'extraire du CBD de manière naturelle sans conserver des traces de THC, les principes actifs de la molécule, **essentiellement relaxants**, n'ont **aucun effet stupéfiant**. S'agissant du cadre réglementaire, les parlementaires ont mis en avant l'extrême fragilité qui s'attache aux interdictions posées par l'arrêté ministériel du 22 août 1990, toujours applicable à l'heure actuelle. Ils ont appelé le Gouvernement à **faire preuve d'audace** en allant au-delà de ce qu'impose la Cour de justice de l'Union européenne dans son arrêt dit « Kanavape » du 19 novembre 2020.

Plus précisément, la mission d'information a estimé qu'il était temps d'impulser la mise en place d'une **filière française de production du « chanvre bien-être »** en autorisant la culture et l'exploitation de la fleur de chanvre en deçà de teneurs en THC situées entre 0,6 % et 1 %, en fixant pour chaque catégorie de produits finis un seuil de THC intégrant le niveau de toxicité lié à son ingestion et en renforçant parallèlement les garanties offertes aux consommateurs en termes de contrôle des produits et de transparence des informations délivrées.

Au regard de ces préconisations, les annonces effectuées par le cabinet du Premier ministre le 25 mai dernier⁽²⁾ sont décevantes.

(1) *Le CBD séduit les entrepreneurs français, malgré des risques* (Les Echos, 3 juillet 2020), *Le CBD, une huile presque essentielle ?* (Libération, 15 janvier 2021).

(2) <https://www.sudouest.fr/france/cannabidiol-la-france-va-autoriser-les-produits-au-cbd-et-interdire-la-vente-des-fleurs-3130449.php>.

La France serait, ainsi, disposée à autoriser la culture et l'exploitation de la fleur de chanvre et à autoriser la commercialisation de produits finis contenant du CBD. Toutefois, **aucun relèvement du taux de THC autorisé en culture**, actuellement de 0,2 %, ne serait envisagé. Par ailleurs, selon les informations disponibles, une **teneur unique en THC de 0,2 %** serait appliquée aux produits finis sans qu'une distinction soit opérée selon le mode d'ingestion du produit ⁽¹⁾. Enfin, **la vente de fleurs resterait interdite**.

Ces orientations, si elles étaient confirmées, refléteraient à la fois un manque d'ambition de la part du Gouvernement et, surtout, **une absence de considération des travaux effectués par les parlementaires de manière transpartisane**. On rappellera, à cet égard :

- qu'en maintenant un taux très bas, notre pays **donne indirectement un avantage concurrentiel à ses concurrents**, qui pourront désormais introduire sur le marché français des produits finis contenant du CBD issu de variétés de chanvre plus riches en THC et qu'un taux de THC en culture supérieur à 0,6 % permettrait, au contraire, à la France de se positionner parmi les plus avancés au niveau européen en termes de diversité variétale ⁽²⁾ ;

- que le taux de 0,2 % retenu constitue **un handicap pour les outre-mer**, les contraintes climatiques de ces territoires s'accommodant peu de teneurs aussi basses ;

- qu'un tel seuil de THC **rendra d'autant plus difficile la mise en œuvre de contrôles performants pour les fleurs en circulation**, les tests de détection instantanée actuellement disponibles étant peu fiables en présence de faibles teneurs, ce qui est paradoxal au regard de l'objectif de sécurité publique affiché par le Gouvernement ;

- que le choix d'une teneur maximale unique dans les produits finis sans tenir compte du degré de risque toxicologique spécifique à chaque catégorie **expose la France à de nouveaux risques contentieux au niveau de l'Union européenne** dans la mesure où la CJUE impose aux États membres, dans son arrêt « Kanavape », de légitimer par des seules considérations de « santé publique » les éventuelles restrictions à l'importation de produits finis contenant du CBD ;

- que la réglementation française comporte de multiples facilités, en particulier celles liées au statut de « produit à fumer à base de plantes autres que le tabac », permettant de **rassurer le consommateur quant à l'innocuité des produits au CBD, fleur comprise**, auxquels il serait confronté ;

- que le choix opéré ne règle pas en tant que tel certaines questions connexes, mais essentielles, notamment celle de la **sécurité routière**, dès lors qu'il sera possible pour un consommateur de CBD d'être sanctionné au même titre qu'un fumeur de cannabis récréatif.

(1) Les travaux de la mission d'information ont montré que les effets du THC sur l'organisme étaient plus forts lorsque le produit était fumé que lorsqu'il était ingéré au travers d'un produit alimentaire. Par ailleurs, il apparaît peu cohérent d'imposer aux cosmétiques le même seuil de THC que pour une huile ou un e-liquide.

(2) Actuellement, sous réserve de l'aboutissement d'une réforme en cours en République tchèque, les autres pays de l'Union européenne autorisent généralement entre 0,2 % et 0,3 % de THC en culture (0,6 % en Italie).

Le récent arrêt, en date du 23 juin dernier, de la chambre criminelle de la Cour de cassation ⁽¹⁾, **confirme l'extrême fragilité juridique de la position du Gouvernement sur la fleur au regard des principes posés par la jurisprudence européenne** : en appliquant aux sommités florales le raisonnement tenu par la CJUE sur les produits transformés, le juge national invite les autorités françaises à prendre en considération les législations en vigueur dans les autres États membres de l'Union européenne et **exclut désormais toute restriction de commercialisation qui ne serait pas fondée sur un risque de santé publique préalablement documenté**.

D'un point de vue plus général, la mission d'information appelle le Gouvernement à profiter des opportunités offertes par le droit de l'Union européenne pour progresser dans la voie d'une **harmonisation des réglementations applicables au CBD** et essayer d'obtenir, au travers de la procédure dite des « Nouveaux aliments », **un avantage comparatif pour les produits français sur le marché européen**.

(1) Arrêt n° 810 du 23 juin 2021 (20-84.212).

AVANT-PROPOS DE CAROLINE JANVIER, RAPPORTEURE THÉMATIQUE

Près de six semaines après la publication du rapport d'étape consacré au cannabis récréatif, la publication du rapport final de la mission d'information commune sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis est l'occasion de revenir sur la méthode qui a été celle de la mission sur l'ensemble des thèmes traités, et en particulier sur celui du cannabis récréatif.

Loin de toutes considérations morale ou idéologique, souhaitant avoir une approche dépassionnée du dossier, l'approche a été avant tout pragmatique, avec deux questions simples : les objectifs poursuivis par la politique publique relative au cannabis sont-ils atteints ? Et n'existe-t-il pas d'autres méthodes permettant d'atteindre plus efficacement ces objectifs ?

Pour répondre à ces questions, le rapport a d'abord dressé un bilan de la politique de répression menée depuis 50 ans, bilan sécuritaire, économique et évidemment sanitaire. Le bilan est incontestablement mauvais : la lutte contre le trafic et la consommation de cannabis mobilisent énormément de ressources publiques pour un résultat au mieux incertain ; la France reste l'un des premiers pays consommateurs, en particulier chez les jeunes, et la violence liée aux trafics entrave les promesses de la République dans certains quartiers.

Partant de ce constat, le rapport s'est intéressé aux exemples étrangers : alors que la prohibition a longtemps été la règle de par le monde, les États-Unis étant porteurs de cette inefficace « guerre contre la drogue », le paysage international a profondément changé ces quinze dernières années, certains pays, et non des moindres, franchissant le pas de la légalisation. Ce détour, indispensable, par l'international a aussi permis de constater qu'il existait des modèles très différents de légalisation selon la place qui était laissée au marché (tout-puissant dans certains États américains) et à l'État (dominant au Paraguay), le Canada faisant office de dispositif intermédiaire.

Dès lors, le rapport tente d'esquisser ce que pourrait être un modèle français de légalisation du cannabis en dressant la liste des questions auxquelles devrait répondre un législateur éclairé. Il ne s'agit évidemment pas de permettre la vente de cannabis sans aucun contrôle ni d'encourager la consommation mais bien de donner la priorité à la santé publique et de développer les actions de prévention, aujourd'hui rendues impossibles par la priorité donnée au répressif.

Loin de tout laxisme, il s'agit au contraire de proposer une légalisation encadrée pour reprendre le contrôle d'un trafic qui est aujourd'hui aux mains des réseaux mafieux. L'objectif est bien de contrôler la production (en encadrant par exemple le taux maximum de THC), la distribution (en octroyant des licences à des boutiques spécialisées) mais aussi la consommation (en interdisant strictement la vente aux mineurs et en instaurant une « loi Evin » du cannabis).

Au final, ce que propose le rapport est ni plus ni moins d'appliquer au cannabis la seule politique de santé publique qui ait fait ses preuves dans le domaine des stupéfiants, à savoir la réduction des risques.

Ce dispositif de légalisation encadrée peut bien sûr être discuté et contesté et le rapport pose plus de questions qu'il n'apporte de réponses : c'est maintenant aux citoyens de se saisir de ce problème et le succès de la consultation citoyenne a montré qu'ils y étaient prêts.

**SOMMAIRE DU RAPPORT
SUR L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DU CANNABIS**

	Page
AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT	21
SYNTHÈSE DU RAPPORT	23
LISTE DES PROPOSITIONS	25
INTRODUCTION	27
I. L'USAGE DU CANNABIS À DES FINS THÉRAPEUTIQUES SE DÉVELOPPE DANS DE NOMBREUX PAYS	29
A. LE RETOUR EN GRÂCE DU CANNABIS DANS LA PHARMACOPÉE INTERNATIONALE	29
1. Le déclin au cours du XX ^e siècle	29
2. Un regain certain au tournant du XXI ^e siècle	30
B. QUELQUES ÉLÉMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE	33
1. Un pays pionnier : Israël	33
2. L'usage thérapeutique du cannabis sur le continent américain	35
a. Au Canada, un droit constitutionnel	35
b. État fédéral et États fédérés aux États-Unis : une situation contrastée	36
3. Le cannabis thérapeutique en Europe	40
a. Les Pays-Bas, à l'avant-garde	41
b. L'Allemagne	42
c. Le Royaume-Uni	43
d. Problématiques de la prohibition : l'exemple de la Belgique	45
e. Quelques caractéristiques et différences entre pays européens	46
C. LA SITUATION DU CANNABIS THÉRAPEUTIQUE EN FRANCE	48
a. Un bref historique	48
b. Un usage illégal mais fréquemment pratiqué	52

II. UNE EXPÉRIMENTATION TRÈS ATTENDUE, QUI A PRIS UN RETARD FORT REGRETTABLE	55
A. LE CADRE DE L'EXPÉRIMENTATION	56
1. Les jalons posés par le comité	56
a. Le principe de l'expérimentation.....	56
b. Les éléments de cadrage	57
c. Des propositions entérinées par l'ANSM.....	57
2. Les modalités de l'expérimentation	58
a. Les médicaments	58
b. Les conditions de prescription et de délivrance	58
c. Les contre-indications et précautions d'emploi.....	59
d. Le suivi des patients et l'évaluation des effets indésirables.....	59
e. Le calendrier et l'évaluation de la phase expérimentale	59
f. La communication.....	59
3. Un cadre rigoureux à la hauteur de l'ambition	60
a. Les raisons d'un cadre strict.....	60
b. L'assentiment général quant au cadre détaillé qui a été posé.....	61
4. Des exigences qui ne divergent pas fondamentalement de ce qui se pratique à l'étranger	63
a. Des conditions qui se retrouvent également dans d'autres pays.....	63
b. Des garanties de succès.....	63
B. PLUS AUCUN RETARD NE DOIT ÊTRE DÉSORMAIS PRIS	64
1. Si la mobilisation de l'ANSM est remarquable	64
a. Des travaux à marche forcée	64
b. Les moyens de l'ANSM renforcés malgré la crise sanitaire.....	65
2. Le lancement de l'expérimentation a pris un retard préoccupant	66
a. Le report annoncé en juin et ses conséquences	66
b. Où en est l'élaboration du décret ? Ou les lenteurs de l'interministériel.....	67
c. L'inquiétude de certaines associations de patients	68
III. AU SORTIR DE L'EXPÉRIMENTATION : SÉCURISER LES PATIENTS ET LES PROFESSIONNELS ET CRÉER LES CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT D'UNE FILIÈRE FRANÇAISE	70
A. SÉCURISER LES PATIENTS FRANÇAIS DANS L'HYPOTHÈSE D'UNE PÉRENNISATION DE L'EXPÉRIMENTATION	70
1. Définir clairement le statut du cannabis thérapeutique pour en assurer le remboursement effectif	70
a. Le cas des spécialités pharmaceutiques à base de cannabis disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM)	72

b. En cas de statut particulier défini pour certains produits du cannabis thérapeutique	74
c. En cas d’inscription de ces produits du cannabis dans la catégorie des dispositifs médicaux	75
2. Approfondir la question des tests afin de permettre la conduite automobile lorsque les effets du cannabis ont cessé	75
3. Étendre la formation à l’ensemble des professionnels.....	77
4. Envisager l’élargissement de l’usage du cannabis thérapeutique à d’autres indications	78
B. CRÉER LES CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT D’UNE FILIÈRE FRANÇAISE.....	79
1. Le cannabis thérapeutique représente un important marché qu’il importe d’ouvrir aux acteurs français.....	79
a. La culture du chanvre à visée thérapeutique représente un important marché abandonné aux entreprises et aux producteurs étrangers	79
b. De nombreux acteurs français sont aujourd’hui prêts à produire.....	81
2. Lever dès à présent les freins politiques, juridiques et administratifs qui empêchent, pour l’heure, la constitution d’une filière française	82
a. La mission regrette l’absence d’un véritable dialogue interministériel, préalable nécessaire au développement d’une filière française.....	82
b. Une modification du droit est aujourd’hui urgente pour permettre le développement rapide d’une filière française	83
c. Organiser et réguler la production de cannabis et de médicaments à base de cannabis.....	84

AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT

L'Assemblée nationale a, au début de l'année 2020, constitué en son sein une mission d'information sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis. Signe de l'importance du sujet, cette mission d'information est commune à six commissions permanentes : la commission des affaires économiques, la commission des affaires sociales, la commission des lois, la commission des finances, la commission des affaires culturelles et éducatives et la commission du développement durable.

L'objectif de la mission d'information, composée d'une trentaine de parlementaires de la majorité et des différents groupes d'opposition, est de proposer un état des lieux et d'explorer les enjeux liés aux différents usages du cannabis (thérapeutique, bien-être et récréatif) et à la filière du chanvre.

Après avoir consacré ses premières auditions à un panorama général sur la situation du cannabis en France, la mission s'est concentrée sur la question du cannabis thérapeutique, sous la houlette de la rapporteure thématique Mme Emmanuelle Fontaine-Domeizel, dont le mandat s'est malheureusement interrompu avant la publication du rapport, mais à qui je souhaite rendre hommage pour son investissement sur le sujet et sa détermination. Sans rien enlever au talent du rapporteur général, Jean-Baptiste Moreau, le présent rapport est en grande partie le sien.

Au cours de ses auditions, la mission a entendu l'ensemble des acteurs du dossier du cannabis thérapeutique : médecins, chercheurs, patients... Et, bien sûr, toutes les administrations concernées. Elle n'a néanmoins pas souhaité doubler les travaux conduits au sein du comité spécialisé de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), ni trancher des débats scientifiques qui ne relèvent pas de sa compétence.

Son objectif était double : d'une part, s'assurer que l'expérimentation, décidée à l'unanimité par le législateur, soit effectivement lancée, et dans les meilleures conditions possible, et on ne peut que regretter le retard pris, en grande partie à cause de la crise sanitaire ; d'autre part, réfléchir à la sortie de l'expérimentation et à la pérennisation du dispositif, pour sécuriser les patients et permettre le développement d'une filière française du cannabis thérapeutique.

Le rapport formule donc dix propositions que je soutiens pleinement. L'attente est immense chez les patients, tout est maintenant prêt, il est temps d'agir.

À l'issue de ce rapport d'étape, la mission d'information va poursuivre ses travaux en se concentrant, dans un premier temps, sur la filière du chanvre et le cannabis « bien-être », puis, à compter du mois novembre, sur la question du cannabis récréatif.

Ces sujets, complexes et malheureusement trop souvent polémiques, méritent que le Parlement s'en saisisse pleinement, de manière approfondie et apaisée.

Robin Reda

SYNTHÈSE DU RAPPORT

L'Assemblée nationale a, au début de l'année 2020, constitué en son sein une mission d'information sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis. Signe de l'importance du sujet, cette mission d'information est commune à six commissions permanentes : la commission des affaires économiques, la commission des affaires sociales, la commission des lois, la commission des finances, la commission des affaires culturelles et éducatives et la commission du développement durable.

L'objectif de la mission d'information, composée d'une trentaine de parlementaires de la majorité et des différents groupes d'opposition, est de proposer un état des lieux et d'explorer les enjeux liés aux différents usages du cannabis (thérapeutique, bien-être et récréatif) et à la filière du chanvre.

La mission s'est d'abord concentrée sur la question du cannabis thérapeutique et le présent rapport d'étape est consacré à cet important dossier. En effet, après deux ans de travaux menés au sein de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), le Parlement a, l'an dernier, donné son feu vert au lancement d'une expérimentation sur deux ans du cannabis thérapeutique.

Ce lancement est une réponse attendue par de nombreux patients, professionnels de santé et acteurs agricoles qui y voient aussi une perspective de développement d'une filière d'avenir. Comme le montre le rapport, la France est, face à ses voisins européens, à la traîne sur la question du cannabis thérapeutique et l'ambition portée par tous et unanimement est de pouvoir accélérer la mise en place de cette expérimentation pour, à terme, la pérenniser de manière encadrée et définie.

Au cours de ses auditions, la mission a entendu l'ensemble des acteurs du dossier du cannabis thérapeutique : médecins, chercheurs, patients, agriculteurs... Et, bien sûr, toutes les administrations concernées. Elle n'a néanmoins pas souhaité doubler les travaux conduits au sein du comité spécialisé de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), ni trancher des débats scientifiques qui ne relèvent pas de sa compétence.

Son objectif était double : d'une part, s'assurer que l'expérimentation, décidée à l'unanimité par le législateur, soit effectivement lancée, dans les meilleures conditions possibles, et la mission regrette le retard pris, en grande partie à cause de la crise sanitaire ; d'autre part, réfléchir à la sortie de l'expérimentation et à la pérennisation du dispositif, pour sécuriser les patients et permettre le développement d'une filière française du cannabis thérapeutique.

LISTE DES PROPOSITIONS

– Publier le décret permettant le lancement de l'expérimentation et éviter tout nouveau report ;

– Afin d'en garantir le déroulement impartial, renoncer à la gratuité et définir le budget nécessaire à la réalisation de l'expérimentation ;

– Stimuler le dialogue interministériel afin de permettre le développement d'une filière entièrement française du cannabis thérapeutique ;

– Inscrire dans le code de la santé publique la possibilité de produire, transporter, fabriquer, importer, exporter, détenir, offrir, céder, acquérir et employer l'ensemble de la plante de cannabis ainsi que de variétés contenant plus de 0,2 % de THC afin de permettre, dans un cadre fixé par décret, de fournir des traitements à base de cannabis aux patients souffrant d'une liste de pathologie également fixée par décret ;

– Respecter strictement les critères de l'expérimentation initialement définis par le CSST ;

– Initier dès à présent une réflexion sur le statut des différents produits du cannabis thérapeutique afin de garantir que ces traitements puissent s'inscrire dans le cadre d'un parcours permettant leur remboursement ;

– Entamer une réflexion sur l'élargissement de la possibilité de prescrire du cannabis thérapeutique dans le cadre d'autres pathologies que celles retenues pour l'expérimentation ;

– Inclure dans les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu la prescription du cannabis et l'accompagnement des patients et étendre à l'ensemble des personnels soignants les efforts de formation destinés actuellement aux seuls médecins ;

– Confier à un organe public la régulation du cannabis thérapeutique, chargé du contrôle de la culture, de la qualité, de la transformation et du stockage des produits ;

– Renforcer la recherche sur les effets du THC sur les facultés des consommateurs afin de développer des tests adaptés et de fixer un seuil au-dessous duquel, pour les patients consommant du cannabis dans un cadre thérapeutique légal, la conduite automobile peut être autorisée.

INTRODUCTION

Après deux ans de travaux menés au sein de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM), le Parlement a donné son feu vert au lancement d'une expérimentation sur deux ans du cannabis thérapeutique.

Ce lancement est une réponse attendue par de nombreux patients, professionnels de santé et acteurs agricoles qui y voient aussi une perspective de développement d'une filière d'avenir. Face à ses voisins européens, La France est à la traîne sur la question du cannabis thérapeutique et l'ambition portée par tous et unanimement est de pouvoir accélérer la mise en place de cette expérimentation pour, à terme, la pérenniser de manière encadrée et définie.

L'objectif de l'expérimentation du cannabis thérapeutique est de pouvoir disposer d'une photographie complète des données scientifiques disponibles afin de définir les modalités strictes de prescription et de distribution de produits médicaux avec une exigence de qualité particulière.

Le rapport présente ainsi l'expérimentation telle qu'envisagée par l'ANSM avec un cadre strict et défini : liste des pathologies concernées par l'expérimentation, nombre de patients bénéficiant de cette expérimentation, modalités de distribution des produits.

L'objectif affiché de ce rapport est de sécuriser le dispositif afin de pouvoir avancer rapidement sur cette question, d'autant que des produits à base de cannabis ont déjà fait l'objet d'autorisations de mise sur le marché en France, mais qui, faute de consensus, ne sont pas distribués, mettant ainsi les patients qui pourraient en bénéficier, dans l'obligation de devoir se fournir sur des marchés étrangers, ou devant renoncer à l'accès à ces produits.

De plus, si ce rapport évoque les avancées que l'expérimentation permettra pour les patients qui en bénéficieront, il est également question d'avancer, accompagner et structurer le développement d'une filière nationale avec un programme ambitieux, offrant de nombreux débouchés pour nos agriculteurs et pour nos territoires.

La France est aujourd'hui sur la deuxième marche du podium des producteurs mondiaux de chanvre et l'expérimentation s'inscrit ainsi dans un objectif de souveraineté nationale sur un marché en plein essor.

La volonté affichée de ce rapport est de pouvoir aller vite : le premier levier à débloquer est ainsi de procéder à la publication du décret afin que l'expérimentation puisse commencer effectivement dès le 1^{er} janvier 2021.

Le présent rapport, et les dix propositions qu'il formule, a été adopté à l'unanimité par la mission d'information.

I. L'USAGE DU CANNABIS À DES FINS THÉRAPEUTIQUES SE DÉVELOPPE DANS DE NOMBREUX PAYS

L'usage thérapeutique du cannabis a connu un lent déclin au long du XX^e siècle. Politiques prohibitionnistes et évolution de la médecine l'ont fait progressivement disparaître de la pharmacopée de nombreux pays. Ses propriétés médicinales sont désormais reconsidérées et se développent de manière parfois très importante.

A. LE RETOUR EN GRÂCE DU CANNABIS DANS LA PHARMACOPÉE INTERNATIONALE

Utilisé pendant des milliers d'années à des fins thérapeutiques pour ses propriétés antiémétiques, antiépileptiques, antispastiques, antalgiques, anxiolytiques ou antihypertensives ⁽¹⁾, le cannabis – *ruderalis*, *sativa* ou *indica* – est l'une des plantes les plus anciennes de la pharmacopée, dont la première preuve d'utilisation date de 2 800 avant JC dans un traité de médecine traditionnelle chinoise.

1. Le déclin au cours du XX^e siècle

L'âge d'or de l'utilisation thérapeutique du cannabis a été le XIX^e siècle, où il était alors largement prescrit aux patients atteints de diverses pathologies – rage, rhumatisme, épilepsie, tétanos – ainsi que dans la prise en charge de la douleur. Cela étant, les innovations apportées par l'industrie pharmaceutique au début du XX^e siècle, concomitantes des politiques menées en France et dans le monde pour lutter contre l'usage des drogues, ont amorcé le déclin des prescriptions.

En effet, la difficulté des chercheurs à isoler les principes actifs du cannabis rendait leur dosage impossible et entraînait, consécutivement, une instabilité des préparations et un rôle thérapeutique incertain. Les médecins privilégièrent dès cette époque les nouvelles modalités – la voie injectable, qui ne pouvait être envisagée du fait de la non-solubilité des extraits de cannabis – et les nouveaux médicaments à leur disposition, à base de molécules stables aux effets cliniquement prouvés – aspirine, barbituriques, dérivés opiacés – tout en écartant les produits d'origine naturelle.

Par ailleurs, l'influence croissante de la politique prohibitionniste américaine, dont l'objectif d'interdiction du commerce et de la consommation des drogues s'est imposé au niveau international, a également contribué à ce déclin. Si, à la différence de l'opium, le cannabis n'est pas, au début du XX^e siècle, au centre des préoccupations car peu consommé, il n'en subit pas moins les effets des positions adoptées lors de la Conférence de Shanghai en 1909, qui pose le principe d'un meilleur contrôle international de l'économie de l'opium, et de celle de La Haye (1912), qui encadre la production, la vente et la consommation des opiacés.

(1) La lettre du Respadd réseau de prévention des addictions, n° 35, avril 2019.

Aujourd'hui encore, la réglementation internationale actuelle repose sur trois conventions : la convention unique sur les stupéfiants de 1961, qui a interdit tout usage du cannabis à des fins autres que médicales et scientifiques ⁽¹⁾, la convention sur les substances psychotropes de 1971 et la convention des Nations Unies contre le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes de 1988. Ces textes constituent toujours les fondements des politiques prohibitionnistes en vigueur dans la plupart des pays.

2. Un regain certain au tournant du XXI^e siècle

Cela étant, dans de nombreux pays, depuis les années 1990, un profond mouvement de réintroduction de l'usage thérapeutique du cannabis est à l'œuvre : aujourd'hui, les investissements et recherches de l'industrie pharmaceutique se développent considérablement, des essais cliniques sont menés, des évolutions réglementaires sont introduites et des autorisations sont données de la part des autorités sanitaires permettant aux médecins de prescrire du cannabis pour diverses pathologies, malgré les incertitudes scientifiques non encore levées. En 2015, à la demande de la Croatie et de la République tchèque, le cannabis a été intégré dans le programme de travail de la pharmacopée européenne. Des dizaines de milliers de patients sont aujourd'hui traités par cannabis dans le monde.

Force est de rappeler que la littérature internationale montre encore aujourd'hui une réelle perplexité quant aux effets thérapeutiques du cannabis, comme le met en évidence le tableau reproduit ci-dessous. Pour autant, des médicaments sont de nouveau fabriqués depuis les années 1980 avec des extraits cannabinoïdes ⁽²⁾. À ce jour, quatre médicaments à base de dérivés phyto-cannabinoïdes bénéficient d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) dans le monde :

– le Cesamet® (nabilone) depuis 1982, prescrit en cas de nausée, vomissement, cachexie sous chimiothérapie ou trithérapie ;

– le Marinol® (dronabinol) depuis 1985, prescrit en cas de nausée, vomissement, cachexie sous chimiothérapie ou trithérapie et douleurs réfractaires ;

– le Sativex® (nabiximols) depuis 2010, contre la douleur et la spasticité dans la sclérose en plaques, SEP ;

– l'Epidiolex® (cannabidiol) depuis 2018, en cas d'épilepsie réfractaire chez l'enfant ⁽³⁾.

(1) Article 49-2-f).

(2) Delta-9-tetrahydrocannabinol (Δ-9-THC), cannabidiol (CBD), et cannabinol (CBN) pour l'essentiel.

(3) La lettre du Respadd, n° 35, avril 2019.

**RÉSUMÉ DES DONNÉES SCIENTIFIQUES SUR L'USAGE MÉDICAL
DU CANNABIS ET DES CANNABINOÏDES ⁽¹⁾**

Maladie/symptômes	Produits testés	Validité des données	Limites
Nausées et vomissements associés à une chimiothérapie anticancéreuse	Cannabinoïdes	Faible	Peu d'études évaluent des antiémétiques plus récents et plus efficaces. Les nouveaux protocoles de chimiothérapie causent moins de nausées.
Stimulant de l'appétit chez les patients atteints de cachexie liée au sida	Dronabinol/ THC	Faible	Le nombre de cas liés au sida est désormais plus limité. Il existe peu de preuves de leur utilisation pour stimuler l'appétit chez les personnes atteintes d'autres affections.
Spasme musculaire chez les patients atteints de sclérose en plaques	Nabiximols	Modérée	Les patients font état de réduction, mais l'influence est plus limitée sur les évaluations des cliniciens.
DCNC, y compris douleurs neuropathiques	Cannabis et cannabinoïdes	Modérée	Effet faible (mais statistiquement significatif) par rapport au placebo.
Soins palliatifs en cas de cancer	Cannabinoïdes	Insuffisante	Des essais plus vastes et mieux conçus sont nécessaires
Épilepsie infantile réfractaire	CBD	Modérée	Données montrant l'utilisation dans un traitement d'appoint chez les personnes atteintes du syndrome de Dravet ou du syndrome de Lennox-Gastaut. D'autres études sont nécessaires pour évaluer la posologie, les interactions et l'utilisation chez les personnes atteintes d'autres formes d'épilepsie.
Autres usages médicaux, comme les troubles du sommeil, les troubles de l'anxiété, la dépression, les troubles neurodégénératifs et les maladies inflammatoires de l'intestin	Cannabis ou cannabinoïdes	Insuffisante	Données montrant des effets à court terme pour certaines pathologies (p. ex. troubles du sommeil), mais des essais plus vastes et mieux conçus sont nécessaires avec un suivi plus long.

Récemment, l'Organisation mondiale de la santé, OMS, a en outre affirmé de nouvelles positions. La réunion de juin 2018 de son comité d'experts de la pharmacodépendance a conclu qu'il y avait suffisamment de données disponibles pour procéder à un examen critique des plantes et résines de cannabis, des extraits et teintures de cannabis ainsi que du delta-9-THC, ce qui n'avait jamais été fait. Elle a notamment recommandé que les préparations considérées comme étant du cannabidiol (CBD) ne soient pas inscrites aux tableaux des conventions internationales relatives au contrôle des drogues et **jugé prometteuses certaines indications thérapeutiques**.

(1) Source : Observatoire européen des drogues et toxicomanies, « Usage médical du cannabis et des cannabinoïdes, Questions et réponses à l'intention des décideurs politiques », décembre 2018, page 15.

EXTRAITS DU 40^E RAPPORT DU COMITÉ OMS D'EXPERTS DE LA PHARMACODÉPENDANCE ⁽¹⁾

Cannabidiol (CBD)

Aucun cas d'abus ou de dépendance n'a été rapporté en relation avec l'utilisation de CBD pur et aucun problème de santé publique n'y a été associé.

Les applications thérapeutiques du CBD font l'objet de recherches pour diverses utilisations cliniques. Dans ce domaine, la recherche est la plus avancée dans le traitement de l'épilepsie. Lors d'essais cliniques, un produit à base de CBD pur a démontré son efficacité pour le traitement de certaines formes d'épilepsie, comme le syndrome de Lennox-Gastaut et le syndrome de Dravet, qui résistent souvent à d'autres formes de médication. Depuis la réunion du comité, un produit à base de CBD pur a reçu de la Food and Drug Administration (FDA) des États-Unis une autorisation de mise sur le marché.

Le cannabidiol (CBD) n'est pas spécifiquement inscrit dans les tableaux des conventions internationales des Nations Unies relatives au contrôle des drogues de 1961, 1971 ou 1988. Toutefois, s'il est préparé sous forme d'extrait ou de teinture de cannabis, il est inscrit au tableau I de la convention unique sur les stupéfiants de 1961.

Rien n'indique que le CBD en tant que substance soit susceptible de donner lieu à des abus ou des effets nocifs similaires à ceux des substances inscrites dans les conventions de 1961 ou de 1971, comme le cannabis ou le THC, respectivement.

Le comité a recommandé que les préparations considérées comme étant du CBD pur ne soient pas inscrites à un tableau.

Plante et résine de cannabis

Le comité a étudié les informations concernant les indications thérapeutiques du cannabis et les recherches en cours sur ses applications médicales possibles. Plusieurs pays autorisent l'utilisation du cannabis pour le traitement d'affections médicales comme les douleurs dorsales, les troubles du sommeil, la dépression, les douleurs post-traumatiques et la sclérose multiple en plaques. Les recherches sur les applications médicales potentielles du cannabis se poursuivent.

Extraits et teintures de cannabis

(...) Parmi les substances qui ne sont pas psychoactives, dans les préparations dérivées des extraits ou teintures de cannabis, certaines, à l'instar du cannabidiol, ont des indications thérapeutiques prometteuses.

Cette évolution générale se produit parallèlement aux pratiques individuelles qui, malgré les interdictions et les risques de poursuites pénales toujours en vigueur, se développent également et fortement, portées par d'innombrables associations de patients exigeant qu'on entende leur demande, lorsque la médecine conventionnelle est impuissante à soulager leur souffrance, depuis parfois de nombreuses années.

(1) https://www.who.int/medicines/access/controlled-substances/UNSG_SignedDGletterFR.pdf?ua=1

B. QUELQUES ÉLÉMENTS DE COMPARAISON INTERNATIONALE

Une cinquantaine de pays, ayant des approches très diverses, notamment en termes de réglementation, d'indications thérapeutiques ou de modalités d'accès, ont aujourd'hui autorisé l'usage médical du cannabis.

1. Un pays pionnier : Israël

Parmi les pays qui ont franchi le pas et se sont intéressés au cannabis thérapeutique, Israël fait partie des pionniers. Il y a maintenant près de soixante ans que les travaux du **professeur Raphaël Mechoulam** lui ont notamment permis, en 1964, d'isoler les principes actifs du THC et d'ouvrir la voie des recherches sur l'usage médical du cannabis, qu'il continue d'explorer aujourd'hui encore. Si cela ne s'est pas fait sans heurts ⁽¹⁾, dès 1995, cependant, des enfants sous chimiothérapie pouvaient être accompagnés pour soulager les effets secondaires de leurs traitements ⁽²⁾.

Un regard rétrospectif permet de constater qu'une **approche globale** a été mise en œuvre par Israël qui lui a sans doute permis peu à peu d'occuper aujourd'hui une position remarquable.

C'est notamment le cas en ce qui concerne **les patients**, qui sont aujourd'hui plus de 45 000 à utiliser le cannabis dont l'usage thérapeutique est autorisé depuis maintenant plus de dix ans dans le cadre de nombreuses pathologies : oncologie – le cannabis est aujourd'hui **le médicament le plus répandu chez les cancéreux** (plus de 10 000 patients atteints de cancer s'en voient prescrire chaque année par les oncologues ⁽³⁾) – gastroentérologie, douleurs, maladies infectieuses, neurologie (sclérose en plaques), soins palliatifs et psychiatrie (troubles de stress post-traumatique), notamment.

Depuis les premières recherches et autorisations données au début des années 2000, la politique du ministère de la santé israélien a continûment été de **faciliter l'accès aux médicaments** à base de cannabis, en ce qui concerne **les prescriptions** – autorisées depuis quelques années aux généralistes ⁽⁴⁾ – **la distribution** – désormais permise à toute pharmacie ⁽⁵⁾ – ou encore **l'accessibilité** ⁽⁶⁾ : une réforme intervenue en 2019 a par exemple plafonné le tarif des consultations des médecins autorisés à le prescrire et forfaitisé le coût mensuel, quels que soient les besoins, pour les usages pédiatrique et oncologique.

(1) <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S095539592030150X>

(2) https://www.liberation.fr/planete/2014/01/21/l-expert-en-herbe-de-jerusalem_974515

(3) <https://www.blog-cannabis.com/les-patients-cancereux-en-israel-utilisent-le-cannabis/>

(4) <https://www.newsweed.fr/israel-les-medecins-generalistes-pourront-prescrire-du-cannabis/>

(5) <https://www.newsweed.fr/israel-le-ministere-de-la-sante-annonce-un-acces-facilite-au-cannabis-medical/>
et <https://www.newsweed.fr/israel-liberalisation-programme-cannabis-medical/>

(6) <https://www.jpost.com/Israel-News/Health-Ministry-announces-new-rules-for-medical-cannabis-594637> et <https://www.newsweed.fr/israel-le-ministere-de-la-sante-veut-geler-les-prix-du-cannabis-pour-les-patients-autistes/>

C'est aussi le cas en ce qui concerne la **gouvernance** du dispositif institutionnel, une **agence israélienne du cannabis médical** étant chargée depuis 2008 de l'approvisionnement des produits sur la base de **critères de qualité standardisés** par le ministère de la santé⁽¹⁾, lequel pilote par ailleurs des **recherches publiques** spécifiques : ainsi, en 2017, les ministères de l'agriculture et de la santé ont-ils annoncé un budget de 2,1 millions de dollars de recherches réalisées par des hôpitaux, des universités, des instituts de recherches et des entreprises pharmaceutiques⁽²⁾.

Des **essais cliniques** sont menés sur diverses pathologies, par exemple sur **l'autisme** depuis la fin de 2019⁽³⁾. Par ailleurs, l'agence a également édité en 2016, dans le cadre de la réforme de la médicalisation, un **guide à l'attention des médecins** prescrivant du cannabis et que des **formations universitaires** commencent à apparaître, destinées notamment à former les diplômés à de **nouvelles professions** dans le domaine du cannabis médical⁽⁴⁾.

En effet, la **dimension économique et industrielle** est le troisième volet de la politique d'Israël en matière de cannabis thérapeutique, qui illustre son ambition claire de se positionner comme l'un des leaders mondiaux du secteur : plusieurs centaines d'agriculteurs, plusieurs dizaines de firmes – 68 recensées en 2018⁽⁵⁾ – sont d'ores et déjà actifs, sans oublier les manifestations professionnelles internationales telles que **Cannatech**, qui attire des centaines de participants du monde entier chaque année. Les perspectives du marché mondial du cannabis thérapeutique sont telles – estimées selon certaines sources à quelque **50 milliards de dollars annuels** à l'horizon 2025⁽⁶⁾ – que le pays entend profiter de son positionnement actuel. En ce sens, les financements publics de la recherche visent entre autres à attirer des investissements privés qui pour soutenir les futures **exportations**, qui devraient démarrer incessamment⁽⁷⁾, cependant qu'Israël est devenu au premier trimestre de cette année le **premier pays importateur de cannabis à usage médical**, devant l'Allemagne⁽⁸⁾, témoignant ainsi de l'importance d'ores et déjà acquise.

(1) Il s'agit d'assurer la qualité du cannabis produit en respectant les bonnes pratiques d'agriculture, de fabrication, de distribution, de sécurité, de contrôler la chaîne d'approvisionnement depuis la sélection de la graine jusqu'à la délivrance au patient, d'encadrer les pratiques cliniques. Amélie Arrestier, « Cannabis sativa : Quel avenir en thérapeutique ? » ; thèse pour le doctorat de pharmacie, université de Clermont-Ferrand, 3 avril 2019 ; <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02329168/document>

(2) <https://www.newsweed.fr/israel-millions-dollars-cannabis-medical/>

(3) <https://www.blog-cannabis.com/le-programme-de-recherche-clinique-le-plus-complet-sur-les-enfants-autistes-demarre-en-israel/>

(4) <https://www.blog-cannabis.com/un-college-israelien-propose-un-diplome-specialise/>

(5) <https://www.tribunejuive.info/2018/03/30/68-firmes-de-cannabis-medical-operent-deja-en-israel/>

(6) <https://bfmbusiness.bfmtv.com/entreprise/israel-veut-faire-du-cannabis-un-medicament-comme-les-autres-1131220.html>

(7) <https://www.newsweed.fr/israel-exporte-premieres-fleurs-cannabis-medical/>

(8) <https://mjbizdaily.com/israel-passes-germany-as-worlds-largest-importer-of-medical-cannabis-flower/>

2. L'usage thérapeutique du cannabis sur le continent américain

Les pratiques en matière de cannabis thérapeutique sont diverses en Amérique du Nord. Si elles sont impulsées sous l'égide de la jurisprudence de la Cour fédérale au Canada, elles relèvent plus des États fédérés aux États-Unis.

a. Au Canada, un droit constitutionnel

Au Canada, la justice a reconnu un droit constitutionnel aux patients et imposé de lever les obstacles à l'usage médical du cannabis.

i. L'origine jurisprudentielle de l'évolution du cadre légal

Ce sont avant tout des décisions de justice qui ont permis de lever les obstacles à l'utilisation thérapeutique du cannabis au Canada. À partir de la fin des années 1990, des patients ont en effet formé des recours contre l'interdiction générale alors en vigueur s'appliquant à l'accès au cannabis : « les patients prétendaient que les interdictions prévues par la Loi réglementant certaines drogues et autres substances (LRCDAS) les contraignaient à choisir entre leur liberté et l'accès à des médicaments nécessaires, souvent fournis par des clubs compassion et des dispensaires médicaux qui ont vu le jour pour soutenir la consommation du cannabis à des fins thérapeutiques » ⁽¹⁾.

Plusieurs décisions de la Cour fédérale du Canada ayant confirmé que l'accès au cannabis à des **fins médicales** était un **droit constitutionnel** ⁽²⁾, le gouvernement canadien a été contraint de réviser la législation. Les modifications sont entrées en vigueur à partir de 2001 avec un « Règlement sur l'accès à la marihuana à des fins médicales », révisé à plusieurs reprises depuis lors, pour passer d'un modèle d'exemption individuelle qui autorisait les patients à posséder du cannabis pour leur usage personnel à un système de production autorisée.

Le 17 octobre 2018, est entré en vigueur une **nouvelle loi qui légalise** et réglemente la production, la distribution, la vente et la possession, y compris pour des usages récréatifs. Désormais, sous réserve d'éventuelles restrictions provinciales et territoriales, les personnes majeures peuvent légalement cultiver à des fins personnelles jusqu'à quatre plants de cannabis par résidence à partir de graines ou de semis de source autorisée et à fabriquer chez eux des produits de cannabis, comme des aliments ou des boissons, dans la mesure où aucun solvant organique n'est utilisé pour créer des produits concentrés.

(1) « Un cadre légal pour la légalisation et la réglementation du cannabis au Canada », rapport final du groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis ; Santé Canada, décembre 2016, page 55.

(2) Comité scientifique spécialisé temporaire « Évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France », compte rendu de la réunion du 10 octobre 2018 ; Audition de Mike McGuire, Anne-Marie Bélanger et Alexandre Harvey, Direction générale de la légalisation et de la réglementation du cannabis – Santé Canada.

ii. Une utilisation encadrée

Initialement, l'utilisation thérapeutique du cannabis était conditionnée à l'obtention d'une prescription par un professionnel de santé, précisant la posologie autorisée ainsi que la durée d'autorisation, limitée à un an : la décision de prescription était laissée à la discrétion du praticien, Santé Canada n'ayant pas défini d'indication thérapeutique en la matière.

Le cannabis étant désormais légalisé, la détention d'une ordonnance médicale n'est plus obligatoire. La relation entre le médecin et son patient prime, et si tous deux estiment que l'usage du cannabis à des fins médicales est la meilleure option, un document médical est remis par le médecin au patient, qui l'autorise à se fournir directement auprès d'un vendeur autorisé par le gouvernement fédéral. ⁽¹⁾ Les patients peuvent aussi s'inscrire auprès de Santé Canada afin de pouvoir en produire une quantité limitée pour leurs propres besoins médicaux ou désigner une personne qu'ils chargent d'en produire pour leur compte. ⁽²⁾ En fonction de l'âge légal dans leur province ou territoire, ils sont également en mesure d'acheter du cannabis dans les points de vente au détail ou sur les sites de vente en ligne provinciaux ou territoriaux autorisés.

Santé Canada a posé diverses règles d'utilisation, notamment quant à la quantité que les patients peuvent produire, définie dans leur prescription. Des recommandations sont également fournies en matière de sécurité et de réduction du risque d'accès par des personnes non autorisées. Les personnes mineures doivent obtenir le cannabis thérapeutique correspondant à leur prescription médicale via un producteur autorisé ou un adulte qu'ils ont chargé de leur production personnelle.

b. État fédéral et États fédérés aux États-Unis : une situation contrastée

Le cadre juridique est complexe aux États-Unis. Si le cannabis reste une drogue interdite au niveau fédéral depuis la fin des années 1930 ⁽³⁾, un processus de légalisation s'est néanmoins engagé depuis près d'un quart de siècle au niveau fédéré, après que la Californie, qui représente le marché le plus important, a initié le mouvement en 1996.

(1) Les praticiens de la santé doivent consulter les directives et les politiques des autorités responsables de la délivrance des permis des provinces et des territoires avant d'autoriser l'usage du cannabis à des fins médicales.

(2) Fin 2018, plus de 300 000 patients étaient inscrits auprès des producteurs autorisés et 25 000 assuraient leur culture personnelle.

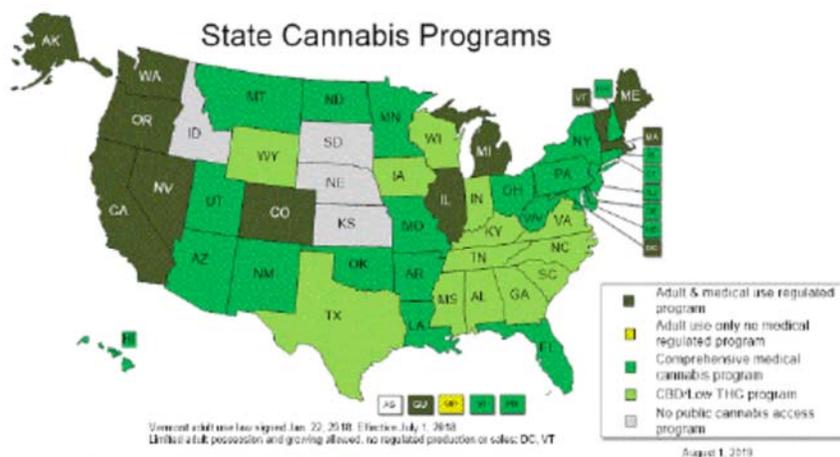
(3) Après l'adoption du *Marihuana Tax Act* en 1937, les produits pharmaceutiques à base de cannabis furent interdits aux États-Unis en 1942. Entre 1850 et 1937, la pharmacopée américaine officielle avait mis en avant le pouvoir médical du cannabis sur une centaine de maladies. Vers 1900, les médicaments à base de cannabis représentaient 50 % des ventes de médicaments aux États-Unis. Jusqu'en 1937, les onguents musculaires et les emplâtres contre les rhumatismes se composaient principalement d'extraits de chanvre. Tous les médicaments ont disparu avec la criminalisation du cannabis.

Quelque **33 États** ont à ce jour légalisé l'usage thérapeutique du cannabis ⁽¹⁾ inhalé ou certains cannabinoïdes extraits ou de synthèse : 15 d'entre eux – Alaska, Arizona, Arkansas, Californie, Colorado, Dakota du Nord, Floride, Massachusetts, Michigan, Missouri, Montana, Nevada, Oklahoma, Oregon et Washington – l'ont légalisé par **référendum**, et 18 par **voie législative** : Connecticut, Delaware, Hawaii, Illinois, Louisiane, Maine, Maryland, Minnesota, New Hampshire, New Jersey, New York, Nouveau Mexique, Ohio, Pennsylvanie, Rhode Island, Vermont, Virginie Occidentale et Utah ⁽²⁾. La possession de tels médicaments est conditionnée dans ces États à une prescription médicale. Elle est illégale dans les autres.

Parallèlement, les échelons administratifs locaux – villes et comtés – ont la possibilité de légiférer dans leur ressort. La capitale de la Californie, Sacramento, a ainsi régulé la vente du cannabis thérapeutique en 2010 et sa culture et sa fabrication en 2014, avant qu'un référendum en 2016 fixe le cadre général au niveau de l'État.

Dans le même temps, au niveau fédéral, la Food and Drug Administration (FDA), a autorisé la mise sur le marché de plusieurs médicaments contenant du cannabis : l'Épidyolex contenant du CBD pour le traitement de l'épilepsie infantile, le Marinol et le Syndros contenant du THC pour le traitement de l'anorexie des patients atteints du sida ⁽³⁾.

CARTE DES ÉTATS AYANT LÉGALISÉ LE CANNABIS ⁽⁴⁾



(1) Et onze États l'usage récréatif.

(2) Auxquels s'ajoute le District of Columbia.

(3) Le Sativex, contenant à la fois du CBD et du THC, pour le traitement de spasticité de la sclérose en plaques est, quant à lui, encore en phase de test aux USA.

(4) Source : Ambassade de France aux États-Unis.

Il appartient aux législations des États fédérés de déterminer les pathologies pour lesquelles l'usage du cannabis est admissible. Ainsi, la Californie reconnaît-elle aujourd'hui le sida, l'anorexie, l'arthrite, la cachexie, le cancer, les douleurs chroniques, le glaucome, la migraine, les nausées sévères, les spasmes musculaires persistants – y compris associés à la sclérose en plaques –, les convulsions – y compris associées à l'épilepsie –, et tout autre symptôme médical chronique ou persistant qui limite considérablement la capacité à mener une ou plusieurs activités majeures de la vie ou qui peut nuire gravement à la sécurité ou à la santé physique ou mentale ⁽¹⁾. D'autres États ont des pratiques proches de celles en vigueur au Canada et autorisent l'usage médical pour toute raison approuvée par un médecin. Des différences existent également quant au type de cannabis autorisé, aux modes d'obtention, etc. ⁽²⁾.

Cela étant, de nombreuses recherches ont lieu, tant au niveau fédéral que fédéré, quant à l'efficacité thérapeutique du cannabis compte tenu des incertitudes scientifiques. À cet égard, les académies américaines de médecine, de science et d'ingénierie ont formulé en janvier 2017 des recommandations sur l'intérêt de l'utilisation du cannabis thérapeutique par pathologies. Après analyse de la littérature scientifique disponible – plus de 10 000 articles revus – elles ont notamment conclu que des preuves décisives ou importantes de l'efficacité du cannabis existaient pour les traitements des douleurs chroniques de l'adulte, des nausées et vomissements induits par la chimiothérapie et l'amélioration des symptômes de spasticité due à la sclérose en plaques.

(1) Source : Ambassade de France aux États-Unis.

(2) « Public health implications of legalizing the production and sale of cannabis for medicinal and recreational use », *The Lancet.com*, vol. 394, page 1583, 26 octobre 2019.

Un point sur l'expérience menée par l'Uruguay

En décembre 2013, l'Uruguay a été le **premier pays au monde** à légaliser la culture et la vente de marijuana pour **tous les usages**, récréatifs, médicaux, cosmétiques ou à des fins de recherche du cannabis. La loi avait pour objectif de « contrer les conséquences sanitaires, sociales et économiques dévastatrices de l'utilisation problématique de substances psychoactives, et réduire l'incidence du narcotrafic et du crime organisé. » ⁽¹⁾. Elle a été suivie de la mise en place d'un dispositif officiel de distribution sous le contrôle de l'Institut de régulation et de contrôle du cannabis, Ircca, articulé sur l'enregistrement des consommateurs et l'habilitation des pharmacies comme points de vente ⁽²⁾, mécanisme destiné à assécher les réseaux de dealers.

Jusqu'à récemment, la dimension thérapeutique avait relativement peu progressé, dans la mesure où un seul médicament, très onéreux et non remboursé par la sécurité sociale, avait été autorisé, alors même que le cadre légal permettait depuis 2015 aux médecins de prescrire des produits contenant du cannabis.

Dernièrement toutefois, une nouvelle loi ⁽³⁾ a été adoptée, qui déclare « d'intérêt public les actions tendant à protéger, promouvoir et améliorer la santé publique moyennant des produits de qualité contrôlée et accessibles, à base de cannabis ou cannabinoïdes, ainsi que le conseil médical et l'information sur les bénéfices et risques de son utilisation. ». Délivrés exclusivement sur prescription médicale, les produits dispensés pourront être de toute nature ⁽⁴⁾, et leur qualité sera contrôlée. Un « Programme national d'accès au cannabis médical et thérapeutique » est créé à cette fin et le remboursement des médicaments à base de cannabis est désormais prévu. Aucune disposition de la loi ne restreint l'usage du cannabis thérapeutique à des pathologies déterminées.

(1) « L'Uruguay, laboratoire du cannabis libre », Angeline Montoya, *Le Monde*, 7 février 2020 https://www.lemonde.fr/international/article/2020/02/07/l-uruguay-laboratoire-du-cannabis-libre_6028785_3210.html

(2) https://www.lemonde.fr/ameriques/article/2017/07/19/en-uruguay-le-cannabis-s-achete-desormais-en-pharmacie_5162194_3222.html

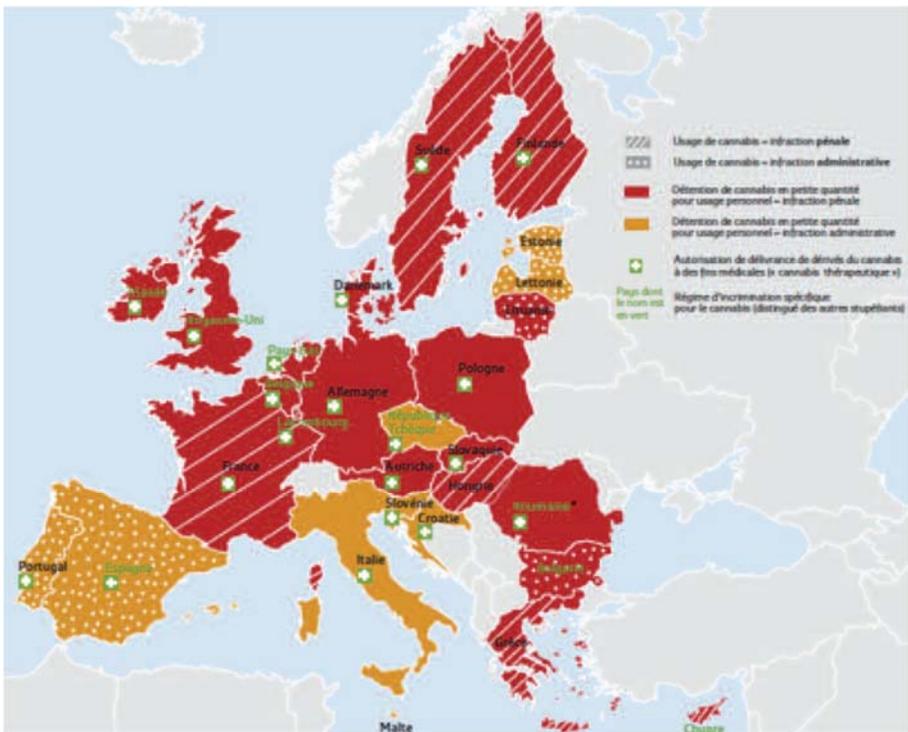
(3) Loi n° 19-847 du 10 décembre 2019.

(4) Spécialités pharmaceutiques, médicaments phyto-thérapeutiques, traditionnels ou non, spécialités végétales ou préparations magistrales.

3. Le cannabis thérapeutique en Europe

Les pratiques des pays européens en matière de cannabis thérapeutique sont extrêmement variées, que ce soit en termes de modalités de prescription, de pathologies concernées, ou de types de produits autorisés ⁽¹⁾. Comme le souligne une étude de l'Observatoire européen des drogues et toxicomanies ⁽²⁾, « il est clair qu'aucun cadre réglementaire standard applicable aux préparations et produits à base de cannabis et de cannabinoïdes n'a été élaboré et que les approches adoptées varient considérablement d'un pays à l'autre, en fonction de divers facteurs historiques et culturels. Dans la plupart des pays, l'approvisionnement en produits et en préparations à base de cannabis et de cannabinoïdes à des fins médicales a évolué au fil du temps, souvent en réponse à la demande des patients ou selon le développement des produits et la situation continue de se modifier rapidement ».

L'USAGE THÉRAPEUTIQUE DU CANNABIS EN EUROPE



Source : La lettre du Respadd, Réseau de prévention des addictions, n° 35, avril 2019.

En témoignent les exemples suivants.

(1) Voir le tableau « Disponibilités des médicaments contenant des cannabinoïdes dans l'Union européenne, en Turquie et en Norvège », annexe 1.

(2) « Usage médical du cannabis et des cannabinoïdes, questions et réponses à l'intention des décideurs politiques », décembre 2018.

a. Les Pays-Bas, à l'avant-garde

Depuis **septembre 2003**, tous les médecins hollandais sont autorisés à prescrire du cannabis à usage médical à leurs patients, qui se fournissent en pharmacie. À cet effet, une agence gouvernementale, **l'Office du cannabis médicinal**, OMC, dépendant du ministère de la santé, est responsable depuis le 1^{er} janvier 2001 de superviser la production de cannabis à des fins thérapeutiques ou scientifiques. L'OMC détient notamment les monopoles de l'import-export du cannabis thérapeutique et de la fourniture aux pharmacies. Il est également chargé de veiller au respect d'exigences strictes de qualité des produits standardisés et assure une mission d'information et de conseil aux professionnels de santé et aux patients sur le sujet.

À cet effet, des brochures à destination des professionnels et des patients sont en ligne sur le site de l'OMC. Elles formulent des recommandations et détaillent les indications thérapeutiques ⁽¹⁾ et contre-indications ⁽²⁾ précisant que « des données scientifiques disponibles suggèrent que le cannabis médicinal peut être efficace » dans un certain nombre de pathologies. Comme on le verra plus loin, la liste de ces indications est plus large que celles retenues dans d'autres pays ou dans le cadre de l'expérimentation française. Outre la spasticité due à la sclérose en plaques, les effets secondaires des chimiothérapies ou certaines formes d'épilepsie, sont aussi mentionnées, entre autres : les douleurs chroniques, le glaucome, le syndrome Gilles de la Tourette, les troubles du déficit de l'attention avec ou sans hyperactivité, la maladie de Crohn et la colite ulcéreuse, la migraine ou l'insomnie, étant entendu qu'il est aussi précisé que les médecins ne doivent pas se limiter à cette liste indicative. Il leur appartient en effet de déterminer dans quelles situations et conditions le cannabis thérapeutique peut être une option pour leurs patients, et quel type de produit, posologie et durée du traitement, sont pertinents.

L'OMC précise toutefois que **le cannabis thérapeutique n'est pas un médicament autorisé** ⁽³⁾ et que sa prescription doit être envisagée lorsque les traitements habituels n'ont pas été suffisamment efficaces ou ont causé des effets secondaires insupportables, en d'autres termes, **en dernière instance**. Il est en outre spécifié que, en l'état actuel des connaissances, le cannabis n'a pas de rôle dans la guérison des différentes pathologies et qu'il ne peut que soulager leurs symptômes ou aider à diminuer les effets secondaires des médicaments conventionnels.

(1) <https://english.cannabisbureau.nl/doctor-and-pharmacists/documents/leaflets/2019/05/20/doctor-information-leaflet>

(2) Antécédents psychiatriques personnels ou familiaux, affections cardiaques, âge inférieur à 23 ans.

(3) Il est précisé que le cannabis thérapeutique, pour cette raison, n'est pas remboursé par les compagnies d'assurance.

Les produits se présentent sous forme de fleurs séchées et de granules, pour un usage aisé, par vaporisateur ou en infusion, et sont disponibles à **cinq dosages différents** de THC et de CBD ⁽¹⁾.

La limite légale pour les conducteurs étant de 3 microgrammes de THC par litre de sang, **sans dérogation pour usage médical**, l'OMC recommande aux patients de ne pas conduire sous traitement, dès lors que les traces de THC restent longtemps dans le corps et que les limites peuvent être aisément dépassées.

b. L'Allemagne

À l'instar de ce qu'il s'est passé au Canada, l'évolution de la réglementation, adoptée contre l'avis de l'Association médicale allemande, réticente du fait du manque de preuves scientifiques, a pour origine la **jurisprudence**. Le tribunal administratif fédéral, en 2005, avait notamment jugé que pour des maladies graves sans perspective de guérison l'intégrité physique des patients devait être respectée, avant que d'autres décisions, judiciaires, autorisent ultérieurement les patients souffrant de douleurs chroniques à cultiver eux-mêmes du cannabis ⁽²⁾.

En **Allemagne**, le Bundestag a adopté une loi en **janvier 2017** autorisant les patients à se fournir en cannabis thérapeutique auprès des pharmacies sur prescription médicale. Comme aux Pays-Bas, une **agence du cannabis** a été instituée sous l'égide de l'Institut fédéral des médicaments et qui est chargée de contrôler les divers aspects de la question, jusqu'à la distribution aux pharmacies.

Deux cas sont à distinguer. En premier lieu, dans le cadre des mêmes pathologies que celles reconnues par exemple au Royaume-Uni – spasticité due à la sclérose en plaques, effets secondaires d'une chimiothérapie – et en cas d'échec thérapeutique ou d'absence d'alternative, l'assurance maladie décide si le coût du traitement peut être pris en charge. Son refus éventuel, exceptionnel, doit être opposé dans un délai de trois à cinq semaines, et être expressément justifié ⁽³⁾. La tendance est aujourd'hui à une prise en charge croissante et désormais importante des produits thérapeutiques à base de cannabis. L'assurance maladie a ainsi remboursé près de 30 millions d'euros à ce titre au deuxième trimestre 2019, en hausse de 20 % par rapport au trimestre précédent, soit + 74 % en un an ⁽⁴⁾.

(1) Moins de 1 % de Dronabinol (THC) et environ 9 % de Cannabidiol (CBD) ; 6,3 % de THC et 8 % de CBD ; 13,5 % de THC et moins de 1 % de CBD ; 14 % de THC et moins de 1 % de CBD ; 22 % de THC et moins de 1 % de CBD.

(2) Comité scientifique spécialisé temporaire de l'ANSM « Évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France », compte rendu de la réunion du 12 décembre 2018 ; Audition de Winfried Hauser, professeur de médecine psychosomatique à l'Université technique de Munich

(3) Ce délai est réduit à trois jours en cas de prescription pour soins palliatifs. Comité scientifique spécialisé temporaire de l'ANSM « Évaluation de la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France », compte rendu de la réunion du 12 décembre 2018 ; Audition de Winfried Hauser, professeur de médecine psychosomatique à l'Université technique de Munich.

(4) <https://www.newsweed.fr/allemande-les-ventes-de-cannabis-medical-ont-atteint-de-nouveaux-sommets-au-deuxieme-trimestre/>

Ces chiffres considérables sont à mettre en regard du fait que, jusqu'à il y a peu, **l'Allemagne était, avant d'être détrônée par Israël⁽¹⁾, le premier importateur mondial⁽²⁾** de cannabis thérapeutique. Dès la fin de l'année 2018, on estimait à quelque 40 000 personnes le nombre de consommateurs pour des raisons médicales, contre environ un millier avant la légalisation⁽³⁾. 43 % des remboursements ont concerné des produits à bases de fleurs séchées, 23 % du dronabinol (THC synthétique), 17 % des fleurs utilisées dans des préparations pharmaceutiques (huiles), 3 % pour des extraits « full-spectrum »⁽⁴⁾ et 14 % pour des produits pharmaceutiques (Sativex).

En deuxième lieu, une prescription de fleurs ou d'extraits de cannabis peut par ailleurs être donnée à tout moment par tout médecin et pour toute indication, indépendamment de l'approbation de l'assurance maladie⁽⁵⁾.

Concrètement, les médicaments que les patients allemands ont aujourd'hui à leur disposition sont du THC extrait du chanvre, disponible en gouttes, comprimés et solutions pour inhalation, le THC/CBD extrait du chanvre, sous forme de spray buccal, c'est-à-dire le Sativex, ou enfin le THC synthétique en comprimés. En outre, quatorze variétés de fleurs de cannabis⁽⁶⁾, sous forme de préparations pour inhalation et infusions, et des extraits de cannabis avec un taux de THC de 10 % (gouttes), sont également disponibles.

c. Le Royaume-Uni

Le cas britannique semble illustrer les risques d'une l'évolution législative menée dans l'urgence.

i. Une évolution récente sous la pression des circonstances

Au **Royaume-Uni**, en vertu d'une loi de 1971⁽⁷⁾, il est interdit de posséder, fournir, produire ou importer et exporter des drogues. En fonction de leur nocivité, les drogues sont classées en trois classes, A, B et C. La possession de cannabis, drogue de la classe B, est passible de 5 ans de prison, éventuellement assortie d'une amende.

(1) <https://www.i24news.tv/fr/actu/israel/1594480355-israel-depasse-l-allemande-en-tant-que-plus-grand-importateur-de-fleurs-de-cannabis-medicinal>

(2) <https://www.newsweek.fr/allemande-forte-augmentation-de-limport-de-cannabis-medical-en-2019/>

(3) https://www.liberation.fr/planete/2018/11/13/les-allemands-kiffent-le-cannabis-light_1691901

(4) Un produit à spectre complet utilise la totalité de la fleur avec l'ensemble de ses cannabinoïdes et terpènes pour des médicaments offrant un meilleur service médical rendu.

(5) D'après les données de l'assurance maladie allemande, 61 % des prescriptions concernent les douleurs chroniques, 7 % le cancer et 7 % les soins palliatifs. Le reste se répartit entre des symptômes neurologiques, psychiatriques, et du système digestif ou respiratoire. Les indications les plus fréquentes sont la douleur, la SEP, la dépression et la spasticité. 27 % des prescripteurs sont des généralistes, 16 % des neurologues, et 13 % des psychiatres. Les spécialistes de la douleur restent minoritaires. Au 30 mai 2018, 12 000 à 14 000 patients recevaient des médicaments à base de cannabis, dont seulement 20 % sous forme de fleurs ; source : CST de l'ANSM, compte rendu de l'audition du 12 décembre 2018.

(6) Plus onéreuses, à doses quotidiennes maximales, que le Dronabinol ou le Nabiximols ; source : CST de l'ANSM, compte rendu de l'audition du 12 décembre 2018.

(7) *Misuse of Drugs Act 1971.*

Néanmoins, des amendements ont été introduits en **novembre 2018** qui permettent, en certaines circonstances, la prescription de produits médicinaux à base de cannabis. Jusqu’alors, depuis 2013, seuls le Sativex, utilisé pour traiter la spasticité due à la sclérose en plaques, et le Nabilone, prescrit pour les effets secondaires de la chimiothérapie, bénéficiaient d’une licence officielle ⁽¹⁾.

Ce changement législatif est intervenu après un large débat, lancé autour du cas d’un enfant souffrant d’une forme rare et sévère d’épilepsie : en juin 2018, le ministère de l’intérieur avait notamment signifié à la mère de cet enfant traité à l’huile de cannabis que les prescriptions devraient cesser, et menacé le médecin prescripteur d’interdiction d’exercice. Les produits qu’elle était partie acheter au Canada avaient été saisis par la douane à son retour. L’hospitalisation consécutive de l’enfant dans les jours suivants avait conduit le ministère de l’intérieur à autoriser en urgence l’équipe médicale à avoir accès à du cannabis thérapeutique pour le sauver ⁽²⁾.

Désormais, dans la mesure où ils ne bénéficient pas d’une licence, les produits à base de cannabis médicinal peuvent être prescrits par un spécialiste hospitalier, ou être utilisés dans le cadre d’essais cliniques. Ceux bénéficiant d’une AMM peuvent en revanche être prescrits par tout médecin.

ii. Un dispositif néanmoins très critiqué

Cela étant, les possibilités de prescriptions restent limitées aux formes rares et graves d’épilepsie des enfants, à la spasticité due à la sclérose en plaques et aux effets secondaires – vomissements, nausées – de la chimiothérapie sur lesquels les traitements conventionnels ne sont pas efficaces.

Cet éventail très restreint a suscité de **vives critiques**, notamment de la part des associations de patients, alarmées du fait que, dans ces conditions, très peu de patients pourraient en bénéficier et qu’une occasion importante avait été perdue.

De fait, les statistiques du NHS confirment un nombre très faible de prescriptions : à la date du 1^{er} juillet 2020, un peu plus de 300 prescriptions privées seulement, un an et demi après l’entrée en vigueur de la loi en novembre 2018, et **aucune de la part des médecins du service public** ⁽³⁾.

(1) *L’Epidyolex a également reçu une AMM en 2020 au Royaume-Uni après que l’Agence européenne des médicaments l’a autorisé en septembre 2019.*

(2) *Medical use of Cannabis, Briefing paper n° 8355, House of Commons Library, 28 mai 2020 ; https://commonslibrary.parliament.uk/research-briefings/cbp-8355/?mc_cid=651730512b&mc_eid=bc0be6d4f3*

(3) *https://www.theguardian.com/politics/2020/jul/01/anger-at-nhs-failure-to-prescribe-cannabis-oil-medicines?CMP=share_btn_tw*

Sont en cause pour expliquer cette situation, et faire qualifier par les associations la réforme de désastreuse, les difficultés d'accès aux produits ⁽¹⁾, leur coût parfois très élevé et non pris en charge, le rendant inaccessible à l'immense majorité des patients potentiels – le **traitement mensuel** d'un enfant épileptique revient à environ 2 000 livres sterling, voire le double ⁽²⁾ – et enfin la réticence des médecins **manquant de formation et d'information** sur les produits, les professionnels de santé ayant par ailleurs des directives restrictives de la part des collèges professionnels et du ministère, arguant du manque de données scientifiques pour élargir le champ des pathologies concernées. Afin de lever ces obstacles, le NHS a dernièrement indiqué ⁽³⁾ envisager lui-même la production d'huile de cannabis en prévision du lancement d'un essai clinique pour le traitement des enfants sévèrement épileptiques.

d. Problématiques de la prohibition : l'exemple de la Belgique

Selon l'Agence fédérale des médicaments et des produits de santé, AFMPS, « des médicaments autorisés à base de cannabis peuvent être délivrés par le pharmacien sur prescription médicale. La délivrance sous forme de "plante" n'est pas autorisée. L'arrêté royal du 11 juin 2015 réglementant les produits contenant un ou plusieurs tétrahydrocannabinols (THC) interdit formellement la délivrance de cannabis à des fins médicales en Belgique » ⁽⁴⁾.

Alors même qu'une loi de 2001 a autorisé la prescription de médicaments à base de cannabis par des médecins hospitaliers dans le cadre d'essais cliniques, il est dans les faits quasiment impossible pour les patients de se fournir, le gouvernement ayant mis fin en 2017 à la tolérance relative à la détention pour consommation personnelle.

À ce jour, seuls deux médicaments contenant du cannabis ont été autorisés en Belgique, le Sativex et l'Epidyolex, ce dernier n'étant pas commercialisé. Soumis au régime de la « prescription médicale limitée », la prescription de Sativex doit en outre répondre à des conditions très strictes ⁽⁵⁾. Pour être remboursé, il doit en effet être : 1) obligatoirement prescrit par un neurologue, 2) uniquement pour traiter la spasticité due à la sclérose en plaques et 3) délivré par une pharmacie hospitalière.

(1) En mars 2020, le gouvernement a toutefois annoncé que les restrictions à l'importation sur les produits à base de cannabis pour un usage médical étaient modifiées pour éviter les retards ou interruptions de traitements.

(2) https://www.theguardian.com/politics/2020/jul/01/anger-at-nhs-failure-to-prescribe-cannabis-oil-medicines?CMP=share_btn_tw et <https://www.theguardian.com/society/2019/sep/20/mother-sells-house-buy-daughter-medical-cannabis>

(3) <https://www.telegraph.co.uk/news/2020/07/18/nhs-plans-manufacture-cannabis-oil-preparation-clinical-trial/>

(4) FAQ cannabis, Agence fédérale des médicaments et produits de santé, https://www.fagg-afmps.be/sites/default/files/downloads/faq_cannabis_fr.pdf

(5) https://www.afmps.be/fr/humain/produits_particuliers/subst_specialement_reglementees/stupefiants_et_psycohotropes/faq_cannabis

Jouissant de la liberté thérapeutique, les médecins traitants peuvent cependant en prescrire sous leur responsabilité personnelle, s'ils l'estiment justifié pour un patient déterminé et consentant à ce traitement, et après l'avoir pleinement et correctement informé des risques possibles, mais aucun remboursement n'est alors possible, alors même que le médicament est particulièrement onéreux ⁽¹⁾.

Certes, l'AFMPS indique que « les patients qui disposent d'une ordonnance médicale peuvent acheter légalement du cannabis médical dans une pharmacie étrangère », et précise que « ce cannabis médical peut être importé en Belgique uniquement avec une déclaration Schengen nominative. Ce document est délivré par les pouvoirs publics du pays où est inscrit le patient. Ledit document lui permet de passer la frontière avec des stupéfiants. », mais c'est pour conclure que « comme il est interdit de délivrer du cannabis en Belgique, l'AFMPS ne valide aucune déclaration Schengen afin d'importer du cannabis. »... ⁽²⁾.

Associations de patients et professionnels de santé plaident en conséquence pour une l'évolution de la situation dans un contexte où la répression des patients consommateurs semble par ailleurs s'accroître ⁽³⁾.

e. Quelques caractéristiques et différences entre pays européens

Au-delà de ces quatre exemples, comme on l'a évoqué plus haut, les législations et pratiques des pays européens qui ont d'ores et déjà mis en œuvre l'usage thérapeutique du cannabis sont des plus variées.

i. Un large éventail d'approches

Ainsi en est-il tout d'abord des **préconisations**. À cet effet, la réglementation des Pays-Bas peut paraître très souple en regard des cadres en vigueur ailleurs. La plupart des pays ont par exemple listé les pathologies pour lesquelles le cannabis thérapeutique peut être une alternative. Certains pays l'interdisent encore, tels la **Lettonie**, la **Lituanie** ou la **Slovaquie**.

D'autres, comme l'**Espagne** ou la **Finlande**, n'autorisent le cannabis thérapeutique que pour soulager la spasticité de la sclérose en plaques. Parfois, comme en **Irlande**, en **Roumanie** ou en **Italie**, les possibilités de prescriptions sont un peu plus larges. Les plus fréquentes concernent les effets secondaires des chimiothérapies, certaines formes d'épilepsie pharmacorésistantes, et d'une manière générale, la douleur, notamment due à la spasticité de la sclérose en plaques. Certains pays autorisent également les prescriptions pour atténuer les effets secondaires de divers traitements, tels que la perte d'appétit induite par les thérapies contre le VIH, en gastroentérologie, ou encore en soins palliatifs.

(1) 500 euros le flacon de 30 mL.

(2) FAQ cannabis, AFMPS.

(3) « Cannabis thérapeutique : À quand une législation moins floue ? », RTBF ; https://www.rtbef.be/lapremiere/article/detail_cannabis-therapeutique-a-quand-une-legislation-moins-floue?id=9941868

Quelques-uns, comme le **Danemark** ou l'**Irlande**, ont lancé des **programmes pilote** destinés à évaluer la question sur le moyen terme, quand d'autres ont immédiatement mis en place une **légalisation spécifique**.

Quoi qu'il en soit, la dispensation de cannabis thérapeutique relève essentiellement des pharmacies qui fournissent les patients sur présentation d'une **prescription médicale**, le cas échéant **soumise à autorisation spéciale**, parfois temporaire, remise par une instance telle que le ministère de la santé, l'agence nationale du médicament ou une unité antidouleur. C'est par exemple le cas en **Suède**, en **Finlande**, en **Irlande** ou en **Espagne**.

Dans certains pays, cela étant, l'**automédication** est possible, comme en **Slovénie** où l'on estime à quelque 30 000 le nombre de personnes qui y recourent, alors que seuls 160 patients environ sont légalement traités avec du cannabis et ses extraits. Certains pays réservent aux **médecins spécialistes** la possibilité de prescrire quand d'autres donnent cette faculté à tous les médecins. Un système mixte existe parfois, comme en **Suisse**, où seul l'Épidyolex est aujourd'hui autorisé sur prescription médicale, obligatoire, devant être émise par un spécialiste pour les indications de syndrome de Lennox-Gastaut, de Dravet ou d'autres formes d'épilepsie résistantes au traitement, et par tout médecin et à titre exceptionnel pour d'autres indications dans des cas justifiés. Les préparations magistrales contenant du CBD sont possibles depuis 2018 dans le respect des bonnes pratiques de fabrication en vigueur ⁽¹⁾.

Il y a en conséquence une large diversité quant aux solutions et cadre juridiques adoptés par les États européens pour autoriser l'usage thérapeutique du cannabis. La question de l'**efficacité scientifiquement prouvée** ⁽²⁾ du cannabis apparaît fréquemment et explique que, dans la plupart du temps, ce n'est qu'en cas d'**échec thérapeutique** avéré que l'utilisation du cannabis peut être envisagée.

ii. Deux questions importantes

En termes de bilan provisoire, deux aspects importants semblent dominer : en premier lieu, la **relative frilosité du corps médical** à prescrire le cannabis à usage thérapeutique. Les sources disponibles tendent en effet à montrer que, dans nombre de pays, les médecins sont **relativement réticents** à en proposer à leurs patients.

(1) À noter aussi que l'Office fédéral de santé publique, OFSP, peut aussi accorder des autorisations exceptionnelles pour l'emploi (culture, importation, fabrication, mise dans le commerce) de stupéfiants interdits, tels que l'opium à fumer, la diacétylmorphine, les hallucinogènes ou les stupéfiants ayant des effets de type cannabique, pour la culture, l'importation, la fabrication et la commercialisation si aucune convention internationale ne s'y oppose et s'ils sont destinés à une application médicale limitée, à la recherche scientifique ou au développement de médicaments ; <https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesuche-bewilligungen/ausnahmebewilligungen-verbotene-betaeubungsmittel.html>

(2) Qui explique que certains pays ont d'ailleurs clairement signalé que l'utilisation du cannabis thérapeutique répondait en premier lieu à une volonté politique ; compte rendu de la séance du CST de l'ANSM du 10 octobre 2018.

Cette donnée se retrouve aux États-Unis, au Canada ou en **Allemagne**, où de nombreux médecins semblent réticents, pour des raisons tenant à la fois de la bureaucratie importante et au risque de recours ⁽¹⁾. Jouent en ce sens le manque de formation ou d'information, le manque de directives précises de la part des autorités sanitaires cadrant les indications thérapeutiques, ainsi que la faiblesse des preuves scientifiques sur l'efficacité des produits.

Le second aspect porte sur la question du **coût des traitements**, pour l'essentiel **non pris en charge**. Outre l'exemple britannique évoqué plus haut, les informations disponibles mettent en évidence que cette question conduit par exemple **la moitié des patients suisses à interrompre leur traitement** ⁽²⁾, d'un coût estimé, en 2015, entre 200 et 500 francs par mois, selon les doses prescrites ⁽³⁾. Il en est de même en Allemagne où les cannabis et les cannabinoïdes sont nettement plus chers qu'aux Pays-Bas, par exemple, ce qui n'est pas sans poser de problème aux patients non pris en charge.

C. LA SITUATION DU CANNABIS THÉRAPEUTIQUE EN FRANCE

Par divers aspects, la situation du cannabis thérapeutique en France n'est pas sans analogie avec la manière dont la question est aujourd'hui traitée en Belgique.

a. *Un bref historique*

Par comparaison avec nombre d'autres pays, la France apparaît toujours aujourd'hui comme singulièrement réfractaire à l'usage thérapeutique du cannabis.

i. Un arsenal répressif qui pèse encore de tout son poids

La vague prohibitionniste internationale du début du XX^e siècle n'a pas épargné notre pays. Elle s'est concrétisée par le vote le 12 juillet 1916 de la première loi réglementant le commerce non médical et l'usage en société des stupéfiants, qui mentionnait le « haschich et ses préparations ». Le dispositif s'inscrivait parfaitement dans ce mouvement répressif « tous azimuts » contre les principaux stupéfiants alors disponibles, conduisant à assimiler des substances fort différentes – opium et dérivés, cocaïne et cannabis – alors même que la consommation de cannabis était encore confidentielle, comme elle le sera jusqu'à la fin des années 1960 ⁽⁴⁾.

(1) https://www.blog-cannabis.com/politique-et-pratique-en-matiere-de-cannabis-medical-en-allemande/?fbclid=IwAR25RcJZ4okdyPpH8rolyLdUUeW4zCMDDbyLJgnKRYtBW-x7CaAtL_-53fv

(2) *Compte rendu de la séance du CST de l'ANSM du 12 décembre 2018.*

(3) <https://www.letemps.ch/sciences/lor-vert-docteur-langnau>

(4) *Emmanuelle Retaillaud-Bajac, audition du 5 février 2020.*

Le cannabis restera cependant encore quelques décennies dans la pharmacopée française. Cela étant, après que la commission interministérielle des stupéfiants et l'académie de médecine, sollicitées en 1952 sur la question de la prohibition du chanvre indien à des fins médicales, ont conclu à l'unanimité que « l'usage du chanvre indien est à l'heure actuelle presque nul en thérapeutique » et que « la commission ne voit aucun inconvénient à la suppression de ce médicament », **l'article 2 du décret n° 53-241 du 27 mars 1953** interdira « l'importation, l'exportation, la production, le commerce et l'utilisation du chanvre indien et des préparations en contenant ou fabriquées à partir du chanvre indien », lequel était entendu comme « les sommités florifères et fructifères de la plante femelle du Cannabis Sativa L (Urticacées, cannabiniées) de la variété dite indienne » ⁽¹⁾.

Dix-sept ans plus tard, le législateur durcissait la politique en matière de drogue en adoptant la **loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970** relative aux mesures de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses ⁽²⁾, qui fermait toute possibilité d'accès à quelque usage que ce soit, y compris thérapeutique, du cannabis. Comme le fait remarquer la **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MIILDECA)** sur son site, « la loi de 1970 est une loi qui, en rupture avec les lois antérieures, vise les personnes plus que les produits. Elle confirme un principe de prohibition (elle interdit tout usage de stupéfiant, même privé) et d'abstinence, à laquelle les toxicomanes doivent être contraints, au besoin, par le biais de l'injonction thérapeutique. Son principe contribue à renforcer les attitudes discriminatoires entre des usagers dépendants de produits illicites et des usagers dépendants de drogues licites (alcool notamment). Surtout, la loi exige des médecins qu'ils agissent contre la volonté d'individus qui ne nuisent pourtant qu'à eux-mêmes. De fait, la loi de 1970 est appliquée à des usagers de drogues, et, dans la majorité des cas, à des usagers de cannabis. (...) » ⁽³⁾.

En d'autres termes, l'utilisateur est désormais à la fois un délinquant et un malade qu'il convient de traiter.

(1) Décret n° 53-241 du 27 mars 1953 portant règlement d'administration publique relatif à l'importation, l'exportation, la production, le commerce et l'utilisation du chanvre indien et de ses préparations, JO du 28 mars 1953, pages 2976 et 2977. À titre transitoire, l'utilisation du chanvre indien et de ses préparations resta possible jusqu'à épuisement des stocks détenus par les pharmaciens d'officine, les pharmacies hospitalières et les établissements habilités à en faire le commerce, au plus tard jusqu'au 1^{er} janvier 1955, date à laquelle ils auront dû être détruits.

(2) https://www.legifrance.gouv.fr/jo_pdf.do?id=JORFTEXT000000321402&pageCourante=00074; JORF du 3 janvier 1971.

(3) <https://www.drogues.gouv.fr/comprendre/lexique/loi>

ii. Et aujourd'hui ?

Cinquante ans plus tard, les choses ont peu évolué.

Le cannabis reste classé aujourd'hui encore comme stupéfiant par l'article **R. 5132-86 du code de la santé publique**, aux termes duquel « I. - Sont interdits la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi : 1° Du cannabis, de sa plante et de sa résine, des produits qui en contiennent ou de ceux qui sont obtenus à partir du cannabis, de sa plante ou de sa résine ; 2° Des tétrahydrocannabinols, à l'exception du delta 9-tétrahydrocannabinol, de leurs esters, éthers, sels ainsi que des sels des dérivés précités et de produits qui en contiennent. »

Toutefois, le II du même article prévoit que des **dérogations sont possibles, aux fins de recherche** et de contrôle ainsi que de fabrication de dérivés autorisés. Elles sont accordées par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM). De même, peuvent être autorisées « la culture, l'importation, l'exportation et l'utilisation industrielle et commerciale de variétés de cannabis dépourvues de propriétés stupéfiantes ou de produits contenant de telles variétés ».

Enfin, un décret de 2013 ⁽¹⁾ est venu apporter une dernière modification à ce dispositif réglementaire en ajoutant un III qui stipule que « ne sont pas interdites les opérations de fabrication, de transport, d'importation, d'exportation, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition ou d'emploi, lorsqu'elles portent sur des spécialités pharmaceutiques contenant l'une des substances mentionnées aux 1° et 2° du présent article et **faisant l'objet d'une autorisation de mise sur le marché** délivrée en France (...) ».

Cette nouvelle disposition a permis à l'ANSM de délivrer au **Sativex** une autorisation de mise sur le marché en 2014, et plus récemment, en **septembre 2019**, à l'**Épidyolex**, après que ce médicament a bénéficié depuis décembre 2018 **d'autorisations temporaires et nominatives (ATU)** pour de très jeunes patients – à partir de l'âge de 2 ans – souffrant d'épilepsie sévère, pour le traitement des convulsions résistantes aux traitements conventionnels disponibles. Par ailleurs, depuis 2006, le **Marinol** peut également être prescrit sur ATU pour des douleurs réfractaires neuropathiques d'origine centrale par les algologues des centres de la douleur ou des neurologues et uniquement en pharmacie hospitalière.

Ce cadre global permet en conséquence désormais aux médecins de prescrire, dans des conditions néanmoins strictement encadrées, des médicaments à base de cannabis dans notre pays.

(1) Décret n° 2013-473 du 5 juin 2013 modifiant en ce qui concerne les spécialités pharmaceutiques les dispositions de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique relatives à l'interdiction d'opérations portant sur le cannabis ou ses dérivés.

iii. Une évolution timide, aux effets encore très limités

Objectivement, il convient de remarquer que l'ouverture est des plus étroite : en premier lieu, on peut rappeler que l'AMM donnée au Sativex n'a été suivie d'aucun effet puisqu'il n'est pas commercialisé en France, aucun accord n'ayant pu être trouvé avec le fabricant quant au prix de vente ⁽¹⁾.

Dans le même temps, les ATU ne permettent pas une utilisation aisée, et encore moins répandue, des médicaments soumis à ce régime. Lors de leur audition commune, les **représentants des sociétés savantes** ⁽²⁾ ont ainsi unanimement souligné la contrainte forte que constitue pour les médecins le fait d'avoir à solliciter des autorisations temporaires et ont plaidé pour que ces obstacles administratifs, qui sont de véritables freins à la prescription, tombent s'agissant du cannabis utilisé à des fins thérapeutiques.

Il s'agit pour eux d'une **difficulté majeure** qui place des centaines de patients de notre pays en échec thérapeutique dans une position douloureuse, parfois obligés, alors même qu'ils peuvent être en situation de handicap du fait de leur pathologie, à se déplacer à l'étranger pour se fournir en produits prescrits par leurs médecins mais inaccessibles, très coûteux, et non remboursés. Pour les professionnels, et **notamment les neurologues** qui relaient l'attente de leurs patients, cette situation est assez peu compréhensible et les choses sont à leurs yeux bien plus agiles en Allemagne où l'accès aux médicaments est beaucoup plus rapide, sans que l'on y constate plus d'accidents thérapeutiques. En outre, selon l'un des professeurs entendus lors de la table ronde, la France met trop de temps à faire évoluer son dispositif, elle a toujours « deux ans de retard » sur ces questions et ce sont les patients qui en pâtissent. D'une certaine manière, le temps administratif entre en conflit avec celui des patients et des professionnels à leur écoute.

De fait, selon l'ANSM, sur la période 2006-2013, 508 ATU nominatives ont été octroyées et à 70 % pour des douleurs neuropathiques, 167 patients étant traités par du dronabinol ⁽³⁾, commercialisé sous le nom de Marinol. Les éléments donnés par le Respadd l'an dernier confirment la faiblesse de l'utilisation, puisque, au total depuis 2006, **seuls 377 patients ont été traités**, dont 90 l'étaient encore en 2017, répartis dans douze régions métropolitaines ⁽⁴⁾.

(1) En outre, ce médicament a été jugé par la Haute autorité de santé comme n'apportant pas d'amélioration du service médical rendu dans le traitement des symptômes liés à une spasticité modérée à sévère due à une sclérose en plaques. Raison pour laquelle la HAS a proposé que le taux de remboursement soit de 15 % seulement.

(2) Audition le 4 mars 2020 des professeurs : Éric Thouvenot, chef du service neurologie du CHU de Nîmes, chercheur au CNRS, président de la Société française de la sclérose en plaques ; Djamel Ben-Smail, service de médecine physique et de réadaptation, hôpital de Garches, président de la Fondation Garches, représentant le Conseil national professionnel de la médecine physique et de réadaptation ; Gilles Édan, chef du pôle neurosciences du CHU de Rennes, représentant la Société française de neurologie ; Ivan Krakowski, oncologue médical, chef de service interdisciplinaire de « soins oncologiques de support » Institut Bergonié (centre régional de lutte contre le cancer de Nouvelle Aquitaine à Bordeaux), président de l'Association française pour les soins oncologiques de support.

(3) https://www.ansm.sante.fr/var/ansm_site/storage/original/application/368c5f9aba50a83ac1e4af1d3287847e.pdf

(4) La lettre du Respadd, n° 35, avril 2019.

Par comparaison, le régime en vigueur aux Pays-Bas, qui laisse toute liberté aux médecins, qui dispense toute l'information nécessaire aux patients et aux professionnels de santé ⁽¹⁾, ne peut qu'apparaître incomparablement plus libéral.

Mis à part ces médicaments, l'utilisation thérapeutique du cannabis plante ou de préparations magistrales reste prohibée dans notre pays.

b. Un usage illégal mais fréquemment pratiqué

Si la dimension de l'usager comme malade qui figure dans la loi de 1970 s'est peut-être aujourd'hui atténuée, la seconde, celle de l'usager comme délinquant, est loin d'avoir disparu. Alors que beaucoup de pays l'ont d'ores et déjà dépénalisé, l'approche répressive encore en vigueur dans notre pays affecte fortement la situation des patients.

i. Entendre la parole des patients épuisés

C'est peu dire que les patients sont aujourd'hui à bout de forces.

Les pathologies pour lesquelles les espoirs qu'offre le cannabis sont de celles qui sont les plus lourdes et les plus handicapantes : épilepsie sévère, douleurs neuropathiques chroniques ou sclérose en plaques, pour ne citer que celles-ci, les principales. De celles pour lesquelles **l'impasse thérapeutique** rend la vie quotidienne insupportable. De celles, par conséquent, pour lesquelles tout doit être tenté.

Ainsi, à la question de savoir si le cannabis n'était pas parfois faussement présenté comme la panacée, le médicament ultime, la représentante d'une association de patients lors de la table ronde organisée par la mission d'information répondait clairement ⁽²⁾ : « il ne s'agit pas de mettre "trop d'espoir" dans le cannabis : il n'y a déjà plus d'espoir. ».

Ce sont en effet le plus souvent des patients pour lesquelles les thérapeutiques conventionnelles ne sont pas efficaces qui se tournent en désespoir de cause vers cette alternative. Selon les estimations des associations, ils sont des dizaines de milliers dans ce cas : entre le tiers et la moitié des 150 000 personnes souffrant de douleurs neuropathiques sévères pourraient ainsi être soulagées par un apport de cannabis thérapeutique, de même que 10 % des 6 000 malades, hors cause traumatique, de syringomyélie. Il en est de même de quelque 40 000 à 50 000 patients souffrant de sclérose en plaques. Dans le même temps, 30 % environ des épileptiques montrent une intolérance aux médicaments qui leur sont prescrits.

(1) On remarquera aussi que le site de la HAS n'aborde la question du cannabis que sous l'angle des addictions et du sevrage et les guides qu'elle édite, par exemple relatifs à la prise en charge de la sclérose en plaques ou du VIH, ne font nulle mention du cannabis thérapeutique.

(2) Table ronde du 26 février 2020 réunissant les associations de patients suivantes : APAISER (Association Pour Aider, Informer, Soutenir Études et Recherches sur la Syringomyélie et/ou Malformation de Chiari, première association française exclusivement dédiée aux patients atteints de ces maladies rares) ; UNISEP (Union pour la lutte contre la sclérose en plaques), Épilepsie France, Ligue nationale contre le cancer, Imagyn : Initiative des malades atteintes de cancers gynécologiques.

L'incompréhension de ces patients auxquels sont opposés des arguments qu'ils jugent erronés, voire fallacieux, contre le cannabis, au regard de leur propre expérience, doit être entendue comme il se doit : les médicaments, antidouleurs ou psychotropes, qui leur sont prescrits sont lourds et **s'ajoutent à la médication** qu'ils doivent supporter pour leur maladie, **entraînent de fortes addictions** et **des effets secondaires parfois importants** pour une **efficacité thérapeutique insuffisante**, si ce n'est minimale. Pour ne pas parler de la situation de certains enfants, peut-être moins concernés, mais pour lesquels, pour quelques pathologies comme l'épilepsie, l'offre de médicaments, formatée pour les adultes, n'est pas sans risques.

C'est la raison pour laquelle tous plaident aujourd'hui et parfois depuis longtemps pour que la possibilité d'user le cannabis leur soit enfin offerte.

En attendant, nombre d'entre eux pratiquent déjà l'**automédication**, avec les risques subséquents, et se fournissent comme ils le peuvent, en utilisant des produits non standardisés, d'une qualité parfois incertaine, ce qui les expose aux dangers du recours au marché noir. De très nombreux malades témoignent faire usage de cannabis pour soulager leurs maux, parfois depuis de très longues années, comme par exemple Bertrand Rambaud, membre fondateur de l'UFCM-I Care, et responsable du pôle patients, auditionné par la mission d'information ⁽¹⁾. Dans le meilleur des cas, leurs médecins, compréhensifs, leur prescrivent comme on l'a vu des produits qu'ils acquièrent à l'étranger.

ii. Une réelle insécurité juridique

Outre les risques liés aux modalités d'approvisionnement, l'illégalité dans laquelle se trouvent ces malades leur fait courir de réels risques juridiques.

Les dispositions législatives en vigueur au titre de l'usage des stupéfiants – **l'article L. 3421-1 du code de la santé publique**, selon lequel « l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende » sont toujours d'actualité : Maître Ingrid Metton, avocate, a confirmé devant la mission d'information lors de son audition ⁽²⁾ la réalité des risques encourus par les personnes prenant le risque de se fournir ou de cultiver eux-mêmes leur cannabis pour se soigner.

Il a également été rapporté à la mission d'information par une association de patients que de nombreuses personnes sont condamnées pour l'usage, la détention et/ou l'autoproduction de cannabis, sans que ne soit faite une distinction entre usage récréatif et thérapeutique, alors même qu'un dossier médical ou une attestation de leur médecin sont produits. Certains patients se voient condamnés à une amende, variant de 500 à 3 000 euros, éventuellement avec sursis, assortie d'une mise à l'épreuve et d'une injonction thérapeutique dans un centre d'addictologie – rendez-vous avec éducateur spécialisé, analyses d'urine.

(1) Audition du 19 février 2020.

(2) Audition du 26 février 2020.

Une adhérente de cette association, mère de famille au foyer en Ardèche, sans casier judiciaire, a été condamnée à 1 an de prison ferme pour 10 plants de cannabis en intérieur, alors qu'elle avait pu produire les documents médicaux prouvant que le cannabis était nécessaire pour soulager les multiples douleurs dont elle souffrait, et que son état ne pouvait supporter une incarcération. Après expertise, la peine a été suspendue pour raisons médicales.

Quand bien même les poursuites sont classées sans suite, ou se limitent à un simple rappel à la loi, n'entraînant pas condamnation, il n'en reste pas moins que les procédures, qui se traduisent par des phases de garde à vue, parfois prolongée, des perquisitions domiciliaires, de la part d'officiers de police judiciaire et de magistrats peu sensibles à ces questions, sont d'autant plus problématiques qu'elles touchent en l'espèce des personnes souffrant de pathologies souvent lourdes. C'est aussi le cas parfois d'accompagnants, par exemple de parents d'enfants épileptiques.

À tout le moins, cette situation induit pour les usagers une **réelle insécurité juridique** que nul ne peut trouver satisfaisante, d'autant plus que les pratiques des tribunaux ne sont pas homogènes, en regard de leur droit à la santé.

II. UNE EXPÉRIMENTATION TRÈS ATTENDUE, QUI A PRIS UN RETARD FORT REGRETTABLE

Lorsque le législateur donne le feu vert au lancement d'une expérimentation relative au cannabis thérapeutique en votant, à l'automne 2019, un amendement au projet de loi de financement de la sécurité sociale défendu par le rapporteur général de la commission des affaires sociales, il y a déjà plus d'un an que l'ANSM travaille sur le sujet : le comité scientifique spécialisé temporaire (CSST), dont le directeur général de l'agence a décidé la constitution en septembre 2018, en concertation avec le ministère de la santé et les services du Premier ministre, s'est effé réuni pour la première fois le 10 octobre 2018 pour évaluer « la pertinence et de la faisabilité de la mise à disposition du cannabis thérapeutique en France ».

Article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 ⁽¹⁾

I. - À titre expérimental, pour une durée de deux ans, l'État peut autoriser l'usage médical du cannabis sous la forme de produits répondant aux standards pharmaceutiques, dans certaines indications ou situations cliniques réfractaires aux traitements indiqués et accessibles.

II. - Les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation sont définies par voie réglementaire. Elles précisent notamment les conditions de prise en charge, le nombre de patients concernés, les modalités d'importation, de production, d'approvisionnement, de prescription et de délivrance par les pharmacies hospitalières et d'officine ainsi que les conditions d'information et de suivi des patients et de formation des professionnels de santé.

III. - Dans un délai de six mois avant le terme de l'expérimentation, le Gouvernement adresse au Parlement un rapport portant notamment sur l'usage médical du cannabis pour les malades, leur suivi, l'organisation du circuit de prescription et de dispensation ainsi que sur les dépenses engagées. Ce rapport étudie, en particulier, la pertinence d'un élargissement du recours à l'usage médical du cannabis au terme de l'expérimentation et, le cas échéant, les modalités de sa prise en charge par l'assurance maladie.

À la date de présentation de ce rapport, deux ans après le début des travaux de l'ANSM, les patients et les professionnels de santé en attendent toujours la mise en œuvre. Si la crise sanitaire qui a frappé notre pays explique pour partie les retards et les reports, une certaine perplexité touche aujourd'hui les intéressés et l'ensemble des membres de la mission d'information.

(1) Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019.

A. LE CADRE DE L'EXPÉRIMENTATION

Le dispositif adopté par le législateur est l'aboutissement d'un travail approfondi mené par l'ANSM et entamé à l'automne 2018.

1. Les jalons posés par le comité

Dans un premier temps, le CSST de l'ANSM a tout d'abord proposé de définir le cadre général de l'expérimentation.

a. *Le principe de l'expérimentation*

En quelques semaines, le CSST a notamment entendu les professionnels de santé ⁽¹⁾ et les représentants des associations de patients ⁽²⁾. Il a également étudié la littérature scientifique disponible et les législations en vigueur à l'étranger. Très vite, il a pu conclure à la **pertinence de l'expérimentation** lors de sa réunion du 12 décembre 2018.

Dans l'**avis n° 2018-01** qu'il adopte en effet ce jour-là, le CSST, « après en avoir délibéré, **estime**, par 12 voix pour et 1 abstention, **qu'il est pertinent d'autoriser l'usage du cannabis à visée thérapeutique** pour les patients dans les situations cliniques listées ci-dessous et en cas de soulagement insuffisant ou d'une mauvaise tolérance (effets indésirables) des thérapeutiques, médicamenteuses ou non, accessibles (et notamment des spécialités à base de cannabis ou de cannabinoïdes disponibles) :

- dans les douleurs réfractaires aux thérapies (médicamenteuses ou non) accessibles ;

- dans certaines formes d'épilepsie sévères et pharmacorésistantes ;

- dans le cadre des soins de support en oncologie ;

- dans les situations palliatives ;

- dans la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ;

Cet usage à visée thérapeutique du cannabis peut être envisagé en **complément ou en remplacement** de certaines thérapeutiques. ».

Pour prendre cette décision, les membres du CSST se fondent sur un certain nombre d'éléments : **l'état des connaissances scientifiques**, le **niveau de preuve quant à l'efficacité** du cannabis sur certaines pathologies, **l'expérience des pays**

(1) Auditions le 12 novembre 2018 des conseils nationaux des ordres des médecins et des pharmaciens, des Académies nationales de médecine et de pharmacie, du Collège de la médecine générale, de la Fédération française d'addictologie et de la Fédération Addiction.

(2) Auditions le 12 novembre 2018 des associations suivantes : Épilepsie France, France Parkinson, Alliance maladies rares, Principes actifs, Union francophone pour les cannabinoïdes en médecine (UFCM iCARE), NORML France (National organization for the reform of marijuana law).

étrangers, la nécessaire compassion, à savoir le devoir de prendre en compte la souffrance et les conditions de vie des malades en situation d'impasse thérapeutique, ainsi que les **besoins que les professionnels de santé, comme les patients, expriment**.

b. Les éléments de cadrage

Dans la foulée, le CSST a adopté lors de sa réunion du 12 décembre 2018 un certain nombre d'avis complémentaires, destinés à encadrer l'expérimentation.

Dans une **logique de réduction des risques**, avant une éventuelle modification de la législation, il s'est tout d'abord prononcé à l'unanimité pour « que tous les patients ayant un usage de cannabis à visée thérapeutique, bénéficient d'un **accompagnement médical** dans une démarche bénéfique/risque. ». En d'autres termes, compte tenu de risques d'addictions et dans un souci de vigilance vis-à-vis des possibles effets secondaires, le dialogue entre le médecin et son patient est jugé crucial et doit faire l'objet d'une particulière attention.

Dans le même ordre d'idées, le comité s'est prononcé pour exclure le **mode d'administration « fumée »** pour le cannabis thérapeutique ⁽¹⁾.

Par ailleurs, se projetant immédiatement dans le futur, le CSST invite à la mise en œuvre d'une **évolution de la législation** pour permettre l'usage thérapeutique du cannabis au-delà de l'expérimentation. Pour appuyer cette perspective, le comité souhaite, à l'unanimité, la **mise en place d'un suivi des patients** sous forme d'un **registre national** afin de pouvoir assurer une évaluation bénéfique/risque, sur la base d'une évaluation régulière des effets indésirables et de l'expertise des réseaux de pharmacovigilance et d'addictovigilance. Il souhaite enfin que des **études académiques et industrielles** soient réalisées et que des **appels à projets spécifiques** soient lancés pour favoriser la recherche.

c. Des propositions entérinées par l'ANSM

À l'issue de la première phase des travaux, qui avait pour mission d'évaluer l'intérêt thérapeutique du cannabis dans le traitement de certaines pathologies ou de certains symptômes, l'ANSM a souscrit aux propositions émises par le CSST en vue de l'expérimentation, et a indiqué être favorable à l'utilisation du cannabis à visée thérapeutique dans certaines indications.

L'agence a en conséquence proposé « que l'accès à l'usage du cannabis à visée thérapeutique fasse l'objet dans un premier temps d'une expérimentation dont l'objectif principal **serait d'évaluer, en situation réelle, le circuit de prescription et délivrance ainsi que l'adhésion des professionnels de santé et des patients à ces conditions. Son objectif secondaire serait de recueillir des premières données françaises d'efficacité et de sécurité.** » ⁽²⁾

(1) *Qui est en revanche un mode d'administration courant dans certains pays, comme en Israël :* <https://www.alchimiaweb.com/blogfr/cannabis-medical-israel/>

(2) <https://ansm.sante.fr/S-informer/Points-d-information-Points-d-information/Cannabis-a-visee-therapeutique-en-France-l-ANSM-souscrit-au-cadre-de-la-phase-experimentale-de-mise-a-disposition-propose-par-le-Comite-d-experts-Point-d-information>

2. Les modalités de l'expérimentation

La deuxième phase des travaux du CSST s'est tenue dans le courant du premier semestre de l'année 2019. Elle a permis aux membres du comité de définir les **modalités concrètes de l'expérimentation** qu'ils ont présentées dans un « projet d'expérimentation » en juin 2019, formulant des recommandations sur les différents aspects que l'expérimentation devra prendre en compte.

Comme à l'issue de la première étape, **l'ANSM a entériné les propositions suivantes**, formulées par le CSST, qui visent à sécuriser au mieux la prescription et le suivi des patients.

a. Les médicaments

En premier lieu, s'agissant des médicaments qui seront mis à disposition des patients, des modes d'administration, des ratios et des posologies, le CSST pose les recommandations suivantes :

- préparations de cannabis ou d'extraits à spectre complet ;
- **formes à effet immédiat** – sublinguales et inhalées (huile et fleurs séchées pour vaporisation) et **à effet prolongé** – orales (solutions buvables et capsules d'huile) ;
- **cinq ratios** de THC/CBD : 1/1 ; 1/20 ; 1/50 ; 5/20 et 20/1 ;
- adaptation posologique par le médecin jusqu'à obtention de la dose minimale efficace et d'effets indésirables tolérables.

b. Les conditions de prescription et de délivrance

Le CSST recommande également qu'un cadre strict en matière de prescription et de délivrance soit défini, se traduisant ainsi :

- **prescription initiale réservée à des médecins volontaires, obligatoirement et préalablement formés, et spécialistes des cinq pathologies retenues, exerçant dans des centres ou structures de référence pluridisciplinaires et volontaires, répartis sur l'ensemble du territoire ;**
- relais possible par le médecin traitant une fois le patient stabilisé ;
- **renseignement obligatoire du registre national** par les médecins prescripteurs ;
- **dispensation par les pharmacies à usage intérieur** ⁽¹⁾ puis, dans un second temps, après stabilisation du patient, relais par les pharmacies d'officine ;
- maintien de l'accès aux médicaments utilisés durant toute la phase expérimentale pour les patients ayant un bénéfice/risque favorable.

(1) C'est-à-dire essentiellement hospitalières, pour répondre aux besoins pharmaceutiques de personnes prises en charge au sein des établissements

c. Les contre-indications et précautions d'emploi

Prudent, le CSST prévoit certaines dispositions vis-à-vis de plusieurs types de patients ou de situations à risques :

- **contre-indication chez la femme enceinte** et contraception efficace chez les femmes en âge de procréer ;
- **mise en garde sur l'aptitude à conduire** et l'utilisation de machines ;
- prescription possible quel que soit l'âge du patient si le bénéfice supposé est favorable compte tenu de la gravité de la pathologie.

d. Le suivi des patients et l'évaluation des effets indésirables

Afin de pouvoir tirer tous les bénéfices possibles de l'expérimentation, le CSST recommande **la mise en place d'un registre national obligatoire** de suivi des patients, dont les données seront recueillies et analysées.

e. Le calendrier et l'évaluation de la phase expérimentale

Le CSST propose notamment un **séquençage de l'expérimentation en quatre phases** et la création d'un comité scientifique de suivi :

● **six mois de mise en place ; six mois d'inclusion des patients ; six mois de suivi des patients avec remise d'un rapport intermédiaire et six mois d'analyse des données ;**

● création d'un comité scientifique pluridisciplinaire chargé de la mise en place et de l'évaluation de l'expérimentation :

– élaboration d'un cahier des charges pour les fournisseurs de médicaments utilisés dans l'expérimentation ;

– élaboration des formations et du contenu du registre ;

– rédaction d'un guide de recommandations pour les prescripteurs ;

– analyse des données du registre ;

– suivi régulier des données de sécurité ;

– rédaction des rapports d'étude.

f. La communication

Le CSST recommande enfin que des actions de communication et d'information en direction des professionnels de santé et du public soient menées.

3. Un cadre rigoureux à la hauteur de l'ambition

Le cadre précis qui est ainsi fixé doit donner toutes ses chances à l'expérimentation et ouvrir la voie à la pérennisation de l'usage thérapeutique du cannabis.

a. Les raisons d'un cadre strict

Comme le **professeur Nicolas Authier**, président du CSST, a eu l'occasion de le souligner lors de son audition ⁽¹⁾, l'enjeu de cette expérimentation est l'accès aux patients de produits à base de cannabis médical qui, même sans suivre les procédures d'obtention d'AMM, peuvent et doivent néanmoins être qualifiés de médicaments « par fonction et par présentation ». Cette approche est d'ailleurs celle de l'ANSM ⁽²⁾ comme du **législateur** qui a posé dans la loi de financement de la sécurité sociale une **exigence de qualité élevée** en imposant que les produits qui seront utilisés dans le cadre de l'expérimentation répondent aux « **standards pharmaceutiques** ».

Pour le professeur Authier, dès lors qu'il s'agit de soulager des patients, notamment ceux en souffrance chronique, pour lesquels les médications conventionnelles autorisées sont peu voire pas du tout efficaces, **la médecine a le devoir d'essayer de trouver des solutions alternatives**, compte tenu des conséquences importantes, parfois graves, sur la vie quotidienne, personnelle et professionnelle, de ces malades du fait de l'impasse thérapeutique dans laquelle ils se trouvent.

C'est la position qu'ont prise les parties prenantes au débat scientifique qui s'est tenu pendant un an et demi, auquel ont participé les patients, les médecins, les chercheurs, et qui ont conclu, malgré certaines incertitudes quant à l'efficacité du cannabis faute de données scientifiques robustes, qu'il était pertinent de le proposer à des personnes souffrant de pathologies précises, dans des conditions et selon des modalités précises de nature à **garantir la rigueur indispensable à l'exercice** qui, seule, permettra de **rendre un service de qualité** aux patients, en termes de sécurité, de reproductibilité et de perspectives, ainsi que l'ambitionne l'ANSM ⁽³⁾.

Dans cet ordre d'idées, le professeur Authier insistait aussi sur certains des aspects qui peuvent conditionner la réussite de l'expérimentation. C'est notamment le cas de la **formation des professionnels** de santé qui vont devoir s'approprier un nouveau produit, potentiellement porteur d'effets indésirables importants, entre autres, des risques de dépendance.

(1) Le 3 juin 2020. Plus que comme président du CSST, le professeur Authier a toutefois souhaité s'exprimer comme médecin et chercheur, spécialiste de la douleur et des problématiques d'addiction, notamment antalgiques.

(2) Exprimée par exemple lors de l'audition du 22 janvier 2020.

(3) Audition de Christelle Ratignier-Carbonneil, directrice générale adjointe de l'ANSM, 22 janvier 2020.

Dans un contexte encore pour partie passionné, compte tenu de la qualité de stupéfiant du produit, **l'information du grand public** est aussi une des conditions du succès, et au-delà, de la pérennisation de l'usage médical du cannabis.

Accessoirement, il est nécessaire de réfléchir d'ores et déjà aux futures **implications de l'expérimentation**, à savoir le développement d'un nouveau domaine de recherche et de soins ambitieux qui devra définir les contours d'une médecine plus personnalisée, participative et préventive, dans laquelle le patient aura un rôle à jouer quant à l'évaluation de sa thérapeutique.

b. L'assentiment général quant au cadre détaillé qui a été posé

Les positions que la mission d'information a pu recueillir sur l'architecture de l'expérimentation ainsi définie mettent en évidence que cette approche est partagée par l'ensemble des parties prenantes.

En premier lieu parce qu'une expérimentation reposant sur des produits de standard pharmaceutique suppose une **rigueur intransigeante** sur la qualité de ce qui sera proposé, afin d'en garantir la fiabilité et la reproductibilité, et de sortir, de ce fait, les patients de l'incertitude dans laquelle ils se trouvent aujourd'hui.

Si certaines frustrations ont pu être exprimées çà et là, notamment, de la part des associations quant au **nombre limité de bénéficiaires** ⁽¹⁾, dont les raisons sont cependant parfaitement comprises, l'unanimité est totale pour saluer la manière dont les travaux du CSST et les débats ont été conduits et le fait qu'**une nouvelle politique publique était en construction de manière participative**.

Les associations ⁽²⁾ sont de même tout à fait conscientes de la nécessité d'un **accompagnement médical** qu'elles demandent pour les patients qui, à l'heure actuelle, sont souvent dans l'ignorance quant à la nature exacte de ce qu'ils consomment, compte tenu de leurs modes d'approvisionnement, et quant aux possibles effets indésirables. Ils sont ainsi au premier rang pour demander un suivi des produits, exprimer une exigence quant à leur qualité, souhaiter recevoir des informations sur les dosages. En ce sens, la **formation des patients**, comme celles des professionnels de santé, est jugée d'une importance cruciale. Inversement, dans les pays dans lesquels cet aspect n'a pas été prévu, on s'est rendu compte que les médecins ne prescrivaient pas (c'est ce qui s'est passé au Canada ou au Royaume-Uni ⁽³⁾).

(1) À cet égard, il faut préciser que ce ne seront pas 3 000 patients, mais 3 000 places dans la file active tout au long de l'expérimentation. En d'autres termes, les patients qui seraient amenés à la quitter en cours de route, par exemple pour des effets indésirables excessifs, seront remplacés.

(2) Cf. les propos tenus lors de la table ronde du 26 février 2020.

(3) Audition de Nathalie Richard, directrice-adjointe, Direction des médicaments en neurologie, psychiatrie, anesthésie, antalgie, ophtalmologie, stupéfiants, psychotropes et médicaments des addictions, le 22 janvier 2020.

Ce sont des propos identiques que tiennent les représentants des **sociétés savantes** ⁽¹⁾, qui soutiennent sans réserve l'expérimentation et saluent en premier lieu le fait qu'il s'agit d'une **première mondiale** ⁽²⁾. Pour nombre d'entre eux, auditionnés par la mission d'information, la France n'a que trop attendu par rapport à ses voisins, et les preuves suffisantes abondent pour plusieurs pathologies, notamment l'épilepsie et la SEP. Le **professeur Éric Thouvenot** ⁽³⁾, président de la société française de la sclérose en plaques, souligne ainsi que certains des médicaments prescrits communément pour la SEP bénéficient souvent d'un niveau de preuve d'efficacité inférieur, d'une tolérance faible et induisent des effets secondaires importants ⁽⁴⁾; la plupart des neurologues sont depuis très longtemps dans l'attente de la mise à disposition du cannabis et n'ont aucune inquiétude sur d'éventuels risques.

L'expérience qu'ils ont par exemple du Marinol, qu'ils peuvent prescrire moyennant ATU après validation des centres antidouleurs et au prix d'un parcours administratif semé d'embûches et exagérément lourd, est néanmoins positive. Pour ces médecins, l'intérêt de l'expérimentation réside dans le fait qu'elle repose notamment sur un large choix de produits standardisés et sécurisés, et des modes de délivrance également standardisés. Les preuves scientifiques de l'intérêt de cet usage du cannabis sont d'ores et déjà bien établies et l'expérimentation aura en outre une durée supérieure à celle de la plupart des études qui ont pu être menées au niveau international. La formation de l'ensemble des acteurs, le grand nombre de patients, l'organisation des modes de délivrance et la surveillance des patients via le registre, l'analyse des effets secondaires, sont autant d'éléments additionnels prévus par le CSST qui donnent à cette **expérimentation tout son intérêt**, qui permettra au final de sécuriser les circuits de distribution, et de disposer de données de tolérance améliorées.

En d'autres termes, les nombreux patients qui utilisent aujourd'hui le cannabis pourront enfin sortir de l'illégalité et avoir accès à des produits sécurisés. **Il y a même urgence** pour qu'il en soit ainsi, concluent les représentants des sociétés savantes que la mission d'information a auditionnés.

Enfin, les **pharmaciens** se félicitent également de la mise en œuvre de l'expérimentation, notamment en ce qui concerne le traitement de la douleur compte tenu du peu d'offres en matière d'antalgiques efficaces ⁽⁵⁾. Ils sont témoins de la demande des patients et de leurs pratiques, et saluent la véritable solution alternative que représente enfin l'expérimentation.

(1) Table ronde du 4 mars 2020.

(2) Contribution écrite du professeur Ivan Krakowski et des membres du conseil d'administration de l'Association francophone pour les soins oncologiques de support, AFSOS.

(3) Contribution écrite remise à la Mission.

(4) Audition du 4 mars 2020.

(5) Audition de René Maarek, président de l'Union des pharmaciens de la région parisienne, membre du CSST, le 4 mars 2020.

Conscients de la difficulté que cette dispensation nouvelle va représenter pour les officines, en termes de logistique sécurisée, mais aussi de formation à la connaissance des produits, de réappropriation de pratiques perdues de vue⁽¹⁾, l’articulation qui est prévue dans le cadre de l’expérimentation entre patient, médecin et pharmacien, est une opportunité qui va permettre de mettre en place les éléments de sécurisation du dispositif pour l’avenir.

4. Des exigences qui ne divergent pas fondamentalement de ce qui se pratique à l’étranger

Pour rigoureuses qu’elles soient, les conditions d’encadrement de l’expérimentation ne s’écartent pas particulièrement des mesures en vigueur dans la plupart des pays qui ont d’ores et déjà légalisé l’usage thérapeutique du cannabis.

a. Des conditions qui se retrouvent également dans d’autres pays

C’est notamment le cas en ce qui concerne la **liste des pathologies** pour lesquelles la prescription de cannabis est envisageable. Fréquemment, ce sont les douleurs dues à la spasticité de la SEP, certaines formes graves d’épilepsie, ou les douleurs chroniques qui sont concernées. Les possibilités de prescription sont parfois plus restrictives et rares sont en revanche les pays, qui à l’instar des Pays-Bas ou d’Israël, proposent un éventail plus large, jusqu’à laisser la liberté quasi-totale aux praticiens, dans le cadre du dialogue qu’ils entretiennent avec leurs patients.

De même retrouve-t-on souvent la condition de l’**impasse thérapeutique** comme préalable indispensable. Ici aussi, les Pays-Bas se distinguent par leur libéralisme et l’on remarque inversement que le plus souvent ce n’est en effet qu’en cas d’échec des médications conventionnelles autorisées que le prescripteur se voit offrir la possibilité de proposer du cannabis à ses patients. Raison pour laquelle ce sont **souvent les spécialistes** qui sont seuls en droit de prescrire, comme ce sera aussi le cas, dans un premier temps, dans le cadre de l’expérimentation.

Dans le même ordre d’idées enfin, les **modalités de dispensation** des produits sont le plus souvent très proches de ce qui sera pratiqué dans notre pays. La fumée est par exemple assez largement proscrite compte tenu de ses effets néfastes.

b. Des garanties de succès

Cela étant, au regard des expériences étrangères, certaines des recommandations qui ont été formulées par le CSST sont perçues comme posant des garanties de succès pour l’expérimentation. C’est notamment le cas de la formation des professionnels.

(1) À la différence de certains pays voisins, comme la Belgique, les pharmaciens ne font plus de préparation magistrale en France.

En effet, dans plusieurs pays, des **réserves fortes** ont été constatées de la part des professionnels de santé qui se montrent de fait **réticents à prescrire** du cannabis à leurs patients alors même qu'ils y sont autorisés. Nombre d'entre eux allèguent des raisons tenant à leur **méconnaissance du produit**, à leur incertitude quant à l'efficacité, aux effets secondaires ou au flou de la réglementation qui touche à la question de leur responsabilité. Cette situation peut entraîner de fait **l'échec de la politique du cannabis thérapeutique** et conduit à n'améliorer en rien la situation des patients qui restent démunis.

En ce sens, le fait que les médecins et les pharmaciens qui interviendront dans le cadre de l'expérimentation devront être à la fois **volontaires** et avoir reçu une **formation obligatoire**, est **unaniment considéré comme un facteur crucial**.

B. PLUS AUCUN RETARD NE DOIT ÊTRE DÉSORMAIS PRIS

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2020 a autorisé l'État à engager l'expérimentation pour **une durée de deux ans** à dater de son entrée en vigueur. En d'autres termes, l'autorisation donnée par le législateur court jusqu'au 31 décembre 2021.

1. Si la mobilisation de l'ANSM est remarquable...

Les retards s'accumulent qui ont conduit l'ANSM et la DGS à différer de six mois le lancement de l'expérimentation.

Un certain nombre de questions préalables et indispensables au lancement de l'expérimentation devaient être traitées par l'ANSM.

a. Des travaux à marche forcée

Comme on l'a vu, les conditions du succès de l'expérimentation, telles qu'elles ont été définies par le CSST, impliquent que les services de l'ANSM et les experts préparent divers documents afin que la mise à disposition des produits qui seront prescrits aux patients répondent notamment aux critères de qualité et de sécurité requis. Compte tenu de la législation en vigueur dans notre pays, il est en effet exclu que des entrepreneurs français puissent fournir les produits dispensés. Afin de pouvoir commencer l'expérimentation dans des délais raisonnables, l'ANSM doit faire appel à des fournisseurs étrangers, présents sur le marché depuis parfois des années, et proposant des produits de qualité, vérifiés. Cela suppose en conséquence le **respect d'un calendrier serré** dont la presse s'était fait l'écho.⁽¹⁾ Les premières informations qui avaient été fournies à cet égard à la mission d'information en janvier laissaient entendre que les choses avançaient même à marche forcée.

(1) cf. par exemple *Le quotidien du médecin*, 23 janvier 2020.

Malgré les nombreuses étapes à franchir, lors de l’audition de l’ANSM, le 22 janvier, **Christelle Ratignier-Carbonneil**, directrice générale adjointe, avait par exemple indiqué que l’inclusion des patients avait un temps été **envisagée pour le mois de juin 2020** avant d’être plus raisonnablement fixée au mois de septembre. **Nathalie Richard**, directrice-adjointe, avait en outre précisé que le **cahier des charges permettant de s’assurer de la qualité des produits** avait été **validé au début du mois de janvier**, quinze jours plus tôt, par le comité d’experts de l’agence, associé pour cela à des professeurs de la faculté de pharmacologie de Chatenay-Malabry. Ces indications étaient en cohérence avec les informations – d’ailleurs toujours disponibles – figurant sur le site de l’agence selon lesquelles : « Les cahiers des charges décrivant les besoins en matière de produits utilisés, de formation dispensée ou de registre de suivi des patients notamment permettant les mises en concurrence des acteurs économiques **seront publiés en février 2020**. » ⁽¹⁾.

Dès le début de l’année, l’ANSM indiquait travailler également sur les questions permettant d’assurer la sécurisation de la prescription et de la distribution des médicaments et être en train de valider la liste des centres de dispensation. Aux yeux des membres de la mission d’information, tous ces aspects étaient évidemment positifs et d’autant plus remarquables que, comme les responsables de l’ANSM le faisaient observer, du retard avait été pris en fin d’année 2019 compte tenu des grèves.

b. Les moyens de l’ANSM renforcés malgré la crise sanitaire

Il convient de saluer le fait que la mobilisation de la direction générale de l’ANSM ne s’est pas démentie pendant la crise sanitaire et Nathalie Richard, de nouveau auditionnée par la mission d’information ⁽²⁾, a notamment indiqué que, l’expérimentation restant une priorité de l’agence, les chantiers en cours n’avaient pas été suspendus pendant la période de confinement. Ainsi, plusieurs réunions du CSST ont été organisées, avec les patients, les sociétés savantes, les experts. De même, le directeur général de l’agence a renforcé les moyens humains internes consacrés à l’expérimentation en désignant une équipe dédiée, missionnée avec un cabinet de consultants externe pour en assurer le pilotage et optimiser les travaux de préparation ⁽³⁾.

Six chantiers ont ainsi été lancés à cette fin qui n’ont aucunement souffert de la crise du Covid-19, comme cela a été précisé par Évelyne Duplessis. Selon les indications fournies, ils ont notamment permis d’avancer sur la conception du registre des patients qui devront être inclus par les prescripteurs dès le début de l’expérimentation, sur la finalisation des cahiers des charges, d’engager une réflexion sur le modèle d’évaluation économique de l’expérimentation et de travailler sur les divers aspects juridiques, en liaison avec la direction générale de la santé.

(1) [https://ansm.sante.fr/Dossiers/Cannabis-a-usage-medical/En-route-pour-la-phase-experimentale-du-cannabis-a-usage-medical/\(offset\)/2#paragraph_169669](https://ansm.sante.fr/Dossiers/Cannabis-a-usage-medical/En-route-pour-la-phase-experimentale-du-cannabis-a-usage-medical/(offset)/2#paragraph_169669)

(2) Audition du 3 juin, par visioconférence.

(3) Sous la direction d’Évelyne Duplessis, directrice déléguée à l’informationnel et au pilotage, également auditionnée le 3 juin.

2. Le lancement de l'expérimentation a pris un retard préoccupant

Pour autant, ces moyens importants et ce travail continu n'ont pas empêché que le **report de l'expérimentation soit annoncé début juin**.

a. Le report annoncé en juin et ses conséquences

L'article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale a prévu qu'un décret définirait les conditions de mise en œuvre de l'expérimentation, lesquelles devront notamment préciser « les conditions de prise en charge, le nombre de patients concernés, les modalités d'importation, de production, d'approvisionnement, de prescription et de délivrance par les pharmacies hospitalières et d'officine ainsi que les conditions d'information et de suivi des patients et de formation des professionnels de santé. ».

C'est sur la base de ce décret que le directeur général de l'ANSM sera habilité à prendre les décisions administratives nécessaires, par exemple pour le lancement des appels d'offres. Or, selon ce que Nathalie Richard a indiqué à la mission d'information ⁽¹⁾, la forte mobilisation de la DGS durant la crise sanitaire, a entraîné un retard dans la rédaction du décret et consécutivement, le report du lancement de l'expérimentation.

« EXPÉRIMENTATION DE L'USAGE MÉDICAL DU CANNABIS : POURSUITE DES TRAVAUX »

Dans la continuité des travaux menés depuis 2018, la Direction générale de la santé (DGS) et l'ANSM restent pleinement engagés dans la mise en place de l'expérimentation de l'usage médical du cannabis en France. Cependant, en raison de la nécessaire mobilisation des autorités de santé sur la gestion de l'épidémie de COVID-19, **le début de l'expérimentation, initialement prévu en septembre 2020 est reporté au plus tard en janvier 2021**.

Conduits en concertation avec les membres du Comité scientifique de l'ANSM et les sociétés savantes concernées, les travaux pour la prochaine mise en place de l'expérimentation ont récemment permis de consolider différentes actions :

- les critères d'inclusion et de non-inclusion des patients ;
- la conception du registre national électronique de suivi des patients inclus dans l'expérimentation ;
- le cahier des charges permettant la sélection des futurs fournisseurs et distributeurs des médicaments à base de cannabis utilisés pour l'expérimentation ;
- l'élaboration de la plateforme de formation des professionnels de santé. Opérationnelle en décembre 2020, elle permettra aux médecins formés de prescrire le cannabis à usage médical et aux pharmaciens de le délivrer ;
- la liste des centres experts volontaires qui incluront les patients dans l'expérimentation.

Ces éléments pourront être rendus disponibles à partir de la publication d'un décret attendu d'ici l'été.

Source : Communiqué de presse ANSM-DGS, 3 juin 2020.

(1) Audition du 3 juin 2020.

Concrètement, le retard dans la publication du décret impacte directement plusieurs étapes essentielles : la **saisine de la CNIL** qui doit autoriser le registre électronique en premier lieu. De même, si les **modules de formation** des professionnels de santé ont pu d'ores et déjà être préparés, ils ne pourront être disponibles qu'après la publication du décret. Le retard affecte de même **la sélection des fournisseurs et des distributeurs**, le cahier des charges qui leur permettra de soumissionner ne pouvant être communiqué avant.

Selon les informations qui ont été recueillies au début du mois de juillet par la mission d'information, les associations de patients constatent avec fatalisme ces retards s'accumuler. Parfois avec une certaine amertume cependant, au point qu'une impatience se fait jour, de même que s'insinuent parfois des doutes quant à la perspective de voir le cannabis régularisé pour son usage thérapeutique.

b. Où en est l'élaboration du décret ? Ou les lenteurs de l'interministériel

Lors de son audition le 10 juin dernier, Hélène Monasse, sous-directrice de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins à la direction générale de la santé, a indiqué que les travaux communs lancés par l'ANSM et la DGS pour les différents aspects juridiques avaient débuté dès la promulgation de la loi. Ils auraient dû être finalisés dans le courant du mois de mars, au moment où la sous-direction était déjà fortement mobilisée par la crise du Covid-19. Comme on l'a vu, le retard induit a de fait conduit les deux instances à proposer un nouveau calendrier de lancement de l'expérimentation et il avait été indiqué à la mission par la DGS que le décret devrait être publié « dans les toutes prochaines semaines ».

Malheureusement, le travail interministériel sur ce décret a pris du retard puisque selon les informations qui seront données ultérieurement à la mission d'information ⁽¹⁾, la première réunion interministérielle sur le décret n'était programmée que le 10 juillet.

S'il est tout à fait compréhensible que la crise sanitaire ait malencontreusement contribué au bouleversement du calendrier – et il convient de rendre ici l'hommage qui leur est dû aux personnels du ministère des solidarités et de la santé pour le travail qu'ils ont accompli dans des conditions extrêmement difficiles – il n'en reste pas moins, aux yeux des membres de la mission, que la **circulation interministérielle s'avère assez lente**. Ainsi, Catherine Pignon, directrice des affaires criminelles et des grâces au ministère de la justice, a eu l'occasion d'indiquer lors de son audition le 1^{er} juillet, que sa direction n'avait été sollicitée sur le projet de décret que quelques semaines plus tôt.

(1) Audition de Mathias Ginet, conseiller en charge des transitions agro-écologiques, de la politique agricole commune et des filières végétales au cabinet de M. Didier Guillaume, ministre de l'agriculture, le 1^{er} juillet.

Le travail interministériel est aujourd'hui achevé et un projet de décret a été transmis à la CNIL (qui intervient donc deux fois, en amont sur le décret, et en aval sur le registre de patients) qui s'est prononcée lors de sa séance plénière du 3 septembre. Le décret devrait donc maintenant être très rapidement transmis au Conseil d'État, « dans les meilleurs délais » selon la DGS interrogée de nouveau début septembre par le rapporteur.

Proposition : Publier le décret permettant le lancement de l'expérimentation et éviter tout nouveau report.

Une fois le décret publié, la CNIL devra, comme cela a été indiqué, de nouveau se prononcer, cette fois sur le registre des patients. Elle dispose pour ce faire de deux mois, renouvelable une fois. L'on peut donc espérer que la décision se prenne rapidement d'autant que selon les informations que la mission d'information a pu recueillir, beaucoup d'échanges ont eu lieu ces derniers mois sur le registre des patients, entre l'ANSM, la DGS et la CNIL.

c. L'inquiétude de certaines associations de patients

Indépendamment du retard pris par le lancement de l'expérimentation, les associations de patients s'interrogent sur certaines orientations qui semblent se dessiner.

i. Des critères qui évoluent ?

Une certaine déception est aujourd'hui évoquée quant à la manière dont le CSST fonctionne. Tout semble se passer comme si, aux dires des associations, des évolutions étaient en train de se dessiner notamment sur les critères d'inclusion des patients au sein de l'expérimentation, sous la pression de certaines sociétés savantes.

Plusieurs des associations de patients interrogées voient par exemple les sociétés savantes prendre une place exagérée dans les derniers débats et revenir sur les questions tranchées au tout début des travaux, en termes de bénéfices/risques et proposer de ce fait de restreindre l'éventail des usages. Or, argumentent les associations, l'objet de l'expérimentation a toujours été de mettre en place une formation des professionnels de santé, un circuit de prescription, de transport et distribution par des entreprises qualifiées, afin d'acheminer des produits stupéfiants jusque dans les pharmacies, et adapter ce circuit aux éventuelles spécificités du cannabis.

La question de l'efficacité du cannabis était résolue, comme d'ailleurs le rappelait le professeur Authier dans son audition, et il ne s'agissait pas d'exclure des malades. À entendre certains, c'est précisément ce qu'il se passe aujourd'hui au sein du CSST et l'inquiétude de plusieurs interlocuteurs est telle qu'ils y voient un changement de paradigme non-dit, et de ce fait une possibilité d'échec, les fondements mêmes de l'expérimentation étant remis en cause.

Proposition : Respecter strictement les critères de l'expérimentation initialement définis par le CSST

ii. La question de la gratuité

Le **principe de gratuité des produits** qui seront fournis par les entreprises sélectionnées aux patients inclus dans l'expérimentation n'est pas sans susciter quelques inquiétudes chez les associations concernées.

En effet, il est des modes d'administration des produits cannabinoïdes extrêmement chers, les dispositifs de vaporisation de fleurs séchées coûtant environ 300 euros. Certains patients doivent impérativement être traités ainsi, cette modalité permettant un effet rapide, quand d'autres pourront aisément se contenter de gélules offertes, à effet plus lent. Quoi qu'il en soit, la crainte est exprimée selon laquelle les entreprises seront peut-être peu disposées à fournir également le dispositif à de nombreux patients de l'expérimentation.

Au-delà de ce premier aspect, la question budgétaire attire l'attention des associations dans la mesure où aucune estimation n'est donnée quant au coût global de l'expérimentation. En ce sens, les responsables de l'ANSM ont indiqué ⁽¹⁾ que l'agence assumait sur son budget propre les coûts actuels de préparation de l'expérimentation : conception du registre, des formations, etc. Cela étant, aucune précision n'a encore été donnée quant aux prix des produits ⁽²⁾ – estimé à quelque 3 millions d'euros par les entreprises étrangères auditionnées – et au coût des autres postes, multiples, qui permettront la réalisation de l'expérimentation sur sa durée, dans la mesure où la définition du modèle économique pour cela n'a pas encore été finalisée. La crainte est exprimée par certaines associations d'une forme de contrepartie qui pourrait être exigée par les entreprises en échange de la gratuité des produits mis à disposition, que ce soit sous forme d'accès au marché qui sera ouvert ultérieurement ou autre. Quoi qu'il en soit, il y a là, et le rapporteur partage ce sentiment, un risque potentiel, et une interrogation des plus légitime.

Proposition : Afin d'en garantir le déroulement impartial, renoncer à la gratuité et définir le budget nécessaire à la réalisation de l'expérimentation.

Le professeur Nicolas Authier concluait le propos liminaire de son audition en indiquant que l'on entrait dans une nouvelle forme de médecine, ambitieuse, et que le temps était venu d'une **décision politique forte** pour concrétiser les propositions qui ont été faites au long des derniers mois pour l'utilisation de ces médicaments et offrir aux patients qui en ont besoin les moyens de les soulager enfin. C'est ce à quoi invite également le rapporteur.

(1) Audition du 3 juin

(2) Audition du 24 juin 2020

Au sortir de l'expérimentation : sécuriser les patients et les professionnels et créer les conditions de développement d'une filière française

La **pérennisation de l'expérimentation exige une sécurisation des patients** au travers, notamment, d'une définition claire du statut du cannabis thérapeutique, de la garantie du remboursement de ces produits, de la formation de l'ensemble des personnels médicaux et d'une réflexion sur l'élargissement éventuel du dispositif à d'autres indications.

Cette généralisation potentielle invite également à **lever dès à présent les freins qui rendent impossibles le développement d'une filière française du cannabis thérapeutique**, alors même que de nombreux acteurs se disent prêts à produire. La constitution d'une filière française du cannabis thérapeutique répond à un **impératif de souveraineté sanitaire** dont la crise du Covid-19 a souligné le caractère stratégique et constitue un **levier important de développement économique et de diversification de l'activité agricole**.

C. SÉCURISER LES PATIENTS FRANÇAIS DANS L'HYPOTHÈSE D'UNE PÉRENNISATION DE L'EXPÉRImentation

La pérennisation probable de l'expérimentation exige que soit anticipée, pour la sécurité des patients, la question **du statut du cannabis thérapeutique, indispensable préalable à la possibilité d'un remboursement** de ces traitements. Elle invite également, afin que ne soit pas trop gravement affectée la vie sociale des patients, à une réflexion sur **la possibilité, sous conditions, de continuer à conduire**. La **formation de l'ensemble des professionnels de santé**, ainsi que celle des acteurs de la chaîne pénale, sera également indispensable. Enfin, la question d'un éventuel **élargissement du nombre de pathologies pouvant permettre le recours au cannabis thérapeutique** devra être étudiée.

1. Définir clairement le statut du cannabis thérapeutique pour en assurer le remboursement effectif

Le caractère raisonnable du prix payé par les patients pour obtenir les traitements à base de cannabis thérapeutique est particulièrement important dans la mesure où, dans le cadre de l'expérimentation, les patients retenus pourront bénéficier de ces produits gratuitement. Une rupture brutale de l'approvisionnement à la fin de l'expérimentation ne serait pas justifiable. De plus, ainsi que le soulignait le directeur général de l'entreprise Elican Biotech, M. Henry Hennion, **les pathologies retenues dans le cadre de l'expérimentation destineront le cannabis thérapeutique à une population nombreuse, plus âgées que la moyenne et à plus faibles revenus** ⁽¹⁾. Cette accessibilité est également la condition pour éviter un recours massif au marché noir ou à l'autoculture (*voir encadré*).

(1) Audition du 17 juin 2020.

L'autoculture du cannabis à visée thérapeutique

L'autoculture, qui consiste en la culture par l'usager de cannabis d'une production destinée à sa consommation personnelle ou pour un cercle restreint sans contrepartie financière, est un phénomène croissant en France, sans qu'il soit possible d'évaluer les quantités de cannabis destinées à un usage qui pourrait être qualifié de thérapeutique des plantes destinées à un usage dit « récréatif ».

L'enquête de 2010 du Baromètre santé fait apparaître qu'environ 5,6 % des usagers de cannabis dans l'année âgés de 15 à 64 ans, soit autour de 210 000 personnes, ont recours, plus ou moins occasionnellement, à l'autoculture (Beck *et al.*, 2011) ⁽¹⁾.

Certains pays ont autorisé l'autoculture, exclusivement à des fins thérapeutiques – c'est le cas notamment en Allemagne, en Grèce, en Colombie, dans certains États américains, du Mexique, en Afrique du Sud – ou, plus largement, pour une consommation personnelle – Autriche, Espagne, Pays-Bas (cinq pieds maximum par maison et un seul appareil de culture), République tchèque (5 plants par personne maximum), Russie (20 plants par maison), Équateur, Uruguay, s'il s'agit d'une variété avec un taux de moins de 0,3 % de THC en Bulgarie, en Croatie, en Chypre, au Danemark, en Hongrie, en Irlande, en Italie, en Lituanie, au Luxembourg, en Pologne, au Portugal, en Roumanie, en Slovaquie, en Suède et, pour les variétés avec un taux de THC inférieur à 1 % en Suisse.

L'objectif de l'expérimentation en France est de vérifier la solidité d'un dispositif de distribution légale de cannabis thérapeutique permettant ainsi aux personnes malades de sortir de l'approvisionnement via le marché noir ou l'autoculture.

Les associations de patients s'inquiètent donc de la prise en charge des médicaments à base de cannabis dans le cadre de la pérennisation de l'expérimentation.

L'audition, le 24 juin, par la mission de représentants de la Haute autorité de santé (HAS) a été l'occasion de rappeler que, pour l'heure, cette autorité n'était nullement associée à l'expérimentation. **La question d'un éventuel remboursement des produits à base de cannabis en cas de pérennisation de l'expérimentation n'est donc, à ce stade, pas abordée.**

Le parcours qui permet actuellement le remboursement de médicaments en France suscite des inquiétudes car il semble peu adapté aux spécificités du cannabis thérapeutique, si le statut de celui-ci n'est pas plus clairement défini.

La question du statut du cannabis thérapeutique revêt donc, dans cette perspective, une importance capitale.

(1) OFDT, « Les Mutations du marché du cannabis en France. Produits, approvisionnements, nouvelles pratiques, juillet 2019. Consultable en ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmgz7.pdf>

Il est important de souligner que les différents produits issus du cannabis ne s'inscriront pas dans une seule et même catégorie :

– certains produits entreront dans la **catégorie des spécialités pharmaceutiques** disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), comme c'est le cas du Sativex (a) ;

– en revanche, **tel ne sera pas le cas des traitements se présentant sous des formes non-galéniques, dans le cas, par exemple, des fleurs séchées de cannabis pour inhalation par vaporisation.** Il est, en outre, douteux que ces traitements puissent entrer dans la catégorie des préparations magistrales, hospitalières ou officinales⁽¹⁾ dans la mesure où les premières doivent être préparées pour un « *malade déterminé* », les deuxièmes correspondre à une « *rupture de stock d'un médicament* » et les dernières être préparées en pharmacie pour être « *dispensées directement aux patients approvisionnés par cette pharmacie* ». Dès lors, deux options sont envisageables :

- la création d'un statut *ad hoc* pour ces produits (b) ;
- leur inscription au sein des « dispositifs médicaux » définis par le droit européen et français (c).

À chacun de ces statuts correspond un parcours de remboursement différent.

a. Le cas des spécialités pharmaceutiques à base de cannabis disposant d'une autorisation de mise sur le marché (AMM)

Certains produits constitueront des spécialités pharmaceutiques et pourront, une fois obtenue une autorisation de mise sur le marché, s'inscrire dans un parcours classique de remboursement (*voir encadré*). L'exemple du Sativex, premier médicament à base de cannabis ayant obtenu une AMM en France, constitue néanmoins un précédent peu encourageant (*voir deuxième encadré*).

(1) L'article L5121-1 du code de la santé publique distingue les préparations (magistrale, hospitalière ou officinale) des spécialités pharmaceutiques disposant d'une AMM. Toutes constituent néanmoins un médicament.

Rappel du parcours permettant le remboursement d'un médicament en France

- 1) Pour pouvoir être commercialisé, un médicament doit bénéficier d'une **autorisation de mise sur le marché (AMM)** française ou européenne ;
- 2) Un **dossier de remboursement** peut alors être déposé par l'industriel afin que la Haute autorité de santé se prononce en vue du remboursement et de la fixation du prix ;
- 3) La **commission de la transparence (CT) de la HAS rend alors un avis** fondé sur des données cliniques. Les experts de la CT fondent leur avis sur deux critères : le **service médical rendu par le médicament (SMR)** et l'évaluation du progrès par rapport aux traitements disponibles, c'est-à-dire **l'amélioration du service médical rendu (ASMR)** ;
- 4) **L'Union nationale des caisses d'Assurance maladie (Uncam) fixe alors le taux de remboursement**, en se fondant notamment sur l'évaluation du service médical rendu et de la gravité de l'affection concernée. Ainsi par exemple, un service médical rendu important dans une pathologie grave assure un remboursement de 65 % tandis qu'un SMR insuffisant entrainera une décision de non-remboursement ;
- 5) Enfin, le **Comité économique des produits de santé (CEPS) négocie le prix du médicament avec l'industriel** sur la base des avis de la HAS. Une décision de prise en charge du remboursement est ensuite prise par les ministères.

L'expérience du Sativex®, premier médicament à base de cannabis ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France et destiné au traitement de certains symptômes de patients souffrant de sclérose en plaques, **suscite des inquiétudes que partagent les membres de la mission** (*voir encadré*).

Plus récemment, un deuxième médicament, l'Epidyolex® a fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché par l'Agence européenne des médicaments en septembre 2019 ainsi que d'un avis de la commission de la transparence de la Haute autorité de santé (HAS) rendu le 13 mai 2020. Ce traitement, indiqué en association au clobazam dans le traitement des crises d'épilepsie associées au syndrome de Lennox-Gastaut (SLG) ou au syndrome de Dravet (SD), chez les patients de 2 ans et plus, **a été considéré par la HAS comme rendant un service médical « important » et apportant une amélioration « mineure » du service médical rendu, avec un taux de remboursement proposé de 65 %**. La mission suivra avec intérêt les négociations du prix et la procédure permettant d'envisager le remboursement de ce médicament qui suscite également des espoirs importants dans les rangs des patients.

Le Sativex® : une AMM mais pas d'accord sur le prix

Le Sativex®, un spray bucal, peut être prescrit en deuxième intention pour pallier les troubles de spasticité modérée à sévère chez les patients atteints de sclérose en plaques.

Le 8 janvier 2014, l'Agence nationale de la sécurité des médicaments (ANSM) a délivré une autorisation de mise sur le marché (AMM) en France du Sativex.

Le laboratoire espagnol Almirall souhaitant commercialiser SATIVEX® a alors déposé une demande d'inscription sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux et sur la liste des spécialités agréées aux collectivités.

La commission de la transparence de la Haute autorité de santé (HAS) a publié un avis sur le Sativex le 22 octobre 2014, estimant « **faible** » le service médical rendu (SMR), tandis que l'amélioration du service médical rendu (ASMR) était considérée comme « **inexistante** », entraînant une proposition de taux de remboursement de 15 %.

Les négociations du prix entre ce laboratoire et le Comité économique des produits de santé (CEPS) n'ont cependant pas abouti. **Le médicament n'est donc ni prescrit, ni distribué en France.**

Il est aujourd'hui commercialisé dans 18 pays européens pour un prix moyen estimé entre 400 et 440 euros. D'après les informations transmises par la HAS et la direction de la sécurité sociale (DSS), le remboursement de ce médicament est très variable selon les pays : le médicament est dispensé et remboursé dans un cadre hospitalier en Espagne et en Italie, fait l'objet d'un remboursement au Royaume-Uni, en Espagne, en Allemagne, au Danemark, en Autriche, en Norvège, en Suisse, au Liechtenstein, en Italie mais a fait l'objet d'un refus de remboursement en République tchèque, Pays-Bas, Finlande et Australie ⁽¹⁾.

b. En cas de statut particulier défini pour certains produits du cannabis thérapeutique

Dans le cas où les produits ne peuvent disposer d'une AMM, la création d'un statut spécifique du cannabis thérapeutique pourrait être envisagée, comme au Danemark.

Dans cette hypothèse, un circuit *ad hoc* de remboursement devrait être mis en place. Mme Floriane Pelon, qui représentait la direction de la sécurité sociale (DSS) du ministère des solidarités et de la santé le 24 juin devant la mission d'information, a indiqué que l'homéopathie constituait un précédent de produits ne jouissant pas d'une AMM mais qui avaient pu faire l'objet d'un avis de la HAS.

La constitution d'un circuit *ad hoc* afin de permettre le remboursement de certains produits du cannabis qui ne constitueraient pas à proprement parler des médicaments est donc envisageable. **Néanmoins, relevant de l'exception, elle nécessiterait une particulière volonté de la part des pouvoirs publics, qui n'est en rien garantie.**

(1) Source : avis de la commission de la transparence de la Haute autorité de la santé (HAS) du 22 octobre 2014, consultable en ligne : https://www.has-sante.fr/upload/docs/evamed/CT-13520_SATIVEX_Ins_Avis2post-auditon_CT13520.pdf

c. En cas d'inscription de ces produits du cannabis dans la catégorie des dispositifs médicaux

L'option la plus satisfaisante constituerait peut-être à inscrire ces produits dans la catégorie définie en droit européen de « dispositif médical »⁽¹⁾, retranscrite en droit français au sein du livre II de la cinquième partie du code de la santé publique. L'article L. 5211-1 du code de la santé publique définit ainsi les dispositifs médicaux : « tout instrument, appareil, équipement, matière, produit, à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article utilisé seul ou en association, y compris les accessoires et logiciels nécessaires au bon fonctionnement de celui-ci, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens. ».

L'introduction de certains produits du cannabis thérapeutique au sein de cette catégorie présenterait de nombreux avantages, permettant notamment l'émergence d'une filière économique française pour les produits du cannabis à visée thérapeutique tout en maintenant un contrôle médical sur les biens mis sur le marché et favorisant une harmonisation européenne des législations relatives au cannabis thérapeutique⁽²⁾.

Dans cette hypothèse, il reviendrait à la commission nationale d'évaluation des dispositifs médicaux et des technologies de santé (CNEDiMETS) de la HAS de procéder à leur évaluation, en vue de leur remboursement par l'Assurance maladie, dans le cadre d'une procédure classique pour ce type de produits.

Proposition : Initier dès à présent une réflexion sur le statut des différents produits du cannabis thérapeutique afin de garantir que ces traitements puissent s'inscrire dans le cadre d'un parcours permettant leur remboursement.

2. Approfondir la question des tests afin de permettre la conduite automobile lorsque les effets du cannabis ont cessé

Si la prohibition de la conduite sous l'emprise de stupéfiants ne saurait être remise en cause, le cas particulier des patients faisant l'objet d'un traitement à base de cannabis thérapeutique doit inciter les pouvoirs publics à mener une réflexion approfondie sur cette question.

(1) Règlement (UE) 2017/745 du Parlement européen et du Conseil du 5 avril 2017 relatif aux dispositifs médicaux, modifiant la directive 2001/83/CE, le règlement (CE) n° 178/2002 et le règlement (CE) n° 1223/2009 et abrogeant les directives du Conseil 90/385/CEE et 93/42/CEE.

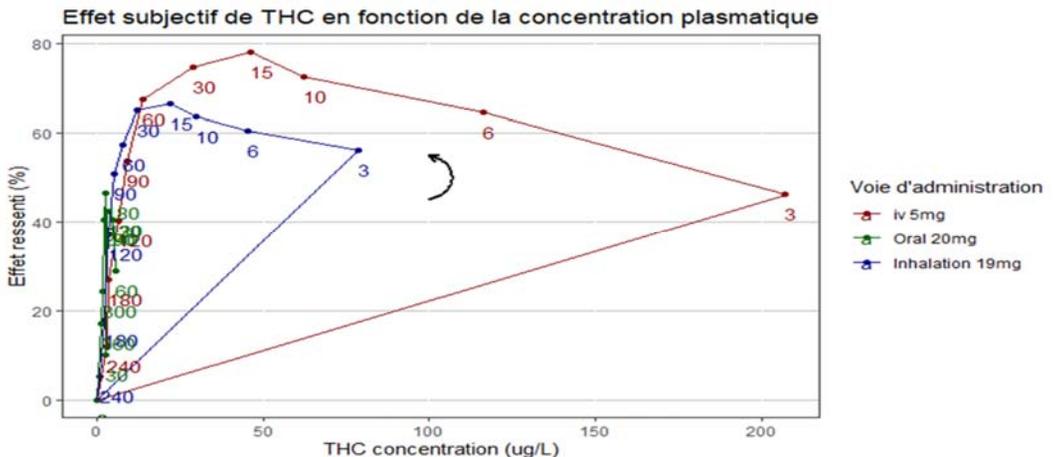
(2) Voir : BISIQU (Yann), « Cannabis thérapeutique : stratégie pour une politique de santé publique », Revue Droit et Santé, n° 89, mai 2019, pp. 344-352.

Pour l'heure, ainsi que l'ont rappelé les représentants du ministère de l'intérieur, l'infraction est constituée que l'usage du cannabis soit licite ou illicite. L'infraction est également constituée que cet usage soit certain ou douteux du fait de la faiblesse des traces retrouvées à l'analyse, **y compris si ces traces sont trop faibles pour laisser raisonnablement supposer une altération des facultés du patient et de sa capacité à conduire.**

L'impossibilité de conduire constitue néanmoins un grave obstacle au maintien d'une vie sociale et professionnelle normale des patients. Un travail approfondi doit donc être mené pour déterminer des seuils de THC présents dans la salive et le sang au-dessous desquels les facultés des patients ne sont pas affectées, rendant la conduite automobile possible.

Les spécificités du THC rendent la détermination d'un tel seuil peu aisée :

– **La durée au cours de laquelle les cannabinoïdes peuvent être détectés dans le sang des consommateurs quotidiens est très longue et sans corrélation avec les effets ressentis.** Un graphique, présenté par le professeur Nicolas Simon à la mission (*voir ci-dessous*) souligne **la faible corrélation entre la concentration de THC dans le sang et les effets ressentis.** Les effets et concentrations sont variables en fonction de la voie d'administration choisie. De manière générale, les concentrations augmentent très vite, l'effet est ensuite ressenti mais chute rapidement tandis que la variation des concentrations est faible. **Il importe d'adapter à ces caractéristiques la définition de l'infraction et de développer des tests adaptés.**



Source : graphique issu de la présentation par le Pr Nicolas Simon à la mission d'information commune lors de son audition le 8 juillet 2020.

– À cette absence de rapport linéaire entre emprise et dosage sanguin du THC **s’ajoute une très forte variation des concentrations sanguines dans le sang d’un individu à l’autre**. Une étude récente, menée sur 15 consommateurs chroniques et 15 consommateurs occasionnels a démontré que le cannabis inhalé conduisait à des concentrations sanguines de THC deux fois supérieures chez les consommateurs occasionnels que les consommateurs chroniques ⁽¹⁾. Il importe également de tenir compte de ces particularités.

Il est ainsi indispensable qu’un effort de recherche soit initié, afin d’adapter les tests et l’interdiction de conduire à la situation des patients.

Proposition : Renforcer la recherche sur les effets du THC sur les facultés des consommateurs afin de développer des tests adaptés et de fixer un seuil au-dessous duquel, pour les patients consommant du cannabis dans un cadre thérapeutique légal, la conduite automobile peut être autorisée.

3. Étendre la formation à l’ensemble des professionnels

La généralisation de l’expérimentation devra également s’accompagner d’un élargissement de la formation des personnels soignants. Cette formation, conçue pour les seuls médecins dans le cadre de l’expérimentation, pourrait être étendue avec profit à l’ensemble des personnels soignants, en particulier aux infirmiers.

Par ailleurs, Yann Bisiou, maître de conférences à l’université de Montpellier, est de ceux qui considèrent que la **formation est effectivement au cœur du dispositif**, et souligne qu’elle doit concerner non seulement les professionnels de santé mais aussi les patients, voire au-delà, les travailleurs sociaux ainsi que les acteurs de la chaîne répressive. S’agissant des seuls professionnels de santé, il plaide ainsi pour que la formation initiale qui sera dispensée au début soit approfondie, pour ceux qui le souhaiteraient, par des modules intégrés dans le **dispositif de développement professionnel continu, DPC** ⁽²⁾. Le rapporteur partage cette recommandation.

Proposition : Inclure dans les orientations pluriannuelles prioritaires de développement professionnel continu la prescription du cannabis et l’accompagnement des patients et étendre à l’ensemble des personnels soignants les efforts de formation destinés actuellement aux seuls médecins.

(1) J.C.Alvarez, N.Simon et al., « Relation pharmacocinétique/pharmacodynamique entre la concentration sanguine de tétrahydrocannabinol et l’aptitude à conduire un véhicule chez des consommateurs occasionnels ou chroniques de cannabis », Bulletin de l’Académie nationale de médecine, volume 204, pp. 477-485.

(2) *Audition du 26 février 2020.*

De manière plus générale, c'est **la formation et la sensibilisation de l'ensemble de la chaîne pénale, en particulier celle des magistrats, des policiers et des gendarmes, qui doit être envisagée**. Il est important d'anticiper la manière dont seront effectués les contrôles des patients et, en particulier, les pièces qui leur permettront de justifier l'usage de cannabis. La production d'une ordonnance devrait permettre d'éviter les poursuites. En la matière, néanmoins, des questions techniques demeurent non résolues, comme l'a souligné Mme Catherine Pignon, directrice des affaires criminelles et des grâces (DACG) au ministère de la justice, indiquant lors de son audition que le caractère non falsifiable des ordonnances devrait être garanti, ce qui n'était pas chose aisée.

Maître Ingrid Metton, entendue par la mission le 26 février 2020, soulignait également un risque de multiplication des interpellations de patients souffrant d'autres pathologies graves que celles pour lesquelles des traitements à base de cannabis seront autorisés. Ces interpellations, qui aboutissent généralement à des dispenses de peine, entraînent une inscription au casier judiciaire et des conditions de poursuite parfois incompatibles avec l'état de santé des patients. Elles doivent faire l'objet d'une réflexion au cours de l'expérimentation et dans l'hypothèse de son prolongement. Elles rendent particulièrement nécessaires **la formation et la sensibilisation des personnels médicaux qui interviennent dans le cadre de ces procédures**.

4. Envisager l'élargissement de l'usage du cannabis thérapeutique à d'autres indications

Les cinq indications⁽¹⁾ auxquelles se limite l'expérimentation du cannabis thérapeutique représentent un champ relativement restreint comparé aux indications retenues dans d'autres pays (voir supra) et aux effets bénéfiques dont témoignent certaines associations de patients.

Entendues par la mission d'information, plusieurs associations de patients ont souligné la nécessité d'envisager un élargissement à d'autres indications de la possibilité de recourir au cannabis thérapeutique, une fois validé par l'expérimentation le circuit de prescription et de distribution de ces traitements. Ainsi, M. Philippe Andrieux, représentant de l'association Principes actifs, soulignait lors de son audition le mercredi 19 février 2020, disposer de très nombreux témoignages de patients souffrant notamment de « maladies de Crohn, glaucome à l'œil, migraines céphalées, migraines chroniques, troubles anxieux généralisés, syndromes de stress post-traumatiques » dont l'état connaissait une nette amélioration du fait d'un recours au cannabis.

(1) Pour mémoire : les indications retenues pour la phase expérimentale en cas de soulagement insuffisant ou d'une mauvaise tolérance (effets indésirables) des thérapeutiques médicamenteuses ou non accessibles et notamment des spécialités à base de cannabis ou de cannabinoïdes déjà disponibles en tenant compte des recommandations de bonnes pratiques : a) douleurs neuropathiques réfractaires aux thérapies (médicamenteuses ou non) accessibles, b) certaines formes d'épilepsie pharmacorésistantes, dans certains symptômes rebelles en oncologie (tels que nausées, vomissements, anorexie...), c) dans les situations palliatives, d) dans la spasticité douloureuse de la sclérose en plaques ou e) des autres pathologies du système nerveux central.

De même, M. Bertrand Rambaud, président de l'association UFCM-I Care a rappelé que « 41 pathologies avaient été recensées par l'Association Internationale du Cannabis Médical qui regroupe des professionnels de santé en Europe ».

Une réflexion sur l'élargissement des prescriptions à d'autres indications doit donc être menée, d'autant plus que, ainsi que le soulignait Maître Ingrid Metton lors de son audition, la mise à disposition de médicaments à base de cannabis en France est susceptible de susciter un engouement de la part de patients atteints de maladies graves mais ne correspondant pas aux indications retenues, ce qui pourrait entraîner une augmentation du nombre de personnes gravement malades poursuivies.

Proposition : Entamer une réflexion sur l'élargissement de la possibilité de prescrire du cannabis thérapeutique dans le cadre d'autres pathologies que celles retenues pour l'expérimentation.

D. CRÉER LES CONDITIONS DE DÉVELOPPEMENT D'UNE FILIÈRE FRANÇAISE

Alors que certains acteurs estiment que près de 700 000 patients pourraient à terme recourir à des traitements médicaux à base de cannabis, la mission d'information **regrette que les ministères n'aient pas engagé une démarche volontariste pour déterminer et créer les conditions de développement d'une filière française du cannabis thérapeutique**. Celle-ci contribuerait à la souveraineté sanitaire du pays et constituerait un important marché pour l'ensemble de la chaîne de production agricole et de transformation. Cette absence d'anticipation est d'autant plus regrettable que de nombreux acteurs se disent prêts, dans un délai relativement bref, à produire les traitements nécessaires aux patients, sans que cela remette évidemment en cause la production industrielle de chanvre dont notre pays est un des champions.

1. Le cannabis thérapeutique représente un important marché qu'il importe d'ouvrir aux acteurs français

Les conditions prévues pour l'expérimentation conduiront à une domination totale du marché par des acteurs économiques étrangers, **alors même que les acteurs français disposent de compétences permettant à court terme la mise en place d'une filière française**.

a. La culture du chanvre à visée thérapeutique représente un important marché abandonné aux entreprises et aux producteurs étrangers

Les caractéristiques de l'expérimentation créent les conditions, en cas de pérennisation de celle-ci, d'une domination totale du marché par des entreprises et des producteurs étrangers. Alors même que la France est aujourd'hui le premier producteur de chanvre européen (75 % de la production européenne), l'autorisation de l'usage du cannabis à visée thérapeutique sera sans conséquence pour les entreprises et les agriculteurs français.

Si le **développement d'une filière nationale est, avant tout, un enjeu de souveraineté sanitaire dont la crise du Covid-19 a rappelé le caractère stratégique, il constitue également un levier important de développement économique pour certains territoires, en particulier ruraux**, pour les producteurs agricoles tout comme les laboratoires pharmaceutiques. Le Syndicat professionnel du chanvre (SPC), dans son livre blanc intitulé « Le Cannabis à visée thérapeutique en France. Quelle régulation pour quels patients » (août 2019) souligne ainsi que « de nombreux territoires ruraux métropolitains (Creuse, Morbihan, Ardèche, Finistère, Vendée, Landes...) pourraient bénéficier de ces nouvelles opportunités. C'est également le cas de nombreux territoires d'outre-mer tels que les Antilles, la Guyane, la Réunion ou les îles du Pacifique, qui possèdent un climat particulièrement favorable à cette culture, permettant ainsi une production écologiquement responsable pour les besoins locaux ainsi que pour les exportations »

Le syndicat professionnel du chanvre estime ainsi que la culture du chanvre, en cas de valorisation de la fleur, est **trois fois plus rémunératrice qu'une culture céréalière** (voir tableau) ⁽¹⁾. Ces estimations doivent néanmoins être interprétées avec prudence car elles ne correspondent pas à la seule utilisation thérapeutique de ces fleurs, mais aussi aux usages dits « bien-être ». **En outre, elles contredisent les estimations d'autres organisations, notamment celles de l'interprofession du chanvre.** Mme Fichaux, directrice d'InterChanvre, lors de son audition du 3 juin 2020, a ainsi présenté à la mission différents systèmes de « chaînes de valeur » soulignant que le chanvre industriel permettait actuellement aux agriculteurs de capter la valeur ajoutée, leurs marges s'élevant, en moyenne sur l'ensemble des chanvrières et au cours des cinq dernières années, à 501 € l'hectare, tandis que le cannabis médical, cultivé *in door*, n'offrirait pas de gain de rendement ou de revenu aux agriculteurs mais bénéficierait aux laboratoires.

Un niveau de rentabilité jamais égalé sur les cultures françaises en cas de valorisation de la fleur	
PLANTE	RENTABILITÉ À L'HECTARE
 Maïs	900 €
 Blé	800 €
 Colza	1 000 €
 Chanvre (aujourd'hui)	550 €
 Chanvre en cas de valorisation de la biomasse florale	1 500 €
 Chanvre en cas de valorisation de la biomasse florale + graines bio	3 000 €

Source : Syndicat professionnel du chanvre, Manifeste pour un renouveau de la culture du chanvre, juin 2020.

(1) Syndicat Professionnel du Chanvre, Manifeste pour un renouveau de la culture du chanvre, 7 juin 2020.

L'entreprise française Elican Biotech, dont les représentants ont été entendus par la mission d'information le 17 juin 2020, indique, en soulignant les incertitudes qui pèsent sur ces projections, qu'en cas de pérennisation de l'expérimentation, **le marché français du cannabis thérapeutique pourrait représenter 500 M€ à un horizon de quatre ou cinq ans et, en conservant les seules indications définies dans le cadre de l'expérimentation, concerner 4 millions de Français.** M. Antonio Constanzo, président de l'entreprise britannique EMMAC, a indiqué lors de son audition le 24 juin, qu'il estimait que **600 000 à 700 000 patients pourraient recourir, en France, au cannabis thérapeutique, en fonction des indications retenues.**

b. De nombreux acteurs français sont aujourd'hui prêts à produire

L'impossibilité de développement d'une filière française du cannabis thérapeutique constitue une aberration économique et sanitaire, d'autant plus que de nombreux acteurs français sont aujourd'hui en mesure de produire rapidement des fleurs et des médicaments. Ces compétences concernent l'ensemble de la chaîne de production, de la génétique à la fabrication de médicaments.

La question du calendrier est fondamentale : s'il paraît impossible pour des entreprises françaises de prendre part à l'expérimentation, il est essentiel **qu'elles puissent dès à présent développer une recherche et une production afin d'être en mesure, en cas de pérennisation de l'expérimentation, de prendre le relais des produits importés.**

La mission d'information, sans prétendre à l'exhaustivité, a pu rencontrer des acteurs portant des projets relativement aboutis qui pourraient constituer les premiers jalons du développement d'une filière française « *de la graine au médicament* ».

Quelques exemples méritent ainsi d'être évoqués :

– **en Creuse, un projet associant des agriculteurs et le laboratoire Centre Lab de Guéret** présente un degré de finalisation intéressant. Auditionnés le 19 février 2020, M. Éric Correia, président de l'agglomération du Grand Guéret et M. Jouanny Chatoux, agriculteur, ont précisé que ces cultures pourraient être développées dans un ancien site militaire sécurisé, garantissant la sécurité de la production. Ils ont estimé être en mesure de fournir les premières fleurs au laboratoire dans un **délai de dix mois environ** ;

– **l'entreprise lilloise Elican Biotech**, estime être en mesure de fournir des médicaments à une échéance de **1,5 an environ**, une fois les autorisations obtenues. Elican prend appui sur une filière française de la graine au médicament comprenant notamment HEMP IT ⁽¹⁾ et l'ITEIPMAI ⁽²⁾ en ce qui concerne les semences et la recherche variétale ; les chanvrières et la filière plantes à parfum, aromatiques et

(1) Société coopérative agricole de production et de commercialisation de semences de chanvre.

(2) Institut technique interprofessionnel des plantes à parfum, médicinales, aromatiques et industrielles.

médicinales ; la faculté de pharmacie de Lille, sous la supervision du professeur Thierry Hennebelle, pour la recherche et le développement ainsi que le groupe DELPHARM pour le développement galénique et la production ;

– **Stanipharm**, société de recherche et développement (R&D) et de production sous contrat pour l'industrie pharmaceutique, dispose aujourd'hui d'une expertise en matière d'extraction supercritique au CO₂ et de production d'huile et de capsule. Frantz Deschamps, président de l'entreprise, a insisté auprès de la mission sur le fait que l'ensemble des acteurs de la chaîne française étaient prêts. **Il a estimé que les travaux de son entreprise pourraient commencer deux ans après la délivrance de l'autorisation**, temps qu'il estime nécessaire à la production de fleurs standardisées ;

– **le groupe coopératif agricole InVivo** avait déposé, dès 2019 et l'annonce de l'expérimentation, une demande de dérogation auprès de l'ANSM afin de pouvoir cultiver du cannabis à des fins thérapeutiques et mener des travaux agronomiques. La coopérative estimait, une fois l'autorisation de l'ANSM obtenue, être en mesure de proposer une production standardisée en dix-huit mois environ. Les représentants du ministère de l'agriculture ont néanmoins indiqué aux membres de la mission que la coopérative avait renoncé à son projet en raison des conséquences de la crise du Covid-19 ⁽¹⁾ mais également des retards pris dans le lancement de l'expérimentation.

Ces quelques exemples **témoignent de l'expertise française – de la sélection variétale à la transformation galénique – et de la nécessité d'organiser rapidement une filière nationale** afin que celle-ci puisse, au terme de l'expérimentation, prendre le relais des produits importés et concurrencer les entreprises étrangères.

2. Lever dès à présent les freins politiques, juridiques et administratifs qui empêchent, pour l'heure, la constitution d'une filière française

a. La mission regrette l'absence d'un véritable dialogue interministériel, préalable nécessaire au développement d'une filière française

La mission d'information commune a, dès le début de ses travaux, **jugé préoccupante l'impossibilité de développer une filière française de production et de transformation du chanvre à visée thérapeutique**.

Comme cela a déjà été indiqué, cette **impossibilité résulte du droit actuellement en vigueur** :

– l'article R. 5132-86 du code de la santé publique interdit « la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi (...) du cannabis, de sa plante et de sa résine, des produits qui en contiennent ou de ceux qui sont obtenus à partir du cannabis, de sa plante ou de sa résine » ainsi que des « tétrahydrocannabinols » ;

(1) *Audition de M. Mathias Ginet et Mmes Juliette Prade et Bénédicte Bergeaud, le 1^{er} juillet 2020.*

– tandis que l’arrêté du 22 août 1990 portant application de l’article R. 5132-86 du code de la santé publique pour le cannabis précise que « sont autorisées la culture, l’importation, l’exportation et l’utilisation industrielle et commerciale (fibres et graines) des variétés de Cannabis sativa L. répondant aux critères suivants : 1) la teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol de ces variétés n’est pas supérieure à 0,20 % ; 2) la détermination de la teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol et la prise d’échantillons en vue de cette détermination sont effectuées selon la méthode communautaire prévue en annexe ».

La culture de variétés de cannabis plus dosées en THC que celles autorisées par l’arrêté du 22 août 1990, ainsi que, généralement, l’interdiction d’exploiter la fleur de ces plantes rendent aujourd’hui impossible la participation d’agriculteurs et de laboratoires français à l’expérimentation.

Une évolution du droit est donc un préalable nécessaire au développement de cette filière et exige un dialogue interministériel volontariste et dynamique. La mission d’information qui a entendu successivement le ministère des solidarités et de la santé (DGS), le ministère de l’intérieur (délégation à la sécurité routière), le ministère de la justice et le ministère de l’agriculture a constaté, ainsi que cela a été précédemment souligné, **une inertie de l’administration concernant la publication du décret dont dépend le lancement de l’expérimentation.**

En outre, la mission a pu constater qu’aucune réflexion n’avait été engagée sur le développement d’une filière française du cannabis thérapeutique. Les membres de la mission appellent donc de leurs vœux un dialogue interministériel accéléré et plus volontariste sur ce point.

Proposition : Stimuler le dialogue interministériel afin de permettre le développement d’une filière entièrement française du cannabis thérapeutique.

b. Une modification du droit est aujourd’hui urgente pour permettre le développement rapide d’une filière française

Afin de permettre, aussi rapidement que possible, le développement d’une filière française de production du cannabis thérapeutique, **une modification du droit est indispensable.**

Provisoirement, il pourrait être envisagé de favoriser la délivrance de dérogations à l’interdiction générale de produire par le directeur général de l’ANSM aux fins de recherche et de contrôle en application du II de l’article R. 5132-86 du code de la santé publique. Ces dérogations pourraient permettre aux entreprises et producteurs ainsi habilités de mettre en place une chaîne de production qui, si elle répond aux exigences de qualité qui pèsent sur ces médicaments, pourrait ensuite être pérennisée. Cette solution, qui constitue un pis-aller, semble néanmoins insuffisamment ambitieuse.

La mission d'information préconise donc **l'adoption rapide d'une disposition législative autorisant la production, la fabrication, le transport, l'importation, l'exportation, la détention, l'offre, la cession, l'acquisition ou l'emploi de l'ensemble de la plante de cannabis lorsque ces opérations ont pour objectif, dans des conditions définies par décret, de permettre la fourniture de traitements à base de cannabis à des patients souffrant d'une liste de pathologies également fixée par décret.** Dans ce contexte, la liste des variétés autorisées, fixée actuellement par décret, devra être élargie pour permettre, dans ce cas précis, la culture de variétés davantage dosées en THC.

Proposition : Inscrire dans le code de la santé publique la possibilité de produire, transporter, fabriquer, importer, exporter, détenir, offrir, céder, acquérir et employer l'ensemble de la plante de cannabis ainsi que de variétés contenant plus de 0,2 % de THC afin de permettre, dans un cadre fixé par décret, de fournir des traitements à base de cannabis aux patients souffrant d'une liste de pathologie également fixée par décret.

Si cette seconde option est mise en œuvre, la production et la fabrication de médicaments à base de cannabis devra être encadrée et régulée.

c. Organiser et réguler la production de cannabis et de médicaments à base de cannabis

L'expérimentation devrait permettre de garantir un circuit de prescription et de distribution sécurisé des médicaments à base de cannabis. En revanche, la constitution d'une filière française de la graine au médicament implique de penser **la régulation de l'amont de la filière.**

De nombreux modèles d'encadrement de la production de cannabis thérapeutique existent aujourd'hui. Il importe de parvenir à un **équilibre entre initiative privée et régulation publique** qui permette le développement d'une industrie française du cannabis thérapeutique d'excellence offrant des produits suffisamment variés pour répondre à l'ensemble des besoins des patients et les dissuader de recourir au marché noir. Le modèle italien, proche du monopole étatique, dans lequel la production de cannabis thérapeutique est confiée à l'armée a montré les limites d'un tel système, qui tend à conduire à une production de qualité médiocre et insuffisamment variée. L'Allemagne, tout comme le Canada, a choisi des modèles de production fondés sur des producteurs privés disposant d'une licence délivrée par l'Agence du cannabis en Allemagne et Santé Canada au Canada.

L'Agence du cannabis allemande ⁽¹⁾, placée sous l'égide de l'Institut fédéral des médicaments et des appareils médicaux, constitue un modèle intéressant qui pourrait éventuellement être transposé en France afin de garantir le contrôle tant de la culture, que de la qualité, de la transformation et du stockage du cannabis thérapeutique.

Proposition : Confier à un organe public la régulation du cannabis thérapeutique, chargé du contrôle de la culture, de la qualité, de la transformation et du stockage des produits.

(1) Cannabisagentur.

**SOMMAIRE DU RAPPORT
SUR LE « CHANVRE BIEN-ÊTRE »**

	Page
AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT	91
AVANT-PROPOS DU RAPPORTEUR GÉNÉRAL	93
SYNTHÈSE DU RAPPORT	95
LISTE DES PROPOSITIONS	97
INTRODUCTION	99
I. LE CANNABIDIOL (CBD) EST AU CŒUR DU DÉVELOPPEMENT EN FRANCE ET EN EUROPE D'UN MARCHÉ DES PRODUITS DU « CHANVRE BIEN-ÊTRE »	103
A. LE CBD EST UNE MOLÉCULE ISSUE DU CHANVRE DONT LES EFFETS SUR L'ORGANISME N'ONT RIEN À VOIR AVEC LE DELTA-9 TÉTRAHYDROCANNABINOL (THC), CANNABINOÏDE STUPÉFIANT.	103
1. Le CBD n'est qu'un cannabinoïde parmi des dizaines d'autres générés par la plante de chanvre.....	103
2. Les effets du CBD sur l'organisme ne peuvent être assimilés à ceux du THC, dont ils diffèrent radicalement.	105
3. Le CBD ne peut, toutefois, être obtenu à partir de la fleur de chanvre sans contenir des traces, même infimes, de THC.	108
B. DE NOUVEAUX MARCHÉS ÉMERGENT EN EUROPE AUTOUR DE PRODUITS DE CHANVRE DIT « DE BIEN-ÊTRE » CONTENANT DU CBD.	110
1. L'économie du « chanvre bien-être » correspond à une demande sociétale croissante en produits apaisants d'origine naturelle.....	110
2. Le marché du « chanvre bien-être » offre des perspectives de croissance en France et en Europe plus ou moins prometteuses selon le type de produit.....	113

II. LES ATOUTS DONT DISPOSE LA FRANCE POUR DÉVELOPPER UNE FILIÈRE COMPÉTITIVE DU CHANVRE BIEN-ÊTRE SONT GÂCHÉS PAR UN ENVIRONNEMENT JURIDIQUE TROP RESTRICTIF, DIFFICILEMENT APPLICABLE ET AUJOURD’HUI REMIS EN CAUSE	117
A. LA FRANCE DISPOSE D’UN AVANTAGE COMPARATIF PAR RAPPORT À SES CONCURRENTS DANS LE SECTEUR DU CHANVRE ET DEVRAIT POUVOIR STRUCTURER FACILEMENT UNE FILIÈRE NATIONALE DU « CHANVRE BIEN-ÊTRE »	117
1. La France a su conserver au fil des années une filière du chanvre dotée d’importantes capacités de production et de compétences reconnues en recherche variétale.	117
2. De nombreux acteurs paraissent prêts à investir massivement dans la structuration d’une filière française du « chanvre bien-être ».....	119
B. LA RÉGLEMENTATION NATIONALE ACTUELLE, TOUT AUSSI RESTRICTIVE QUE DIFFICILEMENT APPLICABLE, PÉNALISE LA FILIÈRE FRANÇAISE AU DÉTRIMENT DE SES CONCURRENTS ÉTRANGERS.....	122
1. Les critères posés par la réglementation nationale rendent <i>de facto</i> le CBD d’origine naturelle quasiment impossible à produire ou à importer en France.....	122
2. Le CBD disponible actuellement sur le marché français est presque exclusivement importé, parfois dans des conditions non conformes à la réglementation nationale.	124
3. La réglementation française devra probablement évoluer sous la pression du droit de l’Union européenne.....	128
C. COMPTE TENU DU FLOU QUI ENTOURE LE STATUT INTERNATIONAL DU CBD, LA COMMISSION EUROPÉENNE A BLOQUÉ LE DÉVELOPPEMENT DU MARCHÉ PAR UNE APPROCHE EXCESSIVEMENT RESTRICTIVE, AUJOURD’HUI REMISE EN CAUSE PAR L’ARRÊT « KANAVAPE »	130
1. L’exclusion expresse du CBD de la convention unique de 1961 relative aux produits stupéfiants tarde à être officialisée au niveau international en dépit de la demande formulée sur ce point par l’Organisation mondiale de la santé (OMS).	130
2. Par son interprétation restrictive de la Convention de 1961, aujourd’hui remise en cause par la CJUE au travers de son arrêt « Kanavape », la Commission européenne a porté un coup d’arrêt brutal à l’économie du chanvre bien-être sur le continent.	133
III. LA FRANCE DOIT PROFITER DE L’OPPORTUNITÉ OFFERTE PAR L’ARRÊT « KANAVAPE » POUR GARANTIR AU MARCHÉ DU CHANVRE « BIEN-ÊTRE » UN ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE FAVORABLE À SON DÉVELOPPEMENT DANS LE RESPECT DE LA SANTÉ DU CONSOMMATEUR	137
A. FAIRE ÉVOLUER LA RÉGLEMENTATION NATIONALE, ET EN PRIORITÉ L’ARRÊTÉ DU 22 AOÛT 1990, POUR DONNER UN STATUT CLAIR AU CBD NATUREL ET PERMETTRE LE DÉVELOPPEMENT D’UNE FILIÈRE FRANÇAISE DU CBD.....	137

1. L'arrêt « Kanavape » rend inévitable la reconnaissance aux niveaux national et européen de l'exploitation de toutes les parties de la plante de chanvre à des fins industrielles.	138
a. La suppression de la restriction française portant sur l'exploitation des seules fibres et graines de chanvre.....	138
b. L'abandon définitif de l'exclusion européenne du CBD d'origine naturelle.....	139
2. La commercialisation des fleurs de CBD peut désormais être envisagée sous conditions.	140
3. La fixation de seuils en THC dans les produits finis, idéalement harmonisés au niveau européen, devrait permettre de débloquent le marché français.	143
a. Le relèvement inévitable des seuils de THC dans les produits finis au CBD.....	143
b. La nécessité de fixer des seuils de THC par catégorie de produits.....	145
c. Les voies d'une harmonisation au niveau européen.....	148
4. La refonte de l'arrêté du 22 août 1990 doit être également l'occasion de faciliter la diversification des cultures et la recherche variétale.....	149
a. L'éventuel élargissement du catalogue français des variétés de chanvre aux variétés du catalogue européen.....	150
b. La question de l'élévation du taux de THC autorisé en culture.....	152
c. Le déblocage des expérimentations variétales.....	154
B. APPLIQUER UNE RÉGLEMENTATION STRICTE POUR GARANTIR AU CONSOMMATEUR UN USAGE SÉCURISÉ DES PRODUITS AU CBD.....	155
1. Le dispositif national destiné à prévenir tout mésusage du CBD par les consommateurs doit être conforté.	156
2. Le code de la route devrait être réformé afin de mieux sensibiliser le consommateur sur les impératifs de sécurité routière.....	158
3. Toutes les facilités offertes par la réglementation française doivent être utilisées, voire renforcées, afin de rassurer le consommateur sur l'innocuité des produits et l'informer des effets indésirables potentiels.....	160
a. La fixation de doses journalières recommandées pour les produits au CBD destinés à être ingérés.....	160
b. La pertinence des dispositifs de vigilance sanitaire permettant d'organiser la remontée rapide d'éventuels effets indésirables liés à la consommation de compléments alimentaires et de cosmétiques au CBD.....	161
c. Le renforcement de la réglementation des produits à fumer contenant du CBD dans une optique de protection des consommateurs, notamment des plus jeunes..	163
i. Le cas particulier des fleurs des CBD.....	163
ii. L'application aux e-liquides de CBD de la réglementation relative aux produits du vapotage.....	164
iii. Les avantages d'une implication des buralistes dans la distribution des produits à fumer contenant du CBD.....	164
4. En matière de produits alimentaires, la procédure d'évaluation dite des « Nouveaux aliments » (<i>novel food</i>) peut constituer une opportunité d'innovation pour la filière française et de réassurance du consommateur européen.....	165

ANNEXE 1 : DROIT APPLICABLE AU CBD DANS LA PLUPART DES PAYS EUROPÉENS ET AU CANADA	171
I. TABLEAU I : RÉGIMES D'AUTORISATION.....	171
II. TABLEAU II : SEUILS EN DELTA-9 TETRAHYDROCANNABINOL (THC).....	176
ANNEXE 2 : COPIE DU COURRIER ADRESSÉ AU GOUVERNEMENT PAR LA MISSION D'INFORMATION LE 27 JUILLET 2020	181
ANNEXE 3 : CONTRIBUTION DE M. LAMBERT	183

AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT

L'Assemblée nationale a, il y a maintenant un an, constitué en son sein une mission d'information sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis. Signe de l'importance du sujet, cette mission d'information est commune à six commissions permanentes ⁽¹⁾.

L'objectif de la mission d'information, composée d'une trentaine de parlementaires de la majorité et des différents groupes d'opposition, est de proposer un état des lieux et d'explorer les enjeux liés aux différents usages du cannabis (thérapeutique, bien-être et récréatif) et à la filière du chanvre.

Après avoir consacré ses premières auditions à un panorama général sur la situation du cannabis en France, la mission s'est concentrée sur la question du cannabis thérapeutique, et a publié en septembre dernier un premier rapport d'étape ⁽²⁾ formulant dix propositions afin de lancer enfin l'expérimentation tant attendue par les patients et les professionnels de santé.

Le présent rapport est quant à lui consacré à la question du chanvre « bien-être », ou CBD. Il s'agit d'un des cannabinoïdes présents dans le chanvre, sans effet stupéfiant mais dont l'utilisation se développe avec l'ouverture de boutiques spécialisées ainsi que dans différents secteurs comme les compléments alimentaires ou la cosmétique. Aujourd'hui, le développement de ces activités est malheureusement freiné par des incertitudes juridiques fortes et une grande frilosité des pouvoirs publics.

Entre juillet et octobre, la mission d'information a auditionné l'ensemble des acteurs du dossier : directions d'administration centrale, fédérations des secteurs concernés, scientifiques, représentants de la commission européenne, avocats et universitaires, entreprises spécialisées mais aussi des représentants de territoire qui souhaitent développer cette activité.

Par ailleurs, à la mi-novembre, la Cour de justice a rendu un arrêt très attendu sur la question, arrêt qui oblige à une profonde remise en cause de la réglementation jusque-là excessivement restrictive appliquée en France. Un travail interministériel est en cours pour modifier cette réglementation et le présent rapport a vocation à contribuer à ce travail.

(1) *Commission des affaires économiques, commission des affaires sociales, commission des lois, commission des finances, commission des affaires culturelles et éducatives et commission du développement durable.*

(2) https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/315054/3062083/version/1/file/MIC-cannabis_rapport_etape_therapeutique.pdf

Depuis novembre, la mission continue ses travaux sur la question du cannabis récréatif, ou « stupéfiant », et présentera un rapport au printemps. Sur ce sujet, comme sur celui du CBD, il convient d’avoir une approche rationnelle, qui recherche les conditions d’une meilleure efficacité dans la lutte contre les drogues et la prévention des addictions ainsi que la préservation de la sécurité des Français. C’est la ligne suivie par la mission d’information depuis le début de ses travaux.

Robin Reda

AVANT-PROPOS DU RAPPORTEUR GÉNÉRAL

Après avoir travaillé sur le cannabis thérapeutique, la mission d'information dont j'ai l'honneur d'être rapporteur général, s'est penchée sur la question du chanvre dit bien-être ou plus communément appelé CBD.

À bien des égards, le CBD est aujourd'hui la victime collatérale de l'approche essentiellement sécuritaire du cannabis dans notre pays : alors qu'il est pourtant dénué d'effets psychotropes contrairement au THC, le CBD voit son développement freiné par une réglementation totalement inadaptée et par une volonté des pouvoirs publics de ne pas banaliser l'usage du cannabis.

Cette situation est d'autant plus regrettable et incompréhensible, qu'elle empêche totalement le développement d'une filière française alors même que nous disposons de capacités de production qui n'ont rien à envier à nos voisins européens et que de très nombreux acteurs manifestent d'ores et déjà leur enthousiasme et leur envie de développer le secteur pour répondre à une demande que nous sentons forte, de plus en plus présente et de plus en plus impatiente.

La mise en place d'une filière française est un souhait du président de la République lui-même et il est regrettable que la rigidité de la législation encourage et favorise les stratégies de contournement avec pour conséquence que les consommateurs choisissent de se tourner vers l'étranger ou sur internet pour obtenir ces produits.

Si pendant un temps, les pouvoirs publics ont pu justifier leur approche restrictive par un flou juridique international et européen sur la législation applicable au CBD, celle-ci apparaît aujourd'hui caduque depuis l'arrêt Kanavape du 19 novembre 2020 de la Cour de Justice de l'Union européenne. Cet arrêt précise que la réglementation actuelle concernant le CBD doit évoluer. Cette décision est capitale pour la réglementation française, qui sera donc contrainte de s'adapter pour s'aligner à la législation européenne et offre ainsi une voix et un espoir pour la filière française.

Le présent rapport émet de nombreuses propositions, avec comme priorité immédiate la refonte de l'arrêté du 22 août 1990 sur la réglementation du cannabis en France et de nombreuses propositions afin de :

- lever les freins entravant le développement de ce secteur à toutes les étapes (recherche, production agricole, transformation, distribution...);
- garantir au consommateur une sécurité totale sur le produit quel que soit le vecteur (cosmétiques, compléments alimentaires...);
- clairement distinguer ce secteur de celui du cannabis récréatif.

J'espère que ces propositions permettront d'avancer vers une évolution de la législation en vigueur et pourront enfin permettre de lancer une nouvelle filière d'excellence française.

Jean-Baptiste Moreau

SYNTHÈSE DU RAPPORT

Conformément à sa vocation, qui consiste à effectuer un état des lieux des enjeux liés aux différents usages du cannabis, la mission d'information parlementaire constituée au début de l'année 2020 au sein de six commissions permanentes (commission des affaires économiques, commission des affaires sociales, commission des lois, commission des finances, commission des affaires culturelles et éducatives et commission du développement durable) s'est penchée à partir de l'été dernier sur le cannabidiol, ou « CBD », qui est une composante du chanvre particulièrement en vogue et, en même temps, souvent méconnue ou mal appréhendée.

Cette molécule, qui peut être facilement extraite de la plante selon des procédés éprouvés, procure des effets relaxants distincts de ceux du THC, cannabinoïde euphorisant et addictif. Elle peut être intégrée dans divers produits de consommation courante (aliments, cosmétiques, huiles, e-liquides, etc.) et son utilisation industrielle aux États-Unis générerait déjà un chiffre d'affaires de plusieurs milliards de dollars.

Son exploitation préfigure une voie nouvelle des utilisations industrielles du chanvre, au-delà de l'isolation des bâtiments, du jardinage et du commerce des graines. Éminemment différente de l'usage dit « récréatif » du chanvre, cette « troisième voie » doit également être traitée de manière distincte de son utilisation thérapeutique dans la mesure où les produits au CBD n'ont pas une vocation à guérir ou à prévenir des pathologies médicales, mais à apporter un « bien-être » analogue à ce que l'on trouve déjà dans des compléments alimentaires ou des infusions.

Entre juillet et octobre 2020, la mission d'information a auditionné la plupart des acteurs concernés : directions d'administration centrale, scientifiques, fédérations professionnelles, représentants de la Commission européenne, avocats et universitaires, entreprises spécialisées mais aussi des représentants de territoires qui souhaitent se développer sur ce nouveau marché. Dans le souci d'avoir la vision la plus large possible des options réglementaires disponibles, les parlementaires français ont adressé un questionnaire à leurs homologues européens *via* le Centre européen de recherche et de documentation parlementaires (CERDP) et, ainsi, pu recueillir des données sur les législations en vigueur dans 27 pays.

Ces travaux ont permis de constater que le développement de cette filière en France est freiné par des incertitudes juridiques fortes et une certaine frilosité des pouvoirs publics, tant nationaux qu'européens. **La mission d'information estime que ces réticences, qui résident essentiellement dans la crainte démesurée du mésusage d'une molécule extraite de la fleur de chanvre, freinent inutilement la croissance d'un marché où la France est en mesure d'acquérir une position dominante en Europe.**

Par un arrêt au fort retentissement médiatique rendu le 19 novembre 2020 dans l'affaire dite « Kanavape », la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a fait prévaloir la logique du marché intérieur sur toute autre considération et, ainsi, obligé les autorités à s'engager dans la voie d'un déblocage de la situation. Dans la mesure où le Gouvernement a indiqué, par l'intermédiaire de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), qu'il étudiait les modalités de prise en compte du jugement de la CJUE, la mission d'information a souhaité faire œuvre utile en apportant son expertise issue des travaux précités.

Dans la réforme de la réglementation nationale qu'il est en train de mener, le Gouvernement ne saurait se contenter d'une modification *a minima* de l'arrêté du 22 août 1990 fixant les dérogations à l'interdiction générale de l'usage des produits issus du cannabis. **La mission d'information appelle à la prise en compte la plus large possible de tous les aspects juridiques susceptibles de s'appliquer aux produits, transformés ou non, qui contiennent du CBD tout en recommandant le déploiement d'un dispositif d'information, d'évaluation et de contrôle destiné à rassurer le consommateur sur l'innocuité des nouveaux produits qui lui seront proposés.** À cette fin, vingt propositions ont été formulées.

Au titre de la refonte de l'arrêté de 1990, la mission d'information appelle, notamment, le Gouvernement à renoncer définitivement au maintien du seuil de 0 % de THC dans les produits finis et d'intégrer au plus vite dans la réglementation nationale des seuils de THC spécifiques à chaque catégorie de produit fini susceptible de contenir du CBD (denrées alimentaires, e liquides, cosmétiques). Un seuil pertinent, situé entre 0,6 % et 1 %, de THC autorisé pour les cultures de chanvre en France, accompagné d'un taux dérogatoire de 1 % pour les territoires ultramarins situés dans des latitudes chaudes, pourrait également être fixé au niveau national.

S'agissant de la protection du consommateur, il est proposé de s'appuyer assez largement sur la réglementation existante en matière de prévention du mésusage des produits ou de « vigilance » sanitaire. Toutefois, le cadre existant devrait être renforcé afin de protéger les publics à risque (mineurs, femmes enceintes). Une réforme du code de la route pourrait également être engagée afin d'aligner le droit applicable à la conduite sous l'emprise de produits stupéfiants sur celui relatif à la conduite sous l'emprise de l'alcool et, ainsi, de mieux éduquer les conducteurs à la consommation de produits contenant des traces de THC.

D'un point de vue général, la mission d'information appelle les autorités nationales et européennes à dépasser les craintes qu'elles éprouvent vis-à-vis des cannabinoïdes et souhaite qu'un appui décisif soit donné à la filière française en cours de structuration.

LISTE DES PROPOSITIONS

Propositions principales :

N° 1 : faire aboutir le plus rapidement possible les travaux de refonte de l'arrêté du 22 août 1990 afin de sécuriser la filière naissante du « chanvre bien-être », notamment au travers des trois axes ci-après :

- N° 1-1 : supprimer la mention « fibres et graines » figurant à l'article 1^{er} de l'arrêté du 22 août 1990 et inscrire expressément l'autorisation de la culture, de l'importation, de l'exportation et de l'utilisation de toutes les parties de la plante de chanvre à des fins industrielles et commerciales, y compris la fleur ;

- N° 1-2 : renoncer définitivement au maintien du seuil de 0 % de THC dans les produits finis et intégrer au plus vite dans la réglementation nationale des seuils de THC spécifiques à chaque catégorie de produit fini susceptible de contenir du CBD (denrées alimentaires, e liquides, cosmétiques), ces seuils ayant vocation à être définis à partir de doses de toxicité estimées par l'ANSES ;

- N° 1-3 : définir un seuil pertinent, situé entre 0,6 % et 1 %, de THC autorisé dans les cultures de chanvre en France, accompagné d'un taux dérogatoire de 1 % pour les territoires ultramarins situés dans des latitudes chaudes.

N° 2 : supprimer l'article 2 de l'arrêté du 22 août 1990 et regrouper les autorisations de variétés de chanvre au sein des seuls arrêtés ministériels pris sur le fondement du décret n° 81-605 du 18 mai 1981 de façon à accélérer la procédure d'enregistrement des nouvelles variétés

N° 3 : à terme, élargir le catalogue national aux variétés de chanvre les plus pertinentes du catalogue européen.

N° 4 : autoriser rapidement les organisations nationales et locales de producteurs de chanvre à effectuer les expérimentations variétales permettant de mieux définir les besoins d'approvisionnement de la future filière nationale de chanvre bien-être et, à cette fin, modifier le premier alinéa du II de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique dans le sens d'une reconnaissance des projets de recherche portant sur l'exploitation de nouvelles variétés à des fins industrielles.

N° 5 : placer les fleurs de CBD sous le statut de « produit à fumer à base de plantes autres que le tabac » et, à cette fin, mettre à la disposition des services de contrôle des outils de détection performants permettant de distinguer précisément les teneurs respectives en CBD et en THC des fleurs de chanvre.

Propositions relatives à la prévention du mésusage des produits au CBD :

N° 6 : continuer à sanctionner les activités promotionnelles susceptibles de constituer une incitation, même non suivie d'effets à l'usage de produits stupéfiants.

N° 7 : intensifier les actions contre les producteurs et distributeurs qui font état d'allégations thérapeutiques sur les produits au CBD.

N° 8 : modifier le code de la route de façon à aligner le droit applicable à la conduite sous l'emprise de produits stupéfiants sur celui relatif à la conduite sous l'emprise de l'alcool et prévoir une norme de consommation de CBD fumé au-delà de laquelle la conduite est fortement déconseillée.

Propositions relatives à la facilitation du marché du CBD au niveau européen :

N° 9 : veiller à ce que la Commission européenne tire intégralement les conséquences de l'arrêt « Kanavape » en modifiant le catalogue CosIng et en reprenant l'examen des dossiers d'autorisation déposés pour le CBD au titre de la procédure des Nouveaux aliments.

N° 10 : engager une réflexion avec les autres États membres de l'Union européenne afin de parvenir à des teneurs limites de THC harmonisées et, s'agissant des produits alimentaires, faire aboutir les travaux engagés dans le cadre du comité permanent (SCOPAFF).

N° 11 : obtenir de la Commission européenne l'autorisation d'utiliser des allégations de santé spécifiques au CBD dans les produits alimentaires et les compléments alimentaires.

Propositions relatives à la réglementation sanitaire des produits aux CBD :

N° 12 : définir des doses journalières recommandées (DJR), non contraignantes, de consommation de CBD et les mentionner sur les emballages des produits aux côtés d'avertissements sur les risques actuellement connus pour la santé humaine (atteintes hépatiques et interactions médicamenteuses).

N° 13 : exclure les publics à risque (enfants et femmes enceintes) des produits contenant du CBD.

N° 14 : sensibiliser les acteurs de la cosmétovigilance et de la nutrivigilance (industriels et professionnels de santé) sur l'importance qui s'attache à la remontée des éventuels effets indésirables des produits cosmétiques et des compléments alimentaires au CBD.

N° 15 : s'assurer que les produits à fumer contenant du CBD (vapotage et, le cas échéant, les fleurs) sont soumis à une réglementation au contenu similaire imposant des avertissements sanitaires spécifiques et interdisant toute publicité ainsi que la vente aux mineurs de moins de dix-huit ans.

Propositions relatives à la réglementation des Nouveaux aliments :

N° 16 : inciter les grandes entreprises françaises de l'industrie alimentaire et des compléments alimentaires à déposer dès que possible des dossiers auprès de la Commission européenne afin d'obtenir, avec exclusivité des données, le droit de commercialiser des produits au CBD comme Nouveaux aliments dans l'Union européenne.

N° 17 : mettre en place un dispositif d'accompagnement des petites et moyennes entreprises dans les démarches d'autorisation de Nouveaux aliments qu'elles souhaiteraient entreprendre pour des produits au CBD.

Propositions diverses :

N° 18 : inciter à la structuration d'une filière du « chanvre bien-être » autour, notamment, du Syndicat professionnel du chanvre et d'InterChanvre afin de renforcer la défense des intérêts des professionnels aux niveaux national et européen.

N° 19 : veiller à impliquer largement le réseau des buralistes dans la distribution des produits à fumer contenant du CBD.

N° 20 : inviter les établissements publics français de recherche, notamment l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), à engager des travaux visant à améliorer la connaissance des apports du CBD dans la réduction de la dépendance au THC et des effets nocifs de ce dernier sur l'organisme.

INTRODUCTION

Les mots utilisés par une société donnée pour nommer une chose sont souvent révélateurs du rapport que les membres de cette société entretiennent avec cet objet. Pendant des siècles, le chanvre, qui permettait d'habiller les paysans français et d'alimenter les corderies nécessaires au développement de la marine royale, a été **désigné sous son seul nom botanique**. L'usage, en cette fin du vingtième siècle, de sa dénomination latine (*cannabis*) permet **d'insinuer qu'il s'agit d'autre chose**, et en particulier d'un produit stupéfiant, alors qu'il s'agit bien de la même plante.

Les inquiétudes légitimes qui s'attachent à l'usage d'un produit stupéfiant empêchent l'opinion publique et, au-delà, les autorités de l'État **d'appréhender de manière sereine les usages non stupéfiants** de cette plante. Or, ceux-ci se sont considérablement développés au cours des dernières décennies, notamment avec la découverte des dizaines de cannabinoïdes qui irriguent la fleur et les feuilles de chanvre. Ces molécules, qui ne peuvent être réduites à celle produisant les effets stupéfiants de la plante (delta-9-tetrahydrocannabinol ou THC), disposent d'un **potentiel important** en termes de **bien-être humain et animal**, voire en termes d'amélioration de la santé. C'est ce potentiel de « chaînes de valeur innovantes » qui, associé aux vertus intrinsèques de la culture de la plante, permet à l'Association européenne du chanvre industriel ⁽¹⁾ d'affirmer que le chanvre est au cœur de la « relance verte » dans laquelle l'Union européenne doit s'engager dès à présent ⁽²⁾.

Découvert chimiquement en 1940, mais resté longtemps sans recherche appliquée, **le cannabidiol (CBD) incarne parfaitement les atouts économiques des cannabinoïdes issus du chanvre**. Cette molécule, qui peut être facilement extraite de la plante selon des procédés éprouvés, procure des effets relaxants distincts de ceux du THC, cannabinoïde euphorisant et addictif. Elle peut être intégrée dans divers produits de consommation courante (aliments, cosmétiques, huiles, e-liquides, etc.) et son utilisation industrielle aux États-Unis générerait déjà un chiffre d'affaires de plusieurs milliards de dollars.

Bien que le CBD soit le principe actif d'un médicament contre l'épilepsie actuellement sur le marché (*Epidiolex*), cet usage du « cannabis » ne saurait être réduit à sa composante médicale. **Son exploitation préfigure une voie nouvelle des utilisations industrielles du chanvre**, au-delà de l'isolation des bâtiments, du jardinage et du commerce des graines.

(1) En anglais : *European Industrial Hemp Association (EIHA)*. L'Association représente les intérêts de la filière au niveau européen.

(2) *Manifeste du chanvre « pour une relance verte »* publié par l'Association en avril 2020.

Cette « troisième voie », différente de la voie thérapeutique ou récréative, doit être **traitée de manière distincte** par les pouvoirs publics si ceux-ci souhaitent développer une filière nationale.

Malheureusement, la France n'a, jusqu'à présent, pas su accompagner les initiatives individuelles qui se sont développées sur son territoire, qu'il s'agisse de la métropole ou des outre-mer. Dans une circulaire du 23 juillet 2018, la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) du ministère de la justice reconnaissait que « les conditions de [l'] utilisation industrielle ou commerciale [du CBD] sont **particulièrement restrictives** » en ce qu'elles se fondent, en grande partie, sur un arrêté ministériel du 22 août 1990 fixant de manière limitative les « dérogations » à l'interdiction générale de l'usage des produits stupéfiants issus du « cannabis ». L'histoire de la société Kanavape, qui proposait des dispositifs de vaporisation contenant du CBD et a été poursuivie pénalement après sa création en 2014 pour commerce illicite de préparations « vénéneuses » et incitation à l'usage de stupéfiants, illustre le caractère répressif de la réglementation française et, au-delà même des aspects juridiques, la crainte des autorités de laisser prospérer des produits issus de la fleur de chanvre. Comme l'indiquait lui-même le fondateur de la société Kanavape, M. Sébastien Béguerie, dans un entretien au journal « Libération » le 23 octobre 2019, « **c'est le mot *cannabis* qui a fait peur** ⁽¹⁾ ».

Cette crainte quelque peu irrationnelle empêche la France de tirer profit de sa capacité de production de chanvre, éminente sur le continent européen, pour développer de nouveaux produits dans des secteurs économiques où elle dispose des champions internationaux, en particulier l'industrie des compléments alimentaires et la filière des cosmétiques. **La situation en devient quasiment ubuesque** : tandis que des producteurs, situés dans des territoires aussi divers que la Bretagne, la Creuse ou l'île de La Réunion, annoncent qu'ils sont prêts à se lancer dans une production à usage industriel, la société Kanavape a été contrainte de s'approvisionner auprès de la République tchèque pour obtenir du CBD d'origine naturelle !

Comme c'est souvent le cas lorsqu'une impasse surgit au niveau national, **l'espoir d'un déblocage est venu de l'Union européenne et, plus précisément, de son juge**. En affirmant, dans un arrêt du 19 novembre 2020 rendu précisément dans l'affaire « Kanavape », que la réglementation française du CBD devait se conformer aux impératifs de la libre circulation des marchandises inscrits dans les traités fondateurs, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) a laissé s'entrouvrir une porte dans laquelle dans laquelle notre pays doit désormais s'engouffrer.

Dans la mesure où le Gouvernement a indiqué, par la voie de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), qu'il étudiait les modalités de prise en compte du jugement de la CJUE, **la mission d'information a souhaité être utile en apportant son expertise issue des multiples auditions menées depuis le mois de juillet dernier**.

(1) « Procès de Kanavape : Sébastien Béguerie la joue chanvre idéal » (Libération n° 11939).

Jusqu'au 7 octobre 2020, les parlementaires ont mené **treize auditions et trois tables rondes** réunissant des avocats, des experts en addictologie et en pharmacologie, des producteurs de chanvre, des représentants des filières économiques concernées (buralistes, compléments alimentaires, cosmétiques) ainsi que les administrations susceptibles d'apporter un éclairage sur les réglementations applicables à certains produits (direction générale de la santé, agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé). L'Association européenne du chanvre industriel (AECI/EIHA) et les services de la Commission européenne spécialisés dans le domaine de la sécurité alimentaire ont été consultés afin, notamment, d'obtenir des éclaircissements sur la procédure d'autorisation des « Nouveaux aliments » (*novel food*). Dans le souci d'avoir la vision la plus large possible des options réglementaires disponibles, les parlementaires français ont adressé un questionnaire à leurs homologues européens *via* le Centre européen de recherche et de documentation parlementaires (CERDP) et, ainsi, pu **recueillir des données sur les législations en vigueur dans 27 pays**.

Ces différents travaux ont permis de confirmer les propriétés **relaxantes et non stupéfiantes** du cannabidiol sur l'organisme humain, le principal enjeu réglementaire résidant dans la présence de traces de THC dans le CBD d'origine naturelle. Bien qu'il soit encore difficile d'appréhender précisément le potentiel de développement des différents marchés, cette molécule a incontestablement vocation à être l'aiguillon d'une « **nouvelle économie du chanvre bien-être** » en France et en Europe (partie I).

Avant que la CJUE ne fasse prévaloir la logique du marché unique européen dans son arrêt « Kanavape », les obstacles au développement de ce marché étaient multiples : ils résidaient en priorité dans les dispositions de l'arrêté précité du 22 août 1990, qui, telles qu'interprétées de manière restrictive par la MILDECA en 2018, aboutissaient à **n'autoriser en France que le CBD d'origine synthétique**. Des verrous étaient également apparus au niveau européen en raison de l'application au CBD, effectuée par les services de la Commission européenne, des dispositions des conventions internationales relatives aux stupéfiants sous le prisme des « extraits de cannabis ». Dans ses conclusions sur l'affaire « Kanavape », **le juge européen a expressément remis en cause ces deux approches** (partie II).

Dans la réforme de la réglementation nationale qu'il est en train de mener, le Gouvernement ne saurait se contenter d'une modification *a minima* de l'arrêté du 22 août 1990. La mission d'information appelle à **la prise en compte la plus large possible de tous les aspects juridiques susceptibles de s'appliquer aux produits, transformés ou non, qui contiennent du CBD**. Ainsi, la commercialisation des fleurs devrait être explicitement autorisée sous conditions. Des seuils de THC devraient être fixés par catégorie de produits à l'instar de ce qui est mis en œuvre dans certains pays (le Canada, par exemple) et une harmonisation européenne paraît, sur ce point, souhaitable. Enfin, le droit applicable à la culture du chanvre devrait pouvoir évoluer de façon à faciliter la diversification des variétés de plante utilisées (partie III-A).

Tout naturellement, le développement du marché ne saurait s'effectuer sereinement sans l'appui d'un dispositif destiné à **rassurer le consommateur sur l'innocuité des nouveaux produits qui lui seront proposés**. C'est précisément ce qui a été réclamé à la fin de l'année dernière par l'Institut national de la consommation (INC)⁽¹⁾. À cette fin, il conviendrait d'appliquer au CBD les dispositifs de surveillance déjà en vigueur pour certains marchés (nutrivi-gilance et cosmétovigilance), de renforcer la réglementation des produits à fumer, notamment à destination des publics les plus fragiles, et de modifier le code de la route afin de mieux éduquer les conducteurs à la consommation de produits contenant des traces de THC. S'agissant des produits alimentaires, la prééminence du droit de l'Union européenne applicable aux « Nouveaux aliments » doit amener la France à tirer profit de cette réglementation spécifique pour acquérir une position privilégiée sur le marché européen (partie III-B).

*

* *

À la faveur d'une demande croissante des consommateurs en produits relaxants d'origine naturelle, le CBD est devenu progressivement le symbole d'un marché en développement bloqué par la crainte du « cannabis » perçu de manière globale. La mission d'information appelle la France à **dépasser cette peur** et à distinguer dans une terminologie usuelle le THC, qui est une molécule du chanvre aux effets stupéfiants susceptible d'être utilisée à des **fins médicales** ou **récréatives**, et le « **chanvre bien-être** », qui regroupe le CBD et, probablement, d'autres cannabinoïdes non stupéfiants destinés à améliorer les bienfaits sur l'organisme de certains produits de consommation courante.

Aidé par une réglementation pertinente garantissant innovation et protection, le chanvre français peut renouer le fil de son histoire ancienne et prestigieuse.

(1) « L'INC appelle à réglementer les produits contenant du cannabidiol » (APM News, 30 décembre 2020).

I. LE CANNABIDIOL (CBD) EST AU CŒUR DU DÉVELOPPEMENT EN FRANCE ET EN EUROPE D'UN MARCHÉ DES PRODUITS DU « CHANVRE BIEN-ÊTRE »

« Cannabis légal » pour les uns, « extrait de cannabis » pour d'autres, le cannabidiol, connu également sous son acronyme CBD, voit **son image accolée irrémédiablement à celle du produit stupéfiant dont il se distingue pourtant radicalement**. Ses effets sédatifs en font une figure de proue de l'économie du « chanvre bien-être » appelée de leurs vœux par certains industriels et distincte des usages « thérapeutiques » ou « récréatifs » du chanvre.

A. LE CBD EST UNE MOLÉCULE ISSUE DU CHANVRE DONT LES EFFETS SUR L'ORGANISME N'ONT RIEN À VOIR AVEC LE DELTA-9 TÉTRAHYDROCANNABINOL (THC), CANNABINOÏDE STUPÉFIANT.

L'imaginaire populaire voit parfois le « cannabis » comme un tout. Cette conception est fautive : **le chanvre est une plante extrêmement complexe** dont les composants sont multiples et dont les effets sur l'organisme humain diffèrent d'une molécule à une autre. Il ressort de la littérature scientifique que **le CBD et le principe stupéfiant du cannabis (THC) n'ont rien de comparable** à l'exception de leur qualité de cannabinoïde.

1. Le CBD n'est qu'un cannabinoïde parmi des dizaines d'autres générés par la plante de chanvre.

Bien avant que le professeur israélien Raphaël Mechoulam, alors chercheur à l'Institut Weizmann des Sciences, n'identifie le principal principe psychoactif de la plante de cannabis, le delta-9-tetrahydrocannabinol (THC)⁽¹⁾, un chimiste américain de l'Université de l'Illinois, le professeur Roger Adams, isolait en 1940 à partir d'un « extrait de chanvre sauvage du Minnesota » **un composant répondant à la formule $C_{21}H_{30}O_2$** qui ne présentait « aucune des activités physiologiques caractéristiques de la marijuana » et **auquel il a donné le nom de « cannabidiol »**⁽²⁾. Le cannabidiol, désigné sous l'acronyme CBD, est un « cannabinoïde », c'est-à-dire une substance chimique susceptible de provoquer *via* des « **récepteurs endocannabinoïdes** » (*cf. infra*) une réponse cellulaire à l'intérieur de certaines parties du corps humain. Lors de son audition par la mission d'information le 8 juillet dernier, M. Alexandre Maciuk a rappelé que **l'un des nombreux cannabinoïdes présents dans la plante de chanvre** et que les cannabinoïdes ne constituent eux-mêmes qu'une part des **quelque 600 constituants présents**.

(1) *Isolation, structure, and partial synthesis of an active constituent of hashish* (Yecheiel Gaoni et Raphaël Mechoulam, *Journal of American Chemical Society*, 1964).

(2) *Structure of Cannabidiol, a product isolated from the marihuana extract of Minnesota wild hemp* (Roger Adams et alii., 1940).

Constituants de la plante de chanvre

Type de constituant	Principales caractéristiques chimiques	Exemples
Cannabinoïdes	Structure moléculaire $C_{21}H_nO_n$ - capacité à se fixer sur un récepteur endocannabinoïde (<i>cf. infra</i>).	Delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) Cannabidiol (CBD) Cannabinol (CBN) Cannabichromène (CBC) Cannabielsoin (CBE) Cannabigerol (CBG).
Terpènes	Structure moléculaire $(C_5H_8)_n$ - propriétés odoriférantes chez les végétaux. <i>Certains terpènes interagissent avec les cannabinoïdes, renforçant leurs propriétés.</i>	Limonène (odeur d'agrumes) Myrcène (odeur de clou de girofle) Linalol (odeur proche de la lavande)
Flavonoïdes	Structure moléculaire $C_{15}H_nO_n$ - pigments responsables de la coloration des feuilles et fleurs.	Apigénine (présent aussi dans le persil) Lutéoline (présent aussi dans le céleri) Kaempférol (présent aussi dans les fraises)
Autres	Stilbènes (hydrocarbures), phytostérols (lipides naturels), composés azotés, etc.	

Les travaux du professeur Mechoulam ont permis de découvrir que la plante de chanvre comportait de nombreux composants chimiques structurés autour de la clef moléculaire C_{21} , auxquels le nom de « cannabinoïdes » a été attribué. **Le nombre précis de cannabinoïdes présents dans la plante fait encore l'objet d'études scientifiques** : en 2005, deux chercheurs de l'École de Pharmacie de l'Université américaine du Mississippi en dénombraient précisément 70 ⁽¹⁾ et, lors de son audition par la mission d'information, M. Maciuk les estimait à **environ une centaine**.

Il a fallu attendre la fin des années 1980 et le début des années 1990 ⁽²⁾ pour découvrir que ces molécules pouvaient se fixer sur des **récepteurs** situés dans le corps humain, l'un au niveau du système nerveux (CB1) et l'autre du système immunitaire (CB2). Il fut également découvert que ces récepteurs pouvaient être activés par des ligands endogènes, c'est-à-dire générés par le corps lui-même, dénommés « endocannabinoïdes » par opposition aux cannabinoïdes issus de la plante de chanvre (« phytocannabinoïdes »).

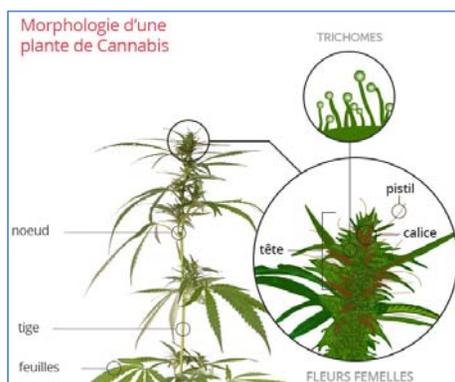
L'ensemble des endocannabinoïdes et de ses récepteurs font partie d'un « système endocannabinoïde » qui contribue au fonctionnement normal du corps et **que l'on retrouve chez la plupart des espèces animales**, des vertébrés aux invertébrés à l'exception notable des insectes ⁽³⁾.

(1) *Chemical constituents of marijuana : The complex mixture of natural cannabinoids* (Mahmoud A. ElSohly et Desmond Slade, Life Science 78, 2005).

(2) Devane et alii. (1988 - *cf. infra*) et Munro et coll. (1993).

(3) *Le système endocannabinoïde central* (Laurent Venance et alii, Med Sci Paris, volume 20, janvier 2004)

À l'instar des autres plantes, le chanvre dispose de petits appendices au niveau de sa fleur, dénommés « **trichomes** », qui sont capables de produire et de diffuser des agents chimiques de défense contre les menaces extérieures, notamment le froid ou les rayons ultraviolets. Logiquement, ces agents chimiques, parmi lesquels figurent précisément le THC et le CBD, sont **concentrés au niveau de la sommité florale**, bien qu'ils puissent également se retrouver en plus petites quantités dans les autres parties de la plante.



Source : site Internet Newsweed.

Les **concentrations en cannabinoïdes** dans la plante diffèrent donc selon l'environnement auquel celle-ci est confrontée, mais **dépendent aussi de la variété concernée**. À cet égard, on peut rappeler que les botanistes ⁽¹⁾ distinguent trois grandes espèces de chanvre : *Sativa* (espèce la plus répandue aujourd'hui), *Indica* (espèce identifiée par le Français Jean-Baptiste Lamarck à l'occasion d'un voyage en Inde en 1785) et *Ruderalis* (chanvre sauvage originaire de Russie). **Chacune de ces espèces possède des propriétés différentes en termes de production de cannabinoïdes** : *Sativa* serait relativement plus concentrée en THC qu'en CBD, *Indica* afficherait des concentrations moyennes pour les deux cannabinoïdes et *Ruderalis* serait, au contraire des deux autres, faiblement dotée à la fois en THC et en CBD.

2. Les effets du CBD sur l'organisme ne peuvent être assimilés à ceux du THC, dont ils diffèrent radicalement.

En dépit de leur origine commune, le THC et le CBD ont des effets sensiblement différents sur l'organisme humain. Dès la fin des années 1980, il a été établi que le THC se caractérisait par **une forte affinité pour le récepteur CB1**, la fixation du cannabinoïde engendrant les effets euphorisants du produit ⁽²⁾.

(1) Données regroupées dans des bases internationales, telles que le Système d'information taxonomique intégré (en anglais ITIS) développé par les États-Unis, le Canada et le Mexique.

(2) *Determination and characterization of a cannabinoid receptor in rat brain* (Devane et alii, *Molecular Pharmacology*, novembre 1988)

Les recherches ultérieures ont confirmé que, si le THC était un agoniste partiel des récepteurs CB1 et CB2, le CBD « affiche un potentiel élevé d'antagonisme » vis-à-vis de ces deux récepteurs ⁽¹⁾.

Cela ne signifie pas pour autant que le CBD n'aurait pas d'effets psychoactifs au sens que leur donne l'Organisation mondiale de la santé (OMS), à savoir une modification des « processus mentaux » lorsque la substance concernée est « ingérée » ou « administrée ». Des travaux suggèrent, par exemple, que le CBD serait un agoniste du récepteur sérotoninergique 5 HT1A ⁽²⁾, ce qui lui donnerait des **propriétés sédatives proches de certains anxiolytiques**. Comme l'a résumé M. Maciuk lors de son audition du 8 juillet précitée, « le CBD n'est certes pas [...] stimulant, euphorisant, désinhibiteur comme le THC, mais il est clairement psychotrope ».

À ces propriétés **décontractantes** et **relaxantes** s'ajoutent des effets **antiépileptiformes** et **anticonvulsivants** avérés ⁽³⁾. On peut rappeler que ce sont ces propriétés qui ont amené le laboratoire britannique *GW-Pharmaceuticals* à développer à partir du CBD un médicament destiné au traitement contre l'épilepsie (*Epidiolex*).

Au titre des aspects négatifs, on ne retrouve chez un consommateur de CBD aucun des effets indésirables du THC (confusion, anxiété, délire, hallucinations, altération de la mémoire et de la concentration). En l'état des connaissances disponibles, les contre-indications du CBD se limiteraient, **à fortes doses**, aux **atteintes hépatiques** et aux **interactions médicamenteuses** (médicaments anti-épileptiques, anti-coagulants et immunosuppresseurs ⁽⁴⁾).

Par ses propriétés relaxantes, et en l'absence de toxicité avérée, le CBD peut représenter **un atout pour les structures médico-sociales** en charge de l'accompagnement des personnes souffrant d'addictions à un ou plusieurs produits stupéfiants ⁽⁵⁾ : lors de son audition par la mission d'information le 30 septembre dernier, le docteur Jean-Pierre Couteron a souligné que les patients pris en charge manifestaient actuellement une véritable « appétence » pour ce produit « moins complexe » qui peut les aider à réduire leur addiction par un « jeu de substitution ». **Le CBD apparaît ici comme un moyen de lutter contre la consommation de produits stupéfiants.**

(1) *The diverse CB1 and CB2 receptor pharmacology of three plant cannabinoids: Δ9-tetrahydrocannabinol, cannabidiol and Δ9-tetrahydrocannabivarin* (Roger Pertwee, *British Journal of pharmacology*, 2008).

(2) *5-HT1A receptors are involved in the cannabidiol-induced attenuation of behavioural and cardiovascular responses to acute restraint stress in rats* (Leonardo Resstel et alii., *British Journal of pharmacology*, 2009).

(3) *Cannabidiol displays antiépileptiform and antiseizure properties in vitro and in vivo* (Nicholas A. Jones et alii., *The Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics*, 2010).

(4) Exemple : interaction avec la warfarine (anticoagulant) : Leslie Grayson, 2018.

(5) Notamment les « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » (CSAPA), créés par la loi n° 2002-2 du 2 mars 2002 et intégrés dans la catégorie des « établissements et services sociaux et médico-sociaux » au sens du 9° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Lors de son audition du 8 juillet dernier, le professeur Nicolas Simon, spécialisé en addictologie et en pharmacologie, a également fait état d'une étude publiée par l'Association américaine de psychiatrie le 21 mai 2019 sur le potentiel du CBD dans la lutte contre les addictions. Cette étude ⁽¹⁾, randomisée en double aveugle chez quarante-deux patients abstinents avec une addiction à l'héroïne, a démontré que, **plus le patient ingérait du CBD, plus les effets de « besoin irrésistible » (*craving*) et d'anxiété disparaissaient.**

CBD ET SEVRAGE DU TABAGISME

Les propriétés anxiolytiques du CBD confèrent à cette molécule **un véritable potentiel en matière de sevrage tabagique.**

En 2013, une expérience réalisée par l'unité de psychopharmacologie clinique de l'*University College* de Londres auprès de deux groupes de fumeurs aboutissait à une **réduction de 40 % de la consommation de cigarettes** au sein du groupe ayant inhalé du CBD par rapport au groupe « placebo » ⁽²⁾.

En 2018, une seconde étude réalisée par la même unité en collaboration avec le *King's College* et les universités de Bristol et d'Exeter³ confirmait l'effet de sevrage du **CBD ingéré, cette fois, de manière orale** : le groupe de fumeurs ayant ingéré par voie orale 800 milligrammes de CBD synthétique s'est caractérisé par une diminution sensible des biais cognitifs et des effets de « besoin irrésistible » liés à l'addiction à la nicotine.

Il pourrait être opportun de poursuivre les efforts de recherche au travers d'une ou de plusieurs **études, réalisées en France**, portant spécifiquement sur le **potentiel du CBD en matière de réduction de la dépendance au THC et des effets nocifs** de ce dernier sur l'organisme ⁽⁴⁾.

Proposition n° 20 : inviter les établissements publics de recherche, notamment l'Institut national de la santé et de la recherche médicale (INSERM), à engager des travaux visant à améliorer la connaissance des apports du CBD dans la réduction de la dépendance au THC et des effets nocifs de ce dernier sur l'organisme.

(1) *Cannabidiol for the reduction of cue-induced craving and anxiety in drug-abstinent individuals with heroin use disorder: A double-blind randomized placebo-controlled trial* (Yasmin Hurd et alii., 2019).

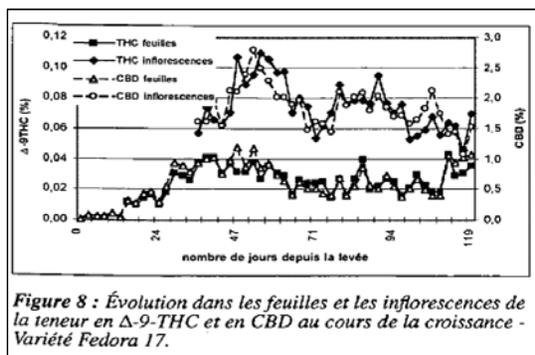
(2) *Cannabidiol reduces cigarette consumption in tobacco smokers: preliminary finding* (Celia J.A. Morgan et alii, septembre 2013).

(3) *Cannabidiol reverses attentional bias to cigarette cues in a human experimental model of tobacco withdrawal* (Chandni Hindocha et alii, mai 2018).

(4) Le professeur Simon a également fait état d'une étude parue en 2016 (Margaret Haney et alii) indiquant que le CBD, même à fortes doses, ne réduisait pas les effets subjectifs et cardiovasculaires du cannabis (THC) inhalé.

3. Le CBD ne peut, toutefois, être obtenu à partir de la fleur de chanvre sans contenir des traces, même infimes, de THC.

Le chanvre est une **plante dynamique** : la concentration en cannabinoïdes dépend de facteurs génétiques, liés à la variété de la plante, et environnementaux (lumière, température, humidité, oxygène, etc.). En ce sens, **la quantité de THC et de CBD présents dans la plante évolue dans le temps**, comme le montre cette étude réalisée en 2003 sur une variété de chanvre pauvre en cannabinoïdes (Fedora 17).



Source : *Annales de toxicologie analytique*, volume XV, n° 4 (1).

L'étude montre que la plante a tendance à produire des cannabinoïdes dans des **proportions similaires** en fonction de son stade de croissance : ainsi, le pic de production constaté dans l'inflorescence aux alentours du 55^e jour aboutit à **accroître les teneurs en THC et en CBD de manière presque parallèle**. Le phénomène est le même lorsque la plante est confrontée à une agression extérieure, comme l'a souligné M. Élie Doppelt, président du laboratoire LEAF lors de son audition du 7 octobre dernier : les proportions en THC et en CBD d'une récolte de chanvre dans le Minnesota ont ainsi pu passer respectivement de **0,3 % à 0,65 %** et de **10 % à 14 %** en moins de vingt-quatre heures **en raison d'un coup de blizzard glacé pendant la nuit**.

Compte tenu de la proximité de ces deux cannabinoïdes, l'extraction du CBD de la plante requiert la mise en œuvre de **techniques permettant de l'isoler du THC également présent**.

(1) Gilbert Fournier et alii (Laboratoire de pharmacognosie, Faculté de pharmacie de Châtenay-Malabry) : Intérêt du rapport delta-9-THC / CBD dans le contrôle des cultures de chanvre industriel.

TECHNIQUES D'EXTRACTION DU CANNABIDIOL

1/ Techniques traditionnelles :

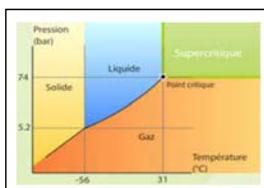
Le **pressage à froid** est un procédé utilisé dans l'industrie alimentaire pour extraire de l'huile. Le **tamissage à l'eau glacée** provoque le décrochage des trichomes et permet de confectionner de la résine par séchage. Il est également possible d'utiliser des **matières grasses** (huile alimentaire, beurre) pour extraire les cannabinoïdes.

2/ Extraction par solvant liquide :

Conformément à l'annexe I de la directive n° 2009/32/CE du Parlement européen et du Conseil du 23 avril 2009 relative au rapprochement des législations des États membres concernant les solvants d'extraction utilisés dans la fabrication des denrées alimentaires et de leurs ingrédients, il est possible d'utiliser **l'éthanol, le propane, le butane ainsi que l'anhydride carbonique (CO₂)** sous forme liquide pour extraire les cannabinoïdes.

3/ Extraction par fluide supercritique :

Un fluide est dit « **supercritique** » lorsqu'il est placé dans des conditions de température et de pression **au-delà de son point critique**. Il acquiert alors une viscosité proche de celle des gaz, une densité proche de celle des liquides et une diffusivité élevée. Le dioxyde de carbone (CO₂) atteint son état supercritique très facilement, à partir d'une **température de 31 °C** et d'une **pression de 74 bars**, ce qui en fait un fluide très utilisé dans l'industrie, notamment pour extraire la caféine des grains de café. Il a l'avantage, par ailleurs, d'être **inodore, chimiquement inerte, non-inflammable et réutilisable**.



Source : Portail des fluides supercritiques.

4/ Élimination de principaux résidus de THC :

Dans tous les cas, l'huile extraite contient toujours des traces significatives de THC (environ 1 %, après solvant liquide ou fluide supercritique, plus encore pour les méthodes traditionnelles). Il convient alors de « remédier » aux principaux résidus de THC par des procédés de distillation ou de chromatographie de partage ⁽¹⁾.

Les techniques d'extraction par solvants liquides apparaissent plus efficaces que les méthodes traditionnelles. Elles comportent des risques dès lors qu'il s'agit de manipuler des matières inflammables. Il y a également le risque que le CBD ainsi extrait comporte des résidus du solvant si le processus d'évaporation n'est pas complètement maîtrisé, ce qui pourrait mettre en danger la santé du consommateur. **L'extraction par fluide (CO₂) supercritique** est indéniablement la technique la plus efficace et sécurisée pour extraire du CBD. Elle nécessite, toutefois, un important matériel (compresseur, extracteur, séparateur et condensateur), ce qui en fait un procédé coûteux.

(1) Méthode physico-chimique qui sert à séparer, à partir de deux phases liquides non miscibles, les substances présentes dans un mélange.

Pour autant, il ressort des auditions menées par la mission d'information qu'**aucune technique, même celle au CO₂ supercritique, ne peut garantir une pureté à 100 % sur une extraction de CBD à partir de la plante.** Lors de son audition précitée, M. Élie Doppelt a signalé que son laboratoire avait travaillé avec un importateur qui cherchait à obtenir du CBD d'origine naturelle entièrement dénué de THC. Les analyses menées ont montré que, **même dans les cas les plus purifiés, le taux de THC restait supérieur à 0 %** : « le THC est présent dans tous les produits du chanvre ». Seul le CBD produit de manière **synthétique** peut, en principe ⁽¹⁾, afficher une pureté parfaite.

Les produits au CBD d'origine naturelle accessibles dans le commerce affichent des taux de THC très faibles (souvent inférieurs à 0,05 %) qui constituent de simples traces mais dont **la teneur ne peut être nulle.**

Composition : huile de graines de chanvre biologique pressée à froid (69%) Extrait de Cannabis sativa biologique (30%) dont Cannabidiol 5% Lecithine 1% **THC < 0,05%** 100% origine France 100% bio Comprend aussi flavonoïdes, terpènes 

Extrait d'un site Internet français de vente d'huile de CBD.

B. DE NOUVEAUX MARCHÉS ÉMERGENT EN EUROPE AUTOUR DE PRODUITS DE CHANVRE DIT « DE BIEN-ÊTRE » CONTENANT DU CBD.

Dans une société où de plus en plus de consommateurs sont à la recherche de produits naturels aux vertus apaisantes, le CBD peut constituer l'élément central d'une gamme de produits de consommation courante. Ces nouveaux marchés, plus ou moins prometteurs selon le segment, **ne répondent pas à une logique thérapeutique et ne peuvent être assimilés à une quelconque forme de légalisation de produits stupéfiants.** Pour cette raison, ils relèvent d'une économie dite du « chanvre bien-être ».

1. L'économie du « chanvre bien-être » correspond à une demande sociétale croissante en produits apaisants d'origine naturelle.

Dans son Livre blanc sur le « chanvre bien-être » publié le 20 avril 2020, le syndicat professionnel du chanvre (SPC) distingue plusieurs manières de consommer du CBD : soit par voie **orale** ou **sublinguale** (produits alimentaires, huiles, etc.), soit par **voie cutanée** (lotions, pommades, etc.), soit par **inhalation** (e-liquides, sommités florales, etc.).

Les **produits alimentaires** constituent l'une des gammes les plus variées. On y trouve des graines, des infusions, des huiles, des protéines en poudre, des gâteaux, des thés, des bières, des bonbons, du chocolat, des chewing-gums, etc.

(1) Pour autant, le laboratoire LEAF n'exclut pas totalement que des traces de THC puissent subsister dans le CBD synthétique.

Consommation de CBD	Topical	Oral	Sublingual	Inhalation
Usage	Absorption cutanée par la peau	Consommé par la bouche	Absorbé par les veines sous la langue	Inhalation directe dans les poumons
Produit	Lotions, pommades, patchs	Gélules, produits comestibles, boissons	Teinture, huile	Vaping, inhalateur, e-liquides, sommités

Source : Livre blanc du SPC sur le chanvre bien-être (page 77).

Beaucoup de ces usages correspondent à des **produits de consommation courante** pour lesquels les consommateurs français sont de plus en plus demandeurs d'ingrédients d'origine **naturelle**. Les études de marché réalisées chaque année par l'interprofession (InterChanvre) montrent un **dynamisme croissant** des produits **alimentaires et cosmétiques** issus du chanvre traditionnel.

Chênevotte	Marché en %	Indice de prix	Tendances
Litière animale	50 %	1	→
Paillage horticole	22 %	1,1	→
Bâtiment	14%	1,2	↗
Autres débouchés	14 %		→
Fibre			
Papiers spéciaux	56%	2	→
Isolation	29%	3,5	→
Plastique biosourcé	9%	3	↗
Autres débouchés	6%	3	
Textile	émergent	4	↗
Chênevis			
Oisellerie et pêche	84%	4	→
Alimentation humaine	15%	5	↗
Cosmétique	1%	6	↗

Source : InterChanvre (audition du 3 juin 2020).

Selon InterChanvre, le chiffre d'affaires issu de la vente en magasin « bio » des produits alimentaires issus du chanvre en France s'est, à lui seul, élevé en 2017 à **3,76 millions d'euros**, ce qui représente **une hausse de plus de 8 %** par rapport à 2016 (3,48 millions d'euros). À cette appétence pour les produits naturels s'ajoute la recherche par le consommateur de **solutions non médicamenteuses** à des **problèmes de bien-être** (stress, sommeil, douleur). Lors de son audition par la mission d'information le 16 septembre dernier, la société Arkopharma a rappelé que la France était le deuxième pays européen consommateur de **benzodiazépines** (anxiolytiques et somnifères) ⁽¹⁾ en 2017 et que, selon une enquête d'opinion menée en 2016 ⁽²⁾, un Français sur deux souffrirait d'inconfort articulaire.

(1) Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) : état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France (avril 2017).

(2) IFOP - Les Français et les rhumatismes (4 octobre 2016).

Les consommateurs ne cherchent pas nécessairement à résoudre ces problèmes par des solutions médicales et peuvent se tourner vers des produits aux **effets secondaires moins lourds** que ceux liés à l'usage de médicaments.

Selon le Syndicat national des compléments alimentaires (SYNADIET), également auditionné le 16 septembre 2020, les réticences de plus en plus de Français à recourir à des produits perçus comme « chimiques » expliqueraient en grande partie la forte croissance du marché des **compléments alimentaires**, qui représentait **2 milliards d'euros** en 2019, soit le double du montant constaté en 2010. Dans cet ensemble, les compléments à la **mélatonine**, molécule aux vertus sédatives qualifiée « d'hormone du sommeil », représenteraient, après quelques années d'exploitation ⁽¹⁾, un marché de **70 millions d'euros**.

En ce sens, s'il est produit de manière naturelle et présenté sous la forme d'un complément alimentaire, le CBD, molécule aux propriétés apaisantes, est à même de répondre parfaitement aux attentes d'un nombre croissant de consommateurs. **Les compléments alimentaires au CBD ont, dès lors, vocation à devenir la « tête de proue » d'une future économie du « chanvre bien-être ».**

Au sens de l'article 2 de la directive 2002/46/CE du Parlement européen et du Conseil du 10 juin 2002, les compléments alimentaires sont des « denrées alimentaires dont le but est de **compléter le régime alimentaire normal** et qui constituent une source concentrée de nutriments ou d'autres substances ayant un **effet nutritionnel ou physiologique** seuls ou combinés, commercialisés sous forme de doses ». On trouve parmi les compléments alimentaires des vitamines, des minéraux, des substances à but nutritionnel ou physiologique ainsi que des plantes ou des préparations à base de plantes.

La présence d'effets physiologiques dans certains compléments alimentaires peut les rendre assimilables à des « **médicaments par fonction** ⁽²⁾ » au sens de l'article L. 5111-1 du code de la santé publique, ce qui les soumet alors à la réglementation spécifique à ces produits (autorisation de mise sur le marché, notamment).

S'agissant du CBD, les représentants du SYNADIET ont réaffirmé leur volonté de voir émerger un marché du « bien-être » distinct du « thérapeutique ». Dans la mesure où un médicament au CBD existe déjà (*Epidiolex*), il conviendrait alors aux autorités réglementaires nationales de réfléchir à l'opportunité de déterminer des normes de production permettant de garantir aux fabricants que son produit ne sera plus considéré comme un médicament (*cf.* partie III *infra*).

(1) Après un règlement européen (432/2012 du 16 mai 2012) autorisant des allégations pour la présence de mélatonine dans les denrées alimentaires, les compléments alimentaires contenant de faibles doses de mélatonine ont été autorisés en France (seuil à 2 milligrammes fixé en 2017).

(2) « On entend par médicament [...] toute substance ou composition pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique. » (Article L. 5111-1, alinéa 1, du code de la santé publique).

2. Le marché du « chanvre bien-être » offre des perspectives de croissance en France et en Europe plus ou moins prometteuses selon le type de produit.

L'apparition d'un nouveau marché suscite, tout naturellement, un engouement propice à la diffusion d'hypothèses de développement optimistes. À cet égard, les auditions menées par la mission d'information ont permis d'établir que **les perspectives de croissance d'un marché français du « chanvre bien-être » sont réelles** en dépit des difficultés qui s'attachent à l'évaluation chiffrée de ce potentiel.

Les comparaisons internationales montrent, tout d'abord, une dynamique indéniable des ventes de produits contenant du CBD : selon le cabinet Deloitte ⁽¹⁾, le marché des États-Unis, tous produits confondus, pourrait s'établir à **16 milliards de dollars en 2025**, ce qui représente une croissance considérable par rapport au chiffre d'affaires réalisé actuellement (environ **1,9 milliard d'euros** ⁽²⁾).

S'agissant de l'Europe, l'Association européenne du chanvre industriel (AECI/EIHA) ⁽³⁾ estime que le marché du CBD pourrait représenter de **3 milliards à 3,5 milliards d'euros** sur l'ensemble du continent d'ici 2023-2025 ⁽⁴⁾ dans un scénario établi à partir d'une hypothèse de levée des contraintes réglementaires (*cf. infra*). La progression serait, là encore, spectaculaire par rapport à la période actuelle : selon une enquête menée par l'Association, le chiffre d'affaires réalisé sur les ventes de produits au CBD par 53 entreprises réparties dans 24 pays européens (dont 2 en France) s'était élevé à **130 millions d'euros** en 2019, contre **90 millions d'euros** en 2018 (pour 45 entreprises sondées).

Selon les éléments communiqués par le SYNADIET lors de son audition précitée, le secteur des **compléments alimentaires** devrait bien être le principal bénéficiaire de la croissance du marché, avec une estimation de **1 milliard d'euros** de chiffre d'affaires à l'horizon 2030 pour les produits au CBD dans un marché global des compléments alimentaires estimé à au minimum **18,5 milliards d'euros** (contre **12,6 milliards d'euros** en 2019 ⁽⁵⁾).

Pour ce qui est, plus spécifiquement, de la situation française, aucune évaluation chiffrée globale n'a été fournie à la mission d'information. S'agissant des compléments alimentaires, toutefois, le Syndicat professionnel du chanvre (SPC) estime que le CBD pourrait, dès la première année, générer un chiffre d'affaires de **30 millions d'euros**, cette performance étant amenée à croître de **plus de 10 % par an** ⁽⁶⁾ les années suivantes.

(1) Rapport de Deloitte Canada « Favoriser une nouvelle croissance - Le Canada se prépare pour la deuxième vague de légalisation du cannabis » - 2019 (page 27).

(2) Chiffre donné par le cabinet d'analyse américain BDSA (membre de l'Association nationale de l'industrie du cannabis) en mai 2019 : <https://bdsa.com/u-s-cbd-market-anticipated-to-reach-20-billion-in-sales-by-2024/>

(3) En anglais : European Industrial Hemp Association. L'association, fondée en 2000 en Allemagne et aujourd'hui basée à Bruxelles, représente au niveau de l'Union européenne les intérêts des industriels du chanvre, depuis la transformation jusqu'à la distribution des produits finis.

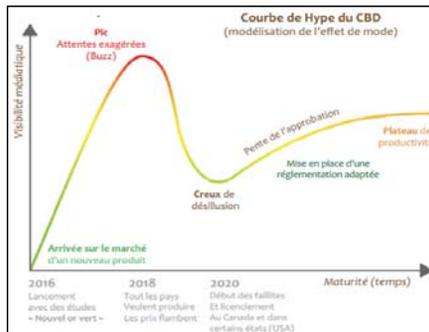
(4) *The European CBD market 2019-2020* (page 5).

(5) Données établies par le cabinet Deloitte pour le SYNADIET début 2020. Dans une hypothèse optimiste, le marché européen des compléments alimentaires s'établirait à plus de 30 milliards d'euros en 2030.

(6) Livre blanc du SPC sur le chanvre bien-être (page 80)

Si l'on prend en considération la part que le marché français des compléments alimentaires devrait occuper en Europe à l'horizon 2030 (soit environ 20 % ⁽¹⁾), la partie « CBD » pourrait bien représenter **200 millions d'euros** à cette échéance.

Bien évidemment, **il n'est pas certain que cette croissance soit linéaire**. Selon InterChanvre, les projections ne tiennent pas compte des soubresauts que le marché devrait connaître au cours de son développement et qui ont déjà été constatés sur les marchés plus mûrs (États-Unis et Canada). **Globalement, toutefois, la pente haussière ne devrait pas être remise en cause** (cf. graphique *infra*) :



Source : InterChanvre (audition du 3 juin 2020).

À cet égard, l'exemple du marché français de l'e-cigarette a montré que **les phases de croissance n'étaient pas toujours exemptes de contrecoups liés à des paliers de « maturité »** :



Source : cabinet XERFI ⁽²⁾.

(1) Dans ses projections pour le SYNADIET, le cabinet Deloitte établit à 4,1 milliards d'euros le marché français des compléments alimentaires sur un total européen de 18,5 milliards d'euros.

(2) Le marché de la cigarette électronique à l'horizon 2021 (novembre 2018)

Là encore, le CBD pourrait constituer un des facteurs de dynamisation du marché : selon le SPC ⁽¹⁾, les e-liquides au CBD représenteraient déjà un chiffre d'affaires de **100 millions d'euros** en 2018 et la France pourrait, d'ores et déjà, s'appuyer sur un réseau de **plusieurs centaines de distributeurs** (entre 400 et 600 sur l'ensemble du territoire).

Parmi les hypothèses envisagées pour la poursuite du développement du marché de l'e-cigarette figure en bonne place l'implication des buralistes, qui peuvent s'appuyer sur **un réseau traditionnel de près de 25 000 points de vente**. Sur ce dernier point, la Confédération des buralistes, auditionnée par la mission d'information le 22 juillet dernier, a **confirmé tout l'intérêt qu'elle portait au CBD** et sa volonté de développer son implantation sur le marché de la cigarette électronique, qui reste limitée encore aujourd'hui (autour de 20 %).

S'agissant, enfin, des **cosmétiques**, il semble que le marché européen du CBD soit encore **embryonnaire** à ce jour. Certes, le SPC a indiqué que certaines marques d'envergure internationale ⁽²⁾ commençaient à intégrer le CBD dans leurs gammes de produits. Pour autant, lors de son audition par la mission d'information le 7 octobre dernier, la Fédération française des entreprises de la beauté (FEBEA) a indiqué avoir lancé une enquête au début de l'année 2020 auprès de ses adhérents ⁽³⁾ sur l'utilisation du chanvre et que, **sur les 24 entreprises ayant répondu, les deux tiers (16) ont déclaré ne pas en utiliser et ne pas avoir de projets en ce sens**. Les contraintes réglementaires, essentiellement d'origine européenne (*cf. infra*), pesant sur le recours aux « extraits de cannabis » dans les cosmétiques jouent probablement un rôle dans les réticences des entreprises concernées.

(1) Livre blanc du SPC sur le chanvre bien-être (page 78).

(2) Kiehl's (L'Oréal) et Origins (Estée Lauder) - *cf.* Livre blanc sur le chanvre bien-être (page 78).

(3) La FEBEA représente 350 entreprises représentant plus de 97 % du chiffre d'affaires, parmi lesquelles figurent, non seulement, des entreprises de renommée mondiale (L'Oréal Paris, Guerlain, Chanel, etc.), mais aussi des très petites, petites et moyennes entreprises (82 % des membres).

II. LES ATOUTS DONT DISPOSE LA FRANCE POUR DÉVELOPPER UNE FILIÈRE COMPÉTITIVE DU CHANVRE BIEN-ÊTRE SONT GÂCHÉS PAR UN ENVIRONNEMENT JURIDIQUE TROP RESTRICTIF, DIFFICILEMENT APPLICABLE ET AUJOURD’HUI REMIS EN CAUSE

L’Europe, avec en son sein la France, devrait être aujourd’hui un acteur central du marché mondial du « chanvre bien-être » : **or, il n’en est rien**. Les craintes qui s’attachent au développement d’un produit issu du « cannabis » expliquent, en grande partie, **la persistance d’un environnement réglementaire aussi restrictif que complexe**. L’arrêt rendu par la Cour de justice de l’Union européenne (CJUE) dans l’affaire dite « Kanavape » le 19 novembre dernier est heureusement venu remettre en cause certains des blocages apposés par le droit français et celui de l’Union.

A. LA FRANCE DISPOSE D’UN AVANTAGE COMPARATIF PAR RAPPORT À SES CONCURRENTS DANS LE SECTEUR DU CHANVRE ET DEVRAIT POUVOIR STRUCTURER FACILEMENT UNE FILIÈRE NATIONALE DU « CHANVRE BIEN-ÊTRE ».

Sur un plan structurel, notre pays bénéficie indéniablement des capacités de production et de recherche qui lui permettraient d’obtenir une position privilégiée sur le marché européen du « chanvre bien-être ». Les acteurs auditionnés par la mission d’information ont, par ailleurs, confirmé leur volonté de **s’investir pleinement dans la consolidation de cette filière émergente**.

1. La France a su conserver au fil des années une filière du chanvre dotée d’importantes capacités de production et de compétences reconnues en recherche variétale.

La culture du chanvre en France s’inscrit dans le fil de la longue histoire de notre pays. Dès la fin du VIII^e siècle (ou le début IX^e siècle), le capitulaire dit « *de villis* » par lequel l’empereur Charlemagne aurait communiqué ses instructions à ses intendants **mentionne le chanvre (*canava*) parmi les cultures faisant l’objet d’une attention particulière au capitule (article) 62**.

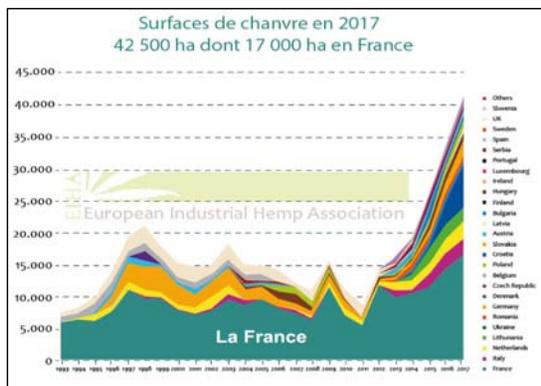
*Capitule 62 (extrait) : « Que nos intendants nous adressent tous les ans, sur des états séparés, des comptes clairs et méthodiques de tous nos revenus, afin que nous puissions connaître ce que nous avons et combien nous avons de chaque chose, à savoir : le compte des porcs, [...], celui de la laine, du lin, du chanvre (*canava*) [...] ; ».*

L’exploitation industrielle du chanvre se développe en France au XVII^e siècle avec, notamment, le **développement de corderies** destinées à la production de cordages, de câbles, de haubans et de voiles pour les navires ⁽¹⁾.

(1) Une corderie royale est installée à Rochefort (Charente maritime) à partir de 1666.

Au XIX^e siècle et au début du siècle suivant, le développement de la marine à vapeur, du coton ainsi que des textiles synthétiques (notamment du nylon) a provoqué le **déclin progressif de la culture du chanvre en France**. Après un pic à 176 148 hectares en 1841, la superficie des surfaces cultivées redescend aux alentours des 100 000 hectares sous le Second Empire, puis s'établit aux alentours des 15 000 hectares avant 1914 ⁽¹⁾.

La culture du chanvre, qui avait quasiment disparu à la fin des années 1950 (quelques centaines d'hectares) est ensuite **repartie à la hausse**, portée par de nouvelles utilisations industrielles (isolation des bâtiments, jardinage, alimentation animale et humaine, etc.). Depuis les années 1990, les surfaces cultivées ont été multipliées par trois et **la France est, depuis lors, le premier pays producteur européen avec près de 17 000 hectares sur 42 500 hectares cultivés en Europe en 2017**.



Source : InterChanvre et AECI/EIHA.

Cette position éminente n'est, toutefois, pas intangible compte tenu des récents développements du marché du chanvre « bien-être ». Ainsi **notre pays a-t-il perdu en 2018 sa place de troisième producteur mondial**, qu'elle occupait en 2016 ⁽²⁾ derrière la Chine (45 000 hectares) et le Canada (31 000 hectares), au profit des États-Unis, qui ont porté leurs surfaces cultivées à près de 32 000 hectares ⁽³⁾, soit environ **sept fois plus que l'année précédente**.

Face à la concurrence internationale, la France peut, toutefois, compter sur une **filière historiquement structurée**. Dès 1932, à une époque où la production déclinait, les producteurs français ont commencé à se regrouper au sein d'une organisation unique, la Fédération nationale des producteurs de chanvre (FNPC). En 2002, dans un contexte de relance de la production, les industriels se sont, à leur tour, donné une représentation nationale au travers de l'Union des transformateurs de chanvre (UTC).

(1) Statistiques agricoles annuelles et décennales de la France (Ministère de l'agriculture).

(2) InterChanvre, Plan filière 2017.

(3) Soit 78 176 acres (Forbes, 5 septembre 2019).

L'année suivante, la FNPC et l'UTC se sont rapprochés au sein d'une nouvelle instance (**InterChanvre**), qui a été officiellement **reconnue en 2011** ⁽¹⁾ **comme une organisation interprofessionnelle** au sens de l'article L. 632-1 du code rural et de la pêche maritime. Dotée d'une forte légitimité, liée au nombre de ses adhérents (plus de 1 400 producteurs et 6 chanvrières), InterChanvre bénéficie d'un poids important au sein de l'AECE/EIHA, qui est la seule organisation à même de représenter les intérêts de l'ensemble de la filière au niveau européen (cf. *supra*).

En matière de recherche variétale, notre pays dispose en outre d'un savoir-faire de haut niveau au travers d'une société coopérative agricole de production (SCAP) dotée, depuis les années 1960, de **la gestion exclusive de la seule zone protégée de production de semences de chanvre** ⁽²⁾ **existante en France**, à savoir celle de 5 00 kilomètres carrés située à Beaufort-en-Anjou (Maine-et-Loire).

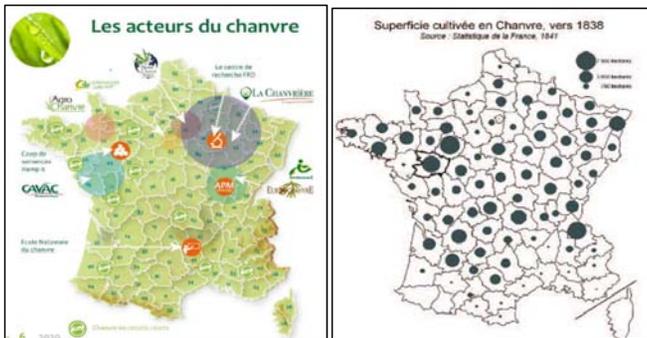
Cette coopérative (*Hemp It*), qui regroupe aujourd'hui 135 producteurs, a acquis une position prépondérante au niveau national, et même international, dans le domaine de la production de semences (1 800 tonnes par an, dont 70 % sont exportées). Par ailleurs, lors de leur audition par la mission d'information, le 7 octobre dernier, les dirigeants de la SCAP ont confirmé **la création, en décembre 2019, d'un laboratoire destiné à l'innovation variétale** (*Hemp It ADN*) et réaffirmé l'existence d'un « savoir-faire » français pour créer, si besoin, « de nouvelles variétés avec moins de THC et plus de CBD ».

2. De nombreux acteurs paraissent prêts à investir massivement dans la structuration d'une filière française du « chanvre bien-être ».

Pour l'instant, le dynamisme retrouvé de l'économie du chanvre a profité à certains territoires. Selon les données fournies par InterChanvre, **les principales zones de production, en 2017, se situaient dans les départements suivants** : Aube, Seine-et-Marne, Marne, Maine-et-Loire, Vendée, Yonne et Haute-Saône. Il suffit de comparer cette répartition avec celle du XIX^e siècle pour se rendre compte du **potentiel de développement existant dans d'autres territoires**, que ce soit à l'ouest (Bretagne), au centre (Creuse, Puy-de-Dôme), à l'est et même au sud-ouest (cf. cartes *infra*) :

(1) Arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie, du budget et de l'agriculture du 28 mai 2011 relatif à la reconnaissance en qualité d'organisation interprofessionnelle d'InterChanvre.

(2) Les dispositions du code rural (article L. 661-1 et suivants) permettent la création par un arrêté du ministre chargé de l'agriculture de zones protégées permettant de prévenir l'altération des semences d'une espèce végétale donnée.



Source : InterChanvre pour la carte de gauche, Statistique de la France agricole pour celle de droite.

Les perspectives offertes par les nouvelles utilisations du chanvre autour de l'économie du « bien-être » suscitent l'intérêt de **nouveaux acteurs situés précisément dans des territoires où la production est encore peu développée**, tels que la Creuse et la Bretagne. Un agriculteur creusois, M. Jouany Chatoux, auditionné par la mission d'information le 23 septembre dernier a confirmé qu'il était prêt à se lancer dès à présent dans la production de fleurs de chanvre destinées à l'extraction de CBD. Comme l'indiquait M. Éric Correia, président de la communauté d'agglomération du Grand Guéret, lors de cette audition, **le secteur privé est disposé à investir massivement sur ce nouveau créneau** : il n'a « besoin que d'autorisations, pas d'argent public ». M. Pierre-Yves Normand, président d'une association bretonne spécialisée dans la promotion des usages du chanvre (Bretagne Chanvre Développement) fait le même constat et a appelé à « libérer les énergies ».

Le cas des **outre-mer** est également intéressant : à La Réunion, terre historique du chanvre indien *Zamal*⁽¹⁾, une association (Chanvre Réunion) s'est créée en septembre 2018 avec une cinquantaine d'agriculteurs afin d'organiser le développement d'une filière du chanvre autour des nouveaux usages de la plante (CBD compris). L'association a entrepris non seulement d'explorer la voie d'une **reconnaissance des variétés locales**, mais aussi de tester des **variétés autorisées**⁽²⁾ de la catégorie *Sativa L (Dioïca 88 et Carmagnola)*.

Tous ces nouveaux acteurs estiment que le territoire français dispose des **capacités de production suffisantes** pour faire face à l'augmentation significative de la demande qui résulterait de la mise en place du marché du « chanvre bien-être ». Toutefois, ils insistent tous sur la nécessité qui s'attache à ce que les producteurs puissent avoir facilement accès à des **capacités d'extraction à grande échelle** en raison du coût, nettement prohibitif⁽³⁾, des matériels permettant la mise en œuvre des procédés les plus efficaces et les plus propres, en particulier l'extraction aux fluides supercritiques.

(1) Mot dérivant du malgache *Jamala* pour décrire le chanvre *Indica*.

(2) Figurant à l'article 2 de l'arrêté du 22 août 1990 (cf. infra).

(3) M. Chatoux évoquait, pour sa part, un investissement de 700 000 euros lors de son audition.

Sur ce dernier point, **la France est loin d'être sous-dotée** : les territoires producteurs de **plantes à parfums**, en particulier dans le sud-est (Provence), développent depuis longtemps des infrastructures d'extraction au dioxyde de carbone supercritique pour l'extraction d'arômes (lavande, thym, menthe, etc.) ou d'antioxydants (romarin, tocophérols, tocotrienols ⁽¹⁾, etc.).



Installation d'extraction aux fluides supercritiques située dans le Vaucluse.

M. Michel Krausz, directeur de la Société coopérative agricole des Plantes à parfum de Provence, située à Simiane-la-Rotonde dans les Alpes de Haute-Provence, a indiqué, lors de son audition par la mission d'information le 23 septembre dernier, que les techniques d'extraction dont il disposait **pouvaient être mises au service du chanvre**. On observera, à cet égard, que l'association Chanvre Réunion s'est également rapprochée de la **filière des plantes à parfum, aromatiques et médicinales (PAPAM)** de l'île dans le cadre de son projet précité.

S'agissant, enfin, des **industriels** et des **distributeurs**, plusieurs dizaines d'acteurs désireux d'investir dans la vente de produits du chanvre thérapeutique et du chanvre bien-être se sont regroupés en juin 2018 dans **une organisation nationale représentative dénommée « Syndicat professionnel du chanvre »**. Parmi ses membres figurent, notamment, des jeunes entreprises spécialisées dans les produits alimentaires et les cosmétiques au chanvre ⁽²⁾.

Ce syndicat, qui a publié en 2019 et en 2020, deux Livres blancs sur le « chanvre thérapeutique » et le « chanvre bien-être » (*cf. supra*), a choisi une **dénomination qui ne permet pas de le distinguer véritablement de l'organisation interprofessionnelle officielle (InterChanvre)**. Lors de son audition du 7 octobre dernier, l'interprofession a souligné tout l'intérêt que représentaient, pour elle, les produits contenant du CBD, les acteurs correspondants ayant vocation à constituer, à plus ou moins long terme, **une « sous-filière » du chanvre** au même titre que celle spécialisée sur les usages du textile ou du bâtiment.

Le rapporteur estime qu'un rapprochement entre les deux organisations pourrait avoir un intérêt en termes de synergie économique et de défense des intérêts de la filière aux niveaux national et européen.

(1) Composants de la vitamine E susceptibles d'être utilisés dans les produits alimentaires et les compléments alimentaires.

(2) Ho Karan (cosmétiques), Green Leaf Company (aliments et cosmétiques), etc.

Proposition n° 18 : inciter à la structuration d'une filière du « chanvre bien-être » autour, notamment, du Syndicat professionnel du chanvre et d'InterChanvre afin de renforcer la défense des intérêts des professionnels aux niveaux national et européen.

B. LA RÉGLEMENTATION NATIONALE ACTUELLE, TOUT AUSSI RESTRICTIVE QUE DIFFICILEMENT APPLICABLE, PÉNALISE LA FILIÈRE FRANÇAISE AU DÉTRIMENT DE SES CONCURRENTS ÉTRANGERS.

Les travaux de la mission d'information ont permis de clarifier la réglementation nationale applicable au CBD, pas toujours comprise par les acteurs eux-mêmes. **Le dispositif actuellement en vigueur**, formalisé dans un avis de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) ⁽¹⁾ et une circulaire du ministère de la justice ⁽²⁾, **est l'un des plus restrictifs d'Europe. Cela a conduit à la multiplication des poursuites et de contentieux parfois difficilement compréhensibles.** Paradoxalement, il est difficilement applicable sur un plan pratique, ce qui met les acteurs français de la filière dans une situation d'insécurité juridique. Pour autant, les récents développements de la jurisprudence européenne devraient aboutir à le remettre en cause sur certains de ses aspects les plus essentiels.

1. Les critères posés par la réglementation nationale rendent *de facto* le CBD d'origine naturelle quasiment impossible à produire ou à importer en France.

La prolifération des espaces de ventes, généralistes ou spécialisés, de produits contenant du CBD en France **laisse à penser que leur distribution serait entièrement légale.** Certains distributeurs n'hésitent pas à faire de cette supposée « légalité » du CBD un argument commercial face au THC.

Nous proposons à la vente des produits contenant du CBD, connu pour ses effets relaxants et déstressants. 100% légal.

[CBD: Tout savoir sur le ...](#) · [Huiles CBD](#) · [Huiles CBD animaux](#) · [Fleurs](#)

Extrait d'un résultat d'une recherche sur un moteur de recherche pour des produits au CBD.

Pour autant, la situation du CBD au regard du droit français est loin d'être simple et, en réalité, **il est très difficile d'en produire ou d'en importer en parfaite légalité.** Aucun texte n'évoque spécifiquement le cannabidiol (CBD), et encore moins ses usages industriels, au niveau français. Dans la mesure où le CBD est une molécule extraite, pour l'essentiel, de la fleur de chanvre, les règles qui lui sont applicables sont celles régissant la culture et l'exploitation du cannabis à titre général.

(1) Avis publié le 11 juin 2018.

(2) circulaire de la direction des affaires criminelles et des grâces n° 2018/F/0069/FD2 du 23 juillet 2018.

Le régime juridique du CBD découle donc des dispositions du code de la santé publique relatives aux « **préparations et substances vénéneuses** ⁽¹⁾ » et, plus particulièrement, de son article R. 5132-86. Après avoir rappelé au I le **principe de l'interdiction** de la production, de la fabrication, du transport, de l'importation, de l'exportation, de la détention, de l'offre, de la cession, de l'acquisition ou de l'emploi du cannabis (plante et produits), le II de cet article permet de déroger à cette interdiction « à des fins industrielles et commerciales » à condition de s'appuyer sur des variétés de cannabis « dépourvues de propriétés stupéfiantes » et de bénéficier d'une autorisation délivrée par **arrêté ministériel** ⁽²⁾.

Un arrêté a été pris sur ce fondement le 22 août 1990 ⁽³⁾. Cet arrêté pose trois conditions cumulatives à l'exploitation régulière du chanvre dans un cadre industriel et commercial :

1. La plante doit être issue d'une des variétés de cannabis *Sativa L* ⁽⁴⁾ **listées à l'article 2 de l'arrêté** ;

2. Seules les fibres et les graines de la plante peuvent être utilisées, **ce qui exclut dont l'utilisation de la fleur** et même, comme l'a précisé la MILDECA dans un avis publié le 11 juin 2018, de la feuille ;

3. La plante doit contenir elle-même **moins de 0,2 % de THC**.

Le deuxième critère rend de facto irrégulière l'extraction de CBD de manière naturelle. Dans une circulaire du 23 juillet 2018 ⁽⁵⁾ consacrée précisément au régime juridique applicable aux établissements proposant à la vente au public des produits issus du cannabis, la direction des affaires criminelles et des grâces (DACG) du ministère de la justice indique que « le cannabidiol se trouve principalement dans les feuilles et dans les fleurs de la plante, et non dans les fibres et graines. Par conséquent, en l'état de la législation applicable, l'extraction du cannabidiol dans des conditions conformes au code de la santé publique ne paraît pas possible. »

Dans sa circulaire, la DACG a également précisé, reprenant ainsi l'avis de la MILDECA du 11 juin 2018 précité, que la teneur de 0,2 % en THC autorisée **s'applique à la seule plante et non au produit fini qui en serait issu**. Il n'est donc pas possible d'élaborer *ou même d'importer* un produit contenant du CBD **si ce produit contient la moindre trace de THC**. Lors de son audition par la mission d'information, le 1^{er} juillet dernier, M. Arnaud Fougère, chef du bureau de la lutte contre la criminalité organisée, le terrorisme et le blanchiment (BULCO) au ministère de la justice, a **rappelé toutes les conséquences juridiques qui s'attachent à cette interdiction** : quand bien même un produit au CBD contenant

(1) Chapitre II du titre III du livre I^{er} de la cinquième partie de la partie réglementaire du code.

(2) Arrêté des ministres chargés de l'agriculture, des douanes, de l'industrie et de la santé.

(3) Avant d'être intégrées à l'article R. 5132-86 dans le cadre d'une codification (décret n° 2004-802 du 29 juillet 2004), les dispositions relatives aux dérogations à l'exploitation du cannabis figuraient à l'article R. 5181 du même code.

(4) 25 variétés de *Sativa L* sont autorisées : Carmagnola, Féline, Fibranova, etc.

(5) Circulaire n° 2018/F/0069/FD2 précitée.

des traces de THC serait autorisé à la vente dans un État membre de l'Union européenne, toute personne qui l'introduirait sur le territoire français « se mettrait dans l'illégalité » au regard de la réglementation nationale.

Seul le CBD synthétique, c'est-à-dire non produit à partir de la plante de chanvre ⁽¹⁾ et insusceptible en théorie de contenir du THC, **est donc véritablement « légal » au sens du droit français.**

On peut signaler que, pour être légaux, les produits contenant du CBD doivent également **respecter des dispositions législatives** destinées à prévenir tout mésusage des consommateurs : aucune indication promotionnelle ne peut renvoyer à l'univers du cannabis stupéfiant (**infraction de provocation à l'usage de produits stupéfiants**) ou comporter des allégations thérapeutiques (**infraction de médicament par présentation**). Le détail de ces prescriptions figure à la partie III *infra*.

2. Le CBD disponible actuellement sur le marché français est presque exclusivement importé, parfois dans des conditions non conformes à la réglementation nationale.

Compte tenu de l'impossibilité de pouvoir acquérir du CBD extrait en France de la plante de chanvre, **les distributeurs ont donc été tentés d'obtenir cette molécule à l'étranger**. S'agissant du CBD **synthétique**, l'importation est parfaitement régulière et s'explique d'autant plus que les entreprises qui se lancent sur ce créneau sont, pour l'instant, étrangères ⁽²⁾. Le recours à ce type de CBD n'a, toutefois, pas la préférence des importateurs en raison des risques qui s'attachent à la présence de composants chimiques autres que le CBD lui-même et, par ailleurs, de l'image « naturelle » des produits qu'ils veulent véhiculer auprès des consommateurs.

Dès lors, l'importation de CBD extrait de manière **naturelle** dans un autre pays européen apparaît comme une solution de compromis. Il suffit d'observer les pays frontaliers de la France pour s'apercevoir que **la plupart ont adopté sur le CBD des réglementations moins restrictives que la nôtre**, notamment au niveau de l'exploitation de la fleur de chanvre.

(1) *Le CBD synthétique peut être produit en laboratoire à partir, par exemple, de la fermentation de levures. Des chercheurs de l'Université de Berkeley ont également réussi à isoler des cannabinoïdes de synthèse à partir de galactose, c'est-à-dire de sucre (Complete biosynthesis of cannabinoids and their unnatural analogues in yeast, Jay D. Keasling et alii, 2019).*

(2) *Plusieurs entreprises américaines, notamment celles spécialisées dans les produits de santé (Precigen, par exemple), se sont positionnées sur ce marché. On peut rappeler, par ailleurs, que le laboratoire qui est à l'origine du médicament Epidiolex (GW Pharmaceuticals) est britannique (cf. supra).*

Selon les éléments fournis par le SPC dans son Livre blanc précité et complétés par les pays eux-mêmes dans le cadre d'une enquête menée à l'été 2020 par la mission d'information dans le cadre du Centre européen de recherche et de documentation parlementaires (CERDP)⁽¹⁾ :

1/ **l'Espagne** n'interdit pas expressément l'exploitation de la fleur de chanvre (seuil de THC à 0,2 %). La vente de produits alimentaires contenant du CBD est, en revanche, prohibée ;

2/ **l'Italie** n'interdit pas la production de CBD à partir de la plante de chanvre, fleur comprise, tant que celle-ci respecte les seuils en THC fixés par la loi au niveau national (0,6 % depuis la loi n° 242 du 2 décembre 2016). Des teneurs maximales en THC dans les produits alimentaires ont été fixés par un décret du 4 novembre 2019 ;

3/ **la Suisse** autorise une teneur en THC à 1 % dans la plante de chanvre depuis 2011 et dans les produits contenant du CBD depuis 2016 ;

4/ **l'Allemagne** n'interdit pas expressément l'exploitation de la fleur de chanvre (seuil de THC à 0,2 %). Des teneurs maximales en THC dans les produits alimentaires ont été fixés en 2018 par l'Institut fédéral d'évaluation des risques⁽²⁾ ;

5/ **le Luxembourg** autorise les produits à fumer (fleurs et cigarettes) contenant du CBD extrait de la fleur de chanvre à la condition qu'ils ne contiennent pas de tabac et que la plante utilisée affiche une teneur en THC inférieure à 0,3 %⁽³⁾. Ils sont considérés comme des « produits à fumer à base de plantes autres que le tabac » (*cf.* partie III *infra*) ;

6/ **la Belgique** n'interdit pas expressément l'exploitation de la fleur de chanvre (seuil de THC à 0,2 %). Des teneurs maximales en THC dans les produits alimentaires d'origine végétale ont été fixés dans un arrêté royal du 29 août 1997. Comme le Luxembourg, la fleur de CBD est autorisée sous le statut de « produit à fumer à base de plantes autres que le tabac ».

Par ailleurs, avant que la MILDECA ne publie son avis précité du 11 juin 2018, la réglementation française était tellement peu claire que les importateurs pouvaient estimer de bonne foi que le seuil de 0,2 % de THC fixé par l'arrêté du 22 août 1990 s'appliquait également aux produits finis. Quand l'interdiction fut explicitement prononcée au niveau national, les distributeurs se sont logiquement tournés vers **les dispositions du droit de l'Union européenne relatives au chanvre**.

Sur ce point, les règlements du Parlement européen et du Conseil n° 1307/2013 et 1308/2013 du 17 décembre 2013 qui régissent le marché commun agricole **autorisent la culture⁽⁴⁾ et l'importation⁽⁵⁾ dans l'Union européenne de chanvre dont la teneur en THC est inférieure à 0,20 %**.

(1) Un récapitulatif des réglementations en vigueur à l'été 2020 dans la plupart des pays européens figure en annexe 1 au présent rapport.

(2) Bundesinstitut für Risikobewertung (BfR).

(3) Les produits dérivés du cannabis et chanvre (notice du Luxembourg) version juillet 2019 (page 12) et Info TAXUD 8/2019 du 17 septembre 2019.

(4) Article 32, paragraphe 6, du règlement n° 1307/2013.

(5) Article 189 du règlement n° 1308/2013.

Dans la mesure où ces textes s'appliquent tout autant à des matières premières agricoles qu'à des **produits de première transformation** ⁽¹⁾ tels que les produits laitiers ou le sucre issu de betteraves, ils ont pu parfois être **interprétés comme fixant un seuil « européen » de 0,2 % de THC aux produits finis**. Cet argument est explicitement repris par le SPC dans son Livre blanc ⁽²⁾ et parfois mentionné sur les notices commerciales des produits vendus en France.

Extrait d'une notice figurant sur le site Internet d'un magasin français de vente de produits au CBD :

« Le décret européen n° 639-2014
« Le règlement européen n° 1307/2013
« Les fleurs de CBD, et **l'ensemble des produits**, proposés sur notre site disposent d'un **taux de THC inférieur à 0,2 %** (certifié par des analyses de laboratoires **conformément à la législation européenne**).

Cette interprétation a été rejetée par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) dans l'arrêt dit « Kanavape » rendu le 19 novembre dernier (cf. *infra*). Le juge considère, en effet, que les règlements agricoles précités ne s'appliquent qu'aux matières premières et produits **limitativement énumérés à l'annexe I** du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE), laquelle ne cite en son entrée 5302 que le « chanvre brut », c'est-à-dire provenant de l'arrachage, le chanvre « roui ou teillé » ou la « filasse », constituée des fibres extraites du reste de la plante. Il conclut donc que « les règlements n^{os} 1307/2013 et 1308/2013 doivent être interprétés en ce sens qu'ils ne s'appliquent pas au CBD ⁽³⁾. »

Dès lors, tant que d'autres dispositions issues du droit de l'Union ne s'opposent pas à la réglementation française (cf. *infra*), **celle-ci a vocation à s'appliquer**. D'un point de vue pratique, il ressort néanmoins des auditions menées par la mission d'information que **cette réglementation est difficile à mettre en œuvre**. Lors de son audition du 8 juillet dernier, M. Gil Lorenzo, sous-directeur des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude à la direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI), a indiqué que, lors de leurs contrôles ⁽⁴⁾, les services douaniers **se concentraient principalement sur l'application du critère relatif aux taux de THC** : il est *de facto* impossible pour les agents de s'assurer que le produit au CBD qu'ils pouvaient avoir entre leurs mains n'a pas été produit à partir de la fleur ou de la feuille d'une plante de chanvre.

(1) Notion figurant à l'article 38 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

(2) Page 85 du Livre blanc sur le chanvre bien-être : « Le droit européen qui prévaut selon la hiérarchie des normes au droit français sur ce point, ne restreint pas l'utilisation du chanvre à certaines parties de la plante, et autorise le commerce de **tous produits dont le taux de THC est inférieur à 0,2 % de THC**. »

(3) Paragraphe 58 de l'arrêt.

(4) Ces contrôles peuvent être effectués, soit aux frontières de l'Union européenne (notamment celle avec la Suisse) dans le cadre du dédouanement des marchandises souhaitant entrer sur le territoire douanier de l'Union, soit à la circulation sur l'ensemble du territoire national.

Même le critère du taux de THC est, en lui-même, difficile à faire respecter compte tenu des traces extrêmement faibles de la molécule stupéfiante qui peuvent subsister dans les produits au CBD.

Lorsque les services de douane ou de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) sont confrontés à des produits qu'ils soupçonnent de contenir des traces de THC, ils ont la possibilité de **prélever des échantillons aux fins d'analyse** ⁽¹⁾ par un « service commun des laboratoires » (SCL) issu du regroupement des laboratoires des deux administrations. À cet égard, M. Élie Doppelt, président du laboratoire LEAF, a rappelé lors de son audition du 7 octobre dernier, que les techniques de dosage des cannabinoïdes utilisées par les différents laboratoires, publics comme privés, comportaient **de multiples aléas rendant l'exercice extrêmement périlleux pour l'analyse de très petites quantités.**

Les techniques de dosage les plus courantes s'appuient sur la **technique de la chromatographie** (cf. page 16 *supra*), méthode physico-chimique qui sert à séparer les différentes substances présentes dans un mélange de façon à les faire apparaître sur un diagramme. L'analyse des cannabinoïdes peut s'effectuer :

- soit par une **chromatographie en phase gazeuse**, assez fiable en théorie mais comportant une phase de chauffe susceptible de dégrader l'échantillon ;
- soit par une **chromatographie en phase liquide**, plus stable mais un peu moins précise.

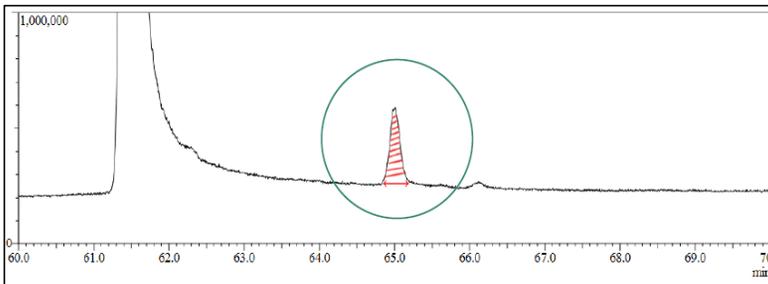


Image d'un spectre de THC dans un échantillon de CBD

M. Doppelt a estimé à 2 % le risque d'erreur pour un dosage de THC sur de la poudre par chromatographie en phase liquide.

Ces difficultés permettent de comprendre pourquoi certaines saisies de produits au CBD ont parfois abouti à des résultats différents d'un laboratoire à l'autre, **voire se sont avérées infructueuses.**

(1) Article 67 quater B du code des douanes pour la DGDDI et article L. 511-23 du code de la consommation pour la DGCCRF.

On rappellera, sur ce point, que le gérant d'un bar-tabac de Reims qui vendait des e-liquides au CBD a été relaxé en appel ⁽¹⁾ « en l'absence de caractérisation de l'élément matériel des infractions » poursuivies, car « le laboratoire scientifique n'a pas été en mesure de préciser le taux de THC » dans les produits saisis.

La situation de notre pays apparaît donc doublement paradoxale : la réglementation française du CBD, qui est l'une des plus sévères d'Europe, est peu appliquée tandis que certains distributeurs multiplient les importations de CBD extrait de manière naturelle au risque de **se faire sanctionner sur le seul fondement d'un test positif de dosage du THC**, lui-même sujet à des marges d'erreur non négligeables.

3. La réglementation française devra probablement évoluer sous la pression du droit de l'Union européenne.

Par son jugement rendu le 19 novembre dernier dans l'affaire dite « Kanavape » ⁽²⁾, la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) devrait, toutefois, **amener les autorités françaises à faire évoluer la réglementation applicable au CBD.**

RÉSUMÉ DE L'AFFAIRE « KANAVAPE »

En décembre 2014, la société CATLAB, établie à Marseille et dirigée par deux jeunes entrepreneurs (MM. Sébastien Bégurier et Antonin Cohen), a mené une campagne de communication pour le lancement d'une cigarette électronique (Kanavape), dont le liquide contient du CBD. À la suite d'une enquête menée par le procureur de la République près le tribunal de grande instance de Marseille, il a été établi que le Kanavape était alimentée par de l'huile de CBD **extraite en République tchèque** à partir de l'intégralité de la plante, **y compris de la fleur** (extraction par éthanol).

Bien que, d'une part, le laboratoire de police scientifique de Marseille (LIPS) n'ait pas été en mesure « d'exprimer un résultat quantitatif » et que, d'autre part, une analyse menée par le laboratoire de contrôle de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) ait conclu à la présence de traces de THC inférieures au taux de 0,2 %, le tribunal correctionnel de Marseille a condamné le 8 janvier 2018 les deux intéressés à des peines d'amende et de prison avec sursis sur le fondement du 1^o du I de l'article L. 5432-1 du code de la santé publique, c'est-à-dire pour commerce illégal de « préparations vénéneuses ». **Le tribunal s'est fondé sur les dispositions de l'arrêté du 22 août 1990 interdisant l'exploitation de la fleur de chanvre pour extraire du CBD.** La cour d'appel d'Aix-en-Provence, saisie de l'affaire, a estimé le 23 octobre 2018 que cette interdiction était susceptible d'entrer en contradiction avec les dispositions des **règlements agricoles européens n° 1307/2013 et 1308/2013** précités ainsi qu'avec le principe de **libre circulation des marchandises** mentionné à l'article 34 du TFUE. Elle a donc sollicité l'avis de la CJUE *via* un **renvoi préjudiciel** (art. 267 TFUE).

(1) Cour d'appel de Reims, 22 octobre 2019.

(2) C/663-18, 4^e chambre.

Comme indiqué *supra*, l'arrêt de la CJUE met un terme à l'interprétation selon laquelle les règlements agricoles et, à travers eux, le seuil limite de 0,2 % de THC, s'appliqueraient au CBD. **Il soumet, en revanche, l'interdiction du CBD extrait de parties de la plante de chanvre extérieures aux fibres et aux graines à l'obligation de libre circulation des marchandises**, des restrictions ne pouvant être apportées par un État membre que s'il existe un risque avéré pour la santé humaine ⁽¹⁾ et si les mesures prises sont proportionnées au but recherché ⁽²⁾. Plus concrètement, **le juge européen charge la Cour d'appel d'Aix-en-Provence d'effectuer cette évaluation de l'adéquation de la réglementation française avec le principe de libre circulation des marchandises**, tout en précisant que :

– sans éléments nouveaux, les risques réels allégués pour la santé publique invoqués par les autorités françaises pourraient apparaître comme fondés sur des « considérations purement hypothétiques » ;

– la seule circonstance que le CBD synthétique serait autorisé, et non le CBD d'origine naturelle, constituerait une atteinte infondée au principe de libre circulation.

À ce stade de la procédure, il y a désormais de très fortes probabilités pour que **la limitation aux fibres et graines** inscrite à l'arrêt du 22 août 1990 pour **l'importation** de produits issus de la plante de chanvre soit jugée non conforme au droit de l'Union européenne par la juridiction nationale. **Ce serait, ainsi, le cœur même du dispositif réglementaire français qui se trouverait remis en cause.**

Dans ses conclusions, publiées le 14 mai dernier, l'avocat général près la CJUE rappelle que la question préjudicielle ne porte pas sur le second critère appliqué aux produits contenant du CBD, à savoir **l'interdiction de toute teneur en THC dans le produit fini**.

Compte tenu de l'impossibilité pratique d'afficher 0 % de THC dans un produit au CBD extrait de manière naturelle et de l'obligation faite à chaque pays de reconnaître les normes de production du CBD des autres États membres, **il est très probable que cette interdiction soit également inconstitutionnelle.**

(1) La santé publique fait également partie des objectifs de l'Union européenne (article 36 du TFUE).

(2) CJUE, 28 janvier 2010, Commission/France, C-333/08.

C. COMPTE TENU DU FLOU QUI ENTOURE LE STATUT INTERNATIONAL DU CBD, LA COMMISSION EUROPÉENNE A BLOQUÉ LE DÉVELOPPEMENT DU MARCHÉ PAR UNE APPROCHE EXCESSIVEMENT RESTRICTIVE, AUJOURD'HUI REMISE EN CAUSE PAR L'ARRÊT « KANAVAPE ».

L'arrêt rendu par la CJUE dans l'affaire « Kanavape » le 19 novembre dernier a également remis en cause la manière dont la Commission européenne appréhendait le CBD au niveau international : l'impact de cette jurisprudence est d'autant plus appréciable que **l'interprétation adoptée par la Commission risquait de déstabiliser l'ensemble de la filière naissante.**

- 1. L'exclusion expresse du CBD de la convention unique de 1961 relative aux produits stupéfiants tarde à être officialisée au niveau international en dépit de la demande formulée sur ce point par l'Organisation mondiale de la santé (OMS).**

Les incohérences de la réglementation française du CBD sont liées à l'inadéquation d'un cadre juridique mis en place initialement pour lutter contre le trafic d'un produit stupéfiant que l'on désignait alors sous la dénomination globale de « cannabis ». **Les mêmes questions agitent les instances internationales** dans la mesure où les textes relatifs aux stupéfiants ont été **rédigés à une époque antérieure à l'identification du système endocannabinoïde.**

Le **droit international des produits stupéfiants** se limite, actuellement, à la « Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants [du 30 mars 1961] » telle que modifiée par le « protocole de 1972 » et la « Convention des Nations unies sur les substances de 1971 », textes adoptés dans le cadre du Conseil économique et social des Nations unies (ECOSOC) afin de combattre la toxicomanie par une action coordonnée des pays membres. Cette convention « unique » est mise en œuvre par les États parties avec le soutien technique de l'Office des Nations unies sur la drogue et le crime (ONUDD), basé à Vienne (Autriche).

Aucune stipulation de la Convention unique n'évoque spécifiquement le CBD : là encore, c'est **le cannabis envisagé globalement comme un produit stupéfiant** qui est cité : le « cannabis », la « résine de cannabis » et les « extraits et teintures de cannabis » sont inscrits au tableau I, tandis que le « cannabis et la résine de cannabis » sont mentionnés au tableau IV.

La Convention unique de 1961 établit une classification des produits en **quatre catégories**, chacune d'entre elle reprise dans un tableau joint en annexe :

1/ Le tableau I liste les produits stupéfiants soumis à des obligations de contrôle visant à réserver aux seules fins « médicales et scientifiques » la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention de ces produits (article 4, paragraphe c).

2/ Le tableau II liste des substances pour lesquelles les obligations de contrôle sont allégées en raison, notamment, de leur usage médical.

3/ Le tableau III s'applique aux « préparations » qui ne sont pas considérées comme susceptibles de « donner lieu à des abus » ou « produire des effets nocifs » et dont le stupéfiant qu'elle contient n'est « pas facilement récupérable » (article 3, paragraphe 4).

4/ Le tableau IV reprend les substances du tableau I qui, en raison de leurs « propriétés particulièrement dangereuses », doivent faire l'objet d'interdictions très strictes, seule la « recherche médicale et scientifique » étant autorisée (article 2, paragraphe 5).

Le classement (ou le déclassement) d'un produit relève de la compétence de la Commission des stupéfiants, organe émanant du Conseil ECOSOC, sur proposition, notamment, de l'Organisation mondiale de la santé (articles 3 et 8, paragraphe a). La Commission des stupéfiants se réunit traditionnellement chaque année à Vienne ⁽¹⁾ pour discuter, notamment, du contenu des quatre tableaux annexés à la Convention unique de 1961.

Le développement des usages du CBD à partir des années 2010 a amené l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à se pencher sur la question du cannabidiol. Dans sa trente-neuvième réunion, qui s'est tenue du 6 au 10 novembre 2017, le comité d'experts de l'OMS sur la pharmacodépendance conclut qu'il « n'y a [...] aucun problème de santé publique lié à la consommation de CBD pur » et qu'au contraire, le CBD peut constituer « un traitement utile ⁽²⁾ » contre certaines pathologies. S'agissant du **régime de contrôle international du CBD**, le comité d'experts de l'OMS :

– constate que « le CBD n'est pas spécifiquement inscrit dans les tableaux des conventions internationales des Nations unies relatives au contrôle des drogues de 1961, 1971 ou 1988 ⁽³⁾ » ;

– **interprète, toutefois, la notion « d'extrait de cannabis » figurant au tableau I de la Convention unique comme englobant le CBD** : « [...] s'il est préparé sous forme d'extrait ou de teinture de cannabis, il est inscrit au tableau I de la convention unique sur les stupéfiants de 1961 ⁽⁴⁾. »

(1) L'ONU DC assure le secrétariat de la Commission des stupéfiants.

(2) Rapport du 39^e comité d'experts, item 5.2 (page 5).

(3) Ibid. (page 20).

(4) Ibid. (même page).

Cette interprétation a logiquement amené le comité d'experts à envisager, lors de sa quarantième réunion ⁽¹⁾, **la suppression des « préparations considérées comme étant du CBD pur »** des tableaux des Conventions internationales relatives aux contrôles des stupéfiants.

Dans la perspective de la 63^e session de la Commission des stupéfiants, qui devait se réunir à Vienne les 2-6 mars 2020, l'OMS a adressé, dès le 24 janvier 2019, au Secrétaire général des Nations unies **six propositions** relatives au classement du cannabis et de ses produits dérivés. Parmi ces suggestions figurent :

1. La suppression du cannabis et de la résine de cannabis du tableau IV compte tenu, d'une part, de leur nocivité supposée moindre au regard des effets des autres produits du tableau (héroïne, opioïdes de synthèse, etc.) et, par ailleurs, de l'intérêt thérapeutique du cannabis pour le traitement de la douleur et d'autres pathologies, telles que l'épilepsie ou la spasticité liée à la sclérose en plaques (*proposition n° 1*) ;

2. La suppression des « extraits et teintures » de résine de cannabis du tableau I en raison des demandes de certains pays visant à favoriser le développement de « préparations » issues du cannabis aux « applications thérapeutiques prometteuses », dépourvues de propriétés stupéfiantes, **notamment celles contenant du CBD** (*proposition n° 4*) ;

3. L'adjonction au tableau I d'une note de bas de page relative au CBD, qui, pour des raisons similaires (faible nocivité, effets positifs dans le traitement de certaines pathologies médicales), serait expressément exclu des dispositifs de contrôle international prévus par la Convention (*proposition n° 5*).

L'OMS a conçu cette note de bas de page de façon à prendre en compte **la présence inévitable de traces de THC dans les extraits de CBD effectués à partir de la plante de chanvre**. La note serait donc rédigée de façon à exclure des contrôles les préparations contenant « au maximum 0,2 % » de THC.

(1) Du 4 au 7 juin 2018.

À cet égard, on peut noter que, bien que l'OMS ait traité la question sous un angle médical ⁽¹⁾, la notion de « préparation » au sens de la Convention unique de 1961 **va bien au-delà du seul médicament** dans la mesure où elle est définie comme « un mélange, liquide ou solide, contenant un stupéfiant ⁽²⁾ ».

Pour M. Yann Bisiou, un spécialiste du droit de la drogue interrogé par la mission d'information, « les trois principaux acteurs du contrôle international des drogues [OMS, Commission des stupéfiants, Organe international de contrôle des stupéfiants] ont en effet pris soin de préciser que la nouvelle définition des « préparations » de cannabis couvrirait à la fois les usagers médicaux **et non médicaux** ⁽³⁾. »

À ce jour, les clarifications demandées par l'OMS n'ont toujours pas été effectuées. Le 6 mars 2020, la Commission des stupéfiants a finalement décidé de ne pas statuer sur le sujet et a reporté sa 63^e session à une réunion qui s'est finalement tenue les 2, 3 et 4 décembre derniers. Au cours de cette réunion, à laquelle la France et l'Union européenne ont participé (*cf. infra*), la proposition n° 1 a été adoptée, mais **les propositions susceptibles d'intéresser le CBD ont été rejetées.**

Le flou initial entourant la rédaction de la Convention de 1961 est donc maintenu. Selon les interprétations que les pays signataires sont susceptibles de donner à la notion « d'extrait de cannabis », **le CBD peut donc être théoriquement considéré comme un produit stupéfiant** dont les utilisations se limitent aux seuls fins « médicales et scientifiques » au sens de l'article 4, paragraphe c) précité.

2. Par son interprétation restrictive de la Convention de 1961, aujourd'hui remise en cause par la CJUE au travers de son arrêt « Kanavape », la Commission européenne a porté un coup d'arrêt brutal à l'économie du chanvre bien-être sur le continent.

Loin d'adhérer pleinement aux préconisations de l'OMS précitées, l'Union européenne s'est avérée **extrêmement prudente** sur la question du CBD. Lors de la préparation de la 63^e session de la Commission des stupéfiants, le Comité des représentants permanents (COREPER) a adopté le 12 février dernier la **position commune** présentée le 17 décembre 2019 par la Commission européenne au Conseil. Si l'Union donnait une suite favorable à la suppression du cannabis et de la résine de cannabis du tableau IV, elle **émettait des réserves** quant au retrait des « extraits et teintures » du cannabis du tableau I et à la mise en place d'une exception expresse pour le CBD, une « évaluation approfondie » devant être réclamée à l'OMS.

(1) Ce qu'ont noté certains experts juridiques, tels que Kenzi Riboulet - Zemouli, qui plaident pour une non-applicabilité des recommandations de l'OMS au chanvre « bien-être » : <https://www.newsweed.fr/cbd-kanavape-nations-unies/>.

(2) Article premier, paragraphe 1, s) de la Convention unique.

(3) Contribution écrite adressée à la mission d'information le 1^{er} décembre 2020.

Les justifications apportées aux réserves sur le CBD tiennent, d'abord, à l'abaissement du niveau de contrôle qui découlerait de cette exception et, surtout, sur le fait que le seuil de 0,2 % de THC proposé ne serait pas « étayé par des preuves scientifiques » et pourrait faire l'objet « d'interprétations divergentes » concernant son mode de calcul.

L'Union européenne n'est pas membre de la Commission des stupéfiants⁽¹⁾, mais 13 États membres y bénéficient d'un droit de vote (notamment la France, la Belgique, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas et l'Italie).

À ce titre, le Conseil de l'Union européenne est habilité à adopter des « positions » communes dans « une instance créée par un accord, lorsque cette instance est appelée à adopter des actes ayant des effets juridiques » (article 218, paragraphe 9, du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne).

Cette frilosité montre que la Commission a repris à son compte l'interprétation selon laquelle **le CBD issu de la plante de chanvre serait un « extrait de cannabis »** au sens de la Convention unique de 1961.

Les éléments transmis par la Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF) à l'issue de son audition du 8 juillet dernier⁽²⁾ permettent de comprendre que, dans le cadre d'échanges avec les États membres de l'Union européenne en mars 2019, **la Commission s'est fondée sur cette interprétation pour justifier la prohibition du CBD d'origine naturelle dans les produits cosmétiques.**

Les **mêmes arguments** ont été invoqués en juillet 2020 à l'encontre des entreprises européennes qui avaient déposé un dossier d'autorisation de l'huile de CBD au titre de la réglementation dite des « Nouveaux aliments » (cf. *infra*). Selon les informations communiquées par l'AECI/EIHA à l'issue de son audition du 22 juillet dernier, la Commission, se fondant sur une analyse de son service juridique, aurait répondu à chaque entreprise que « le cannabidiol, dès lors qu'il est extrait de [la plante] de cannabis, doit être considéré comme une substance entrant dans le champ d'application des dispositifs de contrôle de la Convention [unique de 1961] et **doit en conséquence être qualifié de produit stupéfiant.** »

(1) L'Union a un simple statut d'observateur.

(2) Échanges avec le bureau des produits et prestations de santé et des services à la personne (5B).

Le régime juridique des produits cosmétiques résulte, au niveau européen, du règlement n° 1223/2009 du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 (cf. *infra*). Ce texte interdit explicitement en son article 14 les substances énumérées en annexe II : l'entrée 306 de cette annexe évoque les « stupéfiants » définis comme « toute substance énumérée aux tableaux I et II de la convention unique sur les stupéfiants ».

Dans sa communication du 1^{er} mars 2019 relative aux critères de classement des ingrédients dans le catalogue européen des ingrédients autorisés dans les produits cosmétiques (CosIng ⁽¹⁾), la Commission précise :

« Le cannabidiol n'est pas inclus en tant que tel dans les tableaux de la Convention unique de 1961. [...]. Toutefois, s'il est préparé à partir de substances interdites, notamment **d'extraits, de teintures ou de résine de cannabis**, le cannabidiol tombe alors dans le champ d'application de la Convention et **la prohibition issue de l'entrée 306 de l'annexe II s'appliquera.** »

Lors de son audition par la Mission d'information du 30 septembre dernier, l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) a confirmé que, si le catalogue CosIng n'avait en tant que tel aucune valeur juridique, l'interprétation donnée par la Commission **avait pour effet de bloquer l'autorisation de produits cosmétiques contenant du CBD extrait de la fleur**, à l'exception du CBD produit de manière synthétique et, probablement, du CBD issu de la feuille de chanvre.

Cette position stricte peut s'expliquer, selon M^{me} Lorenza Romanese, directrice générale de l'AECI/EIHA, par **la crainte de la Commission de ne pas pouvoir maîtriser un marché en croissance rapide**. Pour autant, l'autorisation donnée au seul CBD synthétique est d'autant plus paradoxale qu'elle aurait pour effet de favoriser indirectement les grandes entreprises de l'industrie chimique, dont la plupart sont d'origine américaine ou asiatique, **au détriment de l'agriculture européenne**.

À la suite de l'audition de l'AECI/EIHA, le président et les rapporteurs de la mission d'information ont souhaité alerter le Gouvernement au travers d'un **courrier adressé le 27 juillet 2020** (copie jointe en annexe).

Un tel durcissement aurait pu, selon les termes employés par l'association dans un communiqué de presse publié dès le 27 juillet dernier, « sonner le glas du secteur [européen] du chanvre » si la Cour de justice de l'Union européenne n'était pas venue **contredire frontalement l'interprétation de la Commission**.

Dans ses conclusions dans l'arrêt « Kanavape » précité du 19 novembre dernier, la CJUE évoque de manière incidente le statut international du CBD et parvient à la conclusion que « le CBD en cause au principal [donc extrait de la fleur de chanvre] **ne constitue pas un stupéfiant au sens de la Convention unique** ⁽²⁾. »

(1) Base de données « Cosmetic Ingredients ».

(2) Paragraphe 76 de l'arrêt « Kanavape ».

Le raisonnement tenu par la CJUE se fonde sur le Préambule de la Convention unique, où les parties « se déclarent, notamment, soucieuses de la santé physique et morale de l'humanité ainsi que conscientes du devoir qui leur incombe de prévenir et de combattre la toxicomanie. » ainsi que sur les commentaires sur la Convention publiés par l'Organisation des Nations unies (ONU), qui montrent que la définition d'un produit dérivé est **liée à l'état de la connaissance scientifique quant à la nocivité de ce produit sur la santé humaine.**

Le CBD ne comportant aucun principe « psychoactif » susceptible de nuire à la santé humaine en l'état actuel des connaissances scientifiques, « il serait contraire au but et à l'esprit général de la Convention unique d'inclure celui-ci dans la définition des stupéfiants, au sens de cette convention, en tant qu'extrait de cannabis. »

C'est donc le juge européen qui, en l'absence de clarification internationale, a **interprété la Convention unique de 1961 comme excluant le CBD de son champ d'application**, mettant ainsi un terme au mouvement de fermeture entamé par la Commission européenne à l'encontre du marché naissant du « chanvre bien-être ».

III. LA FRANCE DOIT PROFITER DE L'OPPORTUNITÉ OFFERTE PAR L'ARRÊT « KANAVAPE » POUR GARANTIR AU MARCHÉ DU CHANVRE « BIEN-ÊTRE » UN ENVIRONNEMENT RÉGLEMENTAIRE FAVORABLE À SON DÉVELOPPEMENT DANS LE RESPECT DE LA SANTÉ DU CONSOMMATEUR

Loin d'être la simple remise en cause d'une réglementation contestable, la jurisprudence « Kanavape » doit constituer pour la France une **opportunité** pour procéder à **une réforme de grande ampleur du droit applicable au CBD**. La filière française du « chanvre bien-être » peut trouver dans cette évolution une occasion de se développer véritablement à condition, naturellement, de s'inscrire dans une démarche de réassurance du consommateur quant à l'innocuité des produits. **La modification de la réglementation doit désormais intervenir rapidement afin de sécuriser les acteurs économiques et permettre le développement de ce marché prometteur et d'une filière française du CBD.**

Une telle réforme devra, tout naturellement, être articulée avec la réflexion menée actuellement sur la culture et l'exploitation du cannabis en France à usage thérapeutique : quand, en réponse à un des amendements déposés en séance publique sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2021 ⁽¹⁾ par plusieurs membres de la mission d'information, le ministre de la santé évoque, le 23 octobre dernier, la rédaction « en cours » d'un texte réglementaire « au sein des trois ministères concernés, la santé, l'agriculture [...] et Bercy », **c'est bien de l'arrêté du 22 août 1990 qu'il s'agit.**

Proposition n° 1 : faire aboutir le plus rapidement possible les travaux de refonte de l'arrêté du 22 août 1990 afin de sécuriser la filière naissante du « chanvre bien-être ».

A. FAIRE ÉVOLUER LA RÉGLEMENTATION NATIONALE, ET EN PRIORITÉ L'ARRÊTÉ DU 22 AOÛT 1990, POUR DONNER UN STATUT CLAIR AU CBD NATUREL ET PERMETTRE LE DÉVELOPPEMENT D'UNE FILIÈRE FRANÇAISE DU CBD

Au-delà des conséquences immédiates de l'arrêt « Kanavape » à intégrer dans l'arrêté du 22 août 1990, les autorités françaises devront réfléchir à la mise en place d'un droit du CBD renouvelé, affichant les seuils de THC à respecter dans les produits finis et s'appuyant sur un catalogue élargi de variétés de chanvre.

(1) Amendement n° 2002 de M. Robin Reda et cosigné, notamment, par M. Jean-Baptiste Moreau et Mme Caroline Janvier, respectivement rapporteur général et rapporteure thématique de la mission d'information.

1. L'arrêt « Kanavape » rend inévitable la reconnaissance aux niveaux national et européen de l'exploitation de toutes les parties de la plante de chanvre à des fins industrielles.

L'arrêt « Kanavape » opère **un déblocage direct des limitations** apportées au niveau **national** par l'arrêt du 22 août 1990 et au niveau **européen** par les interprétations données à la Convention unique de 1961 à la possibilité d'extraire du CBD à partir de toutes les parties de la plante de chanvre, y compris la fleur.

a. *La suppression de la restriction française portant sur l'exploitation des seules fibres et graines de chanvre*

Bien que la CJUE laisse formellement le soin à la juridiction nationale d'établir *in fine* la conformité de la réglementation française au droit de l'Union européenne, le cadrage apporté ⁽¹⁾ laisse peu de doute quant à la décision qui sera prise. Dans le communiqué qu'elle a publié le 24 novembre dernier, la MILDECA **effectue le même constat** et annonce étudier « les voies et moyens pour prendre en compte [les] conclusions » de la Cour. Lors de son audition par la Mission d'information dès le lendemain (le 25 novembre 2020), le docteur Nicolas Prisse, président de la MILDECA, a précisé que **la refonte de l'arrêt du 22 août 1990 était au cœur des discussions engagées** au niveau interministériel pour intégrer les conséquences de l'arrêt « Kanavape ».

À moins de pénaliser inutilement les acteurs français, la modification à apporter ne peut se limiter aux seules opérations d'importation et d'exportation et devra englober également la **culture et l'utilisation industrielle et commerciale** de toutes les parties de la plante. Comme le suggérait déjà le SPC dans son Livre blanc précité ⁽²⁾, la première réforme consistera, comme le font déjà plusieurs de nos partenaires européens, **à ne plus apporter de limitation de principe à l'exploitation de la fleur ou de la feuille de chanvre.**

À cette fin, **la mention « fibres et graines » inscrite à l'article 1^{er} de l'arrêt devrait donc être supprimée.**

La levée de cette restriction ne signifie pas pour autant qu'il n'existerait désormais plus aucune limite à l'exploitation du chanvre à des fins non médicales. **Les autres critères fixés par l'arrêt du 22 août 1990**, à savoir le recours à une variété autorisée en France ⁽³⁾ et le respect d'un taux de THC de 0,2 % dans la plante cultivée ⁽⁴⁾, subsistent.

(1) La CJUE précise, en effet, que l'atteinte au principe de libre circulation est avérée si la réglementation nationale établit une distinction dans les importations en provenance des autres États membres entre le CBD synthétique et le CBD extrait de manière naturelle. Or, la réglementation française effectue précisément cette distinction.

(2) Livre blanc sur le chanvre bien-être (page 16).

(3) L'arrêt « Kanavape » oblige la France à ne pas bloquer l'importation de CBD légalement produit dans un autre État membre, ce qui pourrait l'amener à élargir son catalogue variétal (cf. paragraphe 4 a infra).

(4) Dans la même logique, l'arrêt de la CJUE pourrait amener indirectement la France à élever le taux de THC autorisé dans les cultures (cf. paragraphe 4 b infra).

REFONTE DE L'ARRÊTÉ DU 22 AOÛT 1990 (I)

Le premier alinéa de l'article 1^{er} de l'arrêté du 22 août 1990 pourrait être ainsi rédigé :

« Au sens du II de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique, sont autorisées la culture, l'importation, l'exportation et l'utilisation industrielle et commerciale, **dans toutes leurs composantes**, des variétés de cannabis ⁽¹⁾ répondant aux critères suivants : »

Par ailleurs, dès lors qu'il deviendra possible de cultiver et d'exploiter une fleur de chanvre, soit en tant que telle, soit pour en extraire du CBD, des **normes complémentaires** devront inévitablement être définies afin de réguler la teneur en THC dans ces différents produits et, le cas échéant, d'appeler l'attention du consommateur sur les éventuels effets indésirables de leur absorption, à l'image de ce qu'ont défini les pays les plus avancés dans l'économie du « chanvre bien-être », notamment la Suisse et le Canada ⁽²⁾. **Ces différents points seront traités ultérieurement** ⁽³⁾.

Proposition n° 1-1 : supprimer la mention « fibres et graines » figurant à l'article 1^{er} de l'arrêté du 22 août 1990 et inscrire expressément l'autorisation de la culture, de l'importation, de l'exportation et de l'utilisation de toutes les parties de la plante de chanvre à des fins industrielles et commerciales, y compris la fleur.

b. L'abandon définitif de l'exclusion européenne du CBD d'origine naturelle

Les limitations apportées par l'Union européenne sur le CBD d'origine naturelle n'ont également plus lieu d'être compte tenu des précisions apportées par la CJUE sur le statut international du CBD, qui ne peut désormais plus être considéré comme un extrait de cannabis au sens de la Convention unique de 1961 (*cf. supra*). Cela implique, tout d'abord, que **le catalogue CosIng soit modifié de façon à ne plus laisser subsister de différences entre les deux entrées du cannabidiol** (n° CAS ⁽⁴⁾ 13956-29-1) : la première entrée indique, en effet, que le CBD issu d'un extrait ou d'une teinture de cannabis constitue un produit stupéfiant prohibé au sens de l'annexe II du règlement n° 1223/2009 précité contrairement à la seconde entrée, consacrée au CBD synthétique.

La Commission européenne est ensuite invitée à **reprendre l'instruction des dossiers d'autorisation au titre de la réglementation des « Nouveaux aliments »** (*cf. sous-partie B, paragraphe 4 infra*) qu'elle avait bloqués pour les mêmes raisons. Interrogé sur ce point par la mission d'information le 1^{er} décembre

(1) La limitation aux seules variétés de cannabis *Sativa L* pourrait être levée afin de permettre un éventuel élargissement du catalogue variétal (*cf. infra*).

(2) Les deux pays fixent, par exemple, des seuils de THC très clairs dans la fleur et les produits transformés (*cf. récapitulatif à l'annexe 1 du présent rapport*).

(3) Voir les paragraphes 2 et 3 de la présente sous-partie ainsi que la sous-partie B, paragraphe 3, *infra*.

(4) CAS : Chemical Abstracts Service en anglais. Système de numérotation des produits chimiques mis en œuvre au niveau européen.

dernier, M. Bruno Gautrais, chef de l'unité Technologies de fabrication alimentaire et Nouveaux aliments (E2) au sein de la direction générale Santé et Sécurité alimentaire de la Commission, a confirmé que ses services allaient relancer les procédures.

La mission d'information appelle le Gouvernement à s'assurer que la Commission procède effectivement à l'ajustement de sa position dans les deux domaines précités.

Proposition n° 9 : veiller à ce que la Commission européenne tire intégralement les conséquences de l'arrêt « Kanavape » en modifiant le catalogue CosIng et en reprenant l'examen des dossiers d'autorisation déposés pour le CBD au titre de la procédure des Nouveaux aliments.

2. La commercialisation des fleurs de CBD peut désormais être envisagée sous conditions.

La plupart des pays qui se sont engagés dans la reconnaissance d'une exploitation commerciale des fleurs de chanvre ont été amenés à trancher la question du **droit applicable aux sommités florales** qui, même si elles sont riches en CBD, ont une apparence similaire aux fleurs utilisées pour fumer du THC dans une optique récréative.



Source : site Internet Newsweed.

Même avec l'arrêt « Kanavape », le statut de la fleur de CBD en tant que telle reste encore imprécis. L'inconventionnalité soulevée par la CJUE ne s'applique, pour le moment, qu'aux produits finis contenant du CBD, et **non aux parties de la plante de chanvre**, qui restent soumises au régime juridique antérieur. Celui-ci est constitué, au niveau européen, des règlements n° 1307/2013 et 1308/2013 précités, qui permettent l'application des règles de la politique agricole commune aux plantes contenant au plus 0,2 % de THC ⁽¹⁾, et, au niveau national, de l'arrêté du 22 août 1990 qui, à la date de la rédaction du présent rapport, interdit toujours l'exploitation industrielle et commerciale de la fleur.

Si l'on supprime, comme évoqué *supra*, toute restriction portant sur l'utilisation commerciale de la fleur de chanvre, **celle-ci en tant que telle deviendra donc exploitable commercialement** à condition que la teneur limite en

(1) Sous réserve de la réforme en cours, qui pourrait porter cette teneur à 0,3 %, voire à un niveau plus élevé (cf. *infra*).

THC posée **au niveau national** ⁽¹⁾ dans les cultures soit respectée. Bien entendu, rien n'interdit que la France édicte des contraintes spécifiques. Comme le souligne le SPC dans son Livre blanc ⁽²⁾, il existe déjà en droit français des catégories réglementaires susceptibles de caractériser la fleur de CBD, notamment celle des « **produits à fumer à base de plantes autres que le tabac** » qui est issue de la directive n° 2014/40/UE du Parlement européen et du Conseil du 3 avril 2014.

Le SPC observe que certains pays de l'Union européenne frontaliers de la France, tels que le **Luxembourg** ⁽³⁾ et la **Belgique** ⁽⁴⁾, ont expressément appliqué ce statut à la fleur de CBD.

DROIT APPLICABLE EN FRANCE AUX PRODUITS À FUMER

Dans le cadre fixé par la directive n° 2014/40/UE précitée, le droit national distingue **trois catégories de produits à fumer** :

1/ les **produits du tabac** *stricto sensu* : les cigarettes, le tabac à rouler, le tabac à pipe, etc. (art. L. 3512-1 du code de la santé publique) ;

2/ les **produits du vapotage**, c'est-à-dire les dispositifs électroniques permettant la consommation de vapeur **contenant ou non de la nicotine**, ainsi que les flacons de recharge (art. L. 3513-1) ;

3/ les **produits à fumer à base de plantes autres que le tabac**, c'est-à-dire les « produits à base de végétaux, de plantes aromatiques ou de fruits, ne contenant pas de tabac et pouvant être consommés au moyen d'un processus de combustion » (art. L. 3514-1).

Les plantes les plus fréquemment utilisées pour des produits à fumer relevant de cette troisième catégorie sont la menthe poivrée, la menthe verte, l'eucalyptus, la sauge, le thym, la lavande, les clous de girofle, les racines de réglisse et les pétales de rose.



Sauge à fumer

(1) Rien n'oblige, pour le moment, la France à reconnaître les teneurs en THC des fleurs brutes des autres États membres de l'Union européenne.

(2) Livre blanc sur le chanvre bien-être (page 16).

(3) Brochure publiée par le ministère de la santé du Luxembourg : *Produits dérivés du cannabis et du chanvre* (page 12).

(4) Arrêté royal du 5 février 2016 relatif à la fabrication et à la mise dans le commerce des produits du tabac : <https://www.health.belgium.be/fr/produits-fumer-base-de-plantes-1>

Les produits du tabac, par exemple, sont en vente dans des « débits de tabac » qui bénéficient d'un **monopole** en application du décret n° 2010-720 du 28 juin 2010. Leur publicité est interdite (art. L. 3512-4). Les unités de conditionnement sont **neutres et uniformisées** (art. L. 3512-20). Les produits du vapotage sont en **vente libre**, mais **leur publicité est interdite** (art. L. 3513-4). **S'ils contiennent de la nicotine**, les dispositifs de vapotage sont soumis à des règles de présentation similaires à celles applicables aux produits du tabac : interdiction d'apposer un symbole ou un signe figuratif de marque, apposition obligatoire d'un avertissement sanitaire, etc. (art. L. 3513-18).

Les produits à fumer à base de plantes autres que le tabac sont soumis à des règles de conditionnement analogues à celles des produits du vapotage contenant de la nicotine (art. L. 3514-3), mais leur publicité est autorisée. Leur mise sur le marché est **conditionnée à la déclaration préalable des ingrédients correspondants** (art. L. 3514-5). Cette déclaration est effectuée auprès de l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) ⁽¹⁾.

L'octroi de ce statut aux fleurs de CBD pourrait certes susciter un certain nombre de difficultés, d'abord en termes de **santé publique**. Sollicitée sur ce point par écrit au début de l'automne dernier, la direction générale de la santé (DGS) a appelé l'attention de la mission d'information sur la « grande prudence » à adopter face aux risques de « confusion » entre les fleurs au CBD et celles au THC, les premières étant susceptibles d'être perçues comme des « ersatz de joint ⁽²⁾ » par les jeunes. Elle a également rappelé que, dans la mesure où les fleurs se consomment par un processus de **combustion**, elles généreront inévitablement des **toxines pathogènes et des substances cancérigènes** ⁽³⁾.

Pour légitimes que soient ces préoccupations, la mission d'information estime qu'elles ne sont **pas suffisantes pour maintenir une interdiction totale** de toute commercialisation des fleurs. Le statut des « produits à fumer à base de plantes autres que le tabac » **permet d'imposer aux fabricants et aux distributeurs un certain nombre d'obligations**, notamment l'autorisation préalable des ingrédients (*cf. supra*) et l'apposition d'un avertissement sanitaire, qui pourront être renforcées dans une optique de protection du consommateur ⁽⁴⁾.

Une préoccupation demeure, toutefois, dès lors que **rien ne distingue visuellement les fleurs entre elles** et qu'il incomberait donc aux services de police et de douane, dans l'hypothèse d'une légalisation de la fleur, de vérifier que les teneurs en THC sont bien respectées.

(1) Art. 16 de l'arrêté du 22 août 2016 relatif aux produits du tabac, du vapotage, et à fumer à base de plantes autres que le tabac ainsi qu'au papier à rouler les cigarettes.

(2) Contribution écrite de Mme Zinna Bessa, sous-directrice de la santé des populations et de la prévention des maladies chroniques à la direction générale de la santé (30 septembre 2020).

(3) La DGS évoque, notamment, le monoxyde de carbone et les benzopyrènes.

(4) Le détail de ces renforcements figure à la sous-partie B, paragraphe 3 *infra*.

À cette fin, des solutions techniques sont actuellement à l'étude à l'étranger, notamment sous la forme **d'appareils de détection instantanée** des teneurs respectives en CBD et en THC, notamment en Israël ⁽¹⁾ et en Suisse ⁽²⁾. Interrogé sur ce sujet par la mission d'information le 7 octobre dernier, M. Élie Doppelt, président du laboratoire d'analyse LEAF, a estimé que ce type d'appareil pouvait constituer une aide précieuse pour détecter des taux élevés de THC, mais que seule une analyse en laboratoire pouvait permettre de **déterminer avec précision des teneurs faibles** (inférieures à 0,5 %).

À ce stade, il paraît donc indispensable de **doter au plus vite les services de contrôle d'outils d'analyse performants** de façon à pouvoir accompagner l'autorisation de la vente en France des fleurs de CBD.

Proposition n° 5 : placer les fleurs de CBD sous le statut de « produit à fumer à base de plantes autres que le tabac » et, à cette fin, mettre à la disposition des services de contrôle des outils de détection performants permettant de distinguer précisément les teneurs respectives en CBD et en THC des fleurs de chanvre.

3. La fixation de seuils en THC dans les produits finis, idéalement harmonisés au niveau européen, devrait permettre de débloquer le marché français.

a. Le relèvement inévitable des seuils de THC dans les produits finis au CBD

Comme indiqué *supra*, l'arrêt « Kanavape » ne met pas directement en cause l'interdiction française de toute trace de THC dans les produits finis contenant du CBD et le Gouvernement français pourrait être **tenté de maintenir cette proscription** dans le cadre de la réforme en cours de l'arrêté du 22 août 1990. **La mission d'information estime qu'une telle option serait tout aussi risquée qu'inopportune.**

En effet, une telle interdiction apparaît **indirectement menacée** d'inconventionnalité au regard du droit de l'Union européenne tel qu'il a été interprété par la CJUE à l'occasion de l'affaire « Kanavape ». Elle est le pendant de l'interdiction d'exploitation de la fleur, puisqu'il est matériellement impossible d'extraire du CBD de cette partie de la plante sans conserver des traces des THC (*cf.* partie I). **L'inconventionnalité de la disposition relative au THC découle donc logiquement de l'autre.**

(1) Par exemple, avec la société GemmaCert basée à Ra'anana, au nord de Tel Aviv : <https://www.newsweed.fr/tester-cannabis-30-secondes-bientot-possible/>

(2) « Une start-up vaudoise veut démocratiser l'analyse des stupéfiants » (*Le Temps*, 12 juillet 2018) : projet initié par un doctorant de l'école des sciences criminelles de l'université de Lausanne.

On rappellera, par ailleurs, que de nombreux États européens autorisent des teneurs en THC supérieures à zéro ⁽¹⁾ et, comme la CJUE indique que la France ne peut bloquer l'importation de CBD « légalement produit dans un autre État membre » sauf à ce que ce blocage soit justifié par des motifs de protection de la santé publique « et n'aille pas au-delà de ce qui est nécessaire » ⁽²⁾, **il faudrait établir que seul un taux de THC de 0 % serait de nature à garantir cet objectif.**

Sur ce point, bien qu'il soit difficile de déterminer précisément la concentration de THC dans le sang affectant la santé humaine, cette teneur est indéniablement supérieure à zéro. Une étude citée par les Annales de toxicologie analytique en 2008 ⁽³⁾ observe une dégradation des performances cognitives chez *une partie* des personnes affichant un taux compris **entre 2 et 5 nanogrammes de THC par millilitre de sang**, cette proportion s'accroissant rapidement au-delà des 5 nanogrammes de concentration plasmatique ⁽⁴⁾. Dans son audition précitée du 8 juillet dernier, M. Alexandre Maciuk estime, pour sa part, à **1 nanogramme par millilitre de sang** le seuil au-delà duquel des effets apparaîtraient sur les fonctions cognitives humaines.

Le maintien d'une telle interdiction à **l'importation**, qui aboutit à prolonger la prohibition du CBD d'origine naturelle, apparaît donc difficilement justifiable et risquerait d'inaugurer une nouvelle période d'incertitude juridique préjudiciable tant aux acteurs économiques qu'aux autorités de contrôle. **La France ne peut se permettre de perdre un nouveau contentieux devant le juge européen.** Il serait, par ailleurs, tout aussi absurde de lever l'interdiction à l'importation sans en faire autant à la **production** sur le territoire national.

La mission d'information appelle le Gouvernement à **ne pas s'enfermer dans une posture d'extrême prudence** et à **lever cet obstacle réglementaire** afin de ne pas pénaliser les industries françaises.

Tout naturellement, une telle suppression amène à s'interroger sur **le niveau des teneurs limites de THC à fixer dans les produits finis**. La question de ces seuils se pose avec d'autant plus d'acuité que, dans l'arrêt « Kanavape », la CJUE a définitivement exclu l'hypothèse de l'applicabilité aux produits finis du taux de 0,2 % de THC inscrit à l'article 32 du règlement n° 1307/2013 (*cf. supra*), ce qui a pour effet de renvoyer aux États membres la responsabilité de définir **la limite entre un produit stupéfiant et un produit de consommation courante**.

Au-delà des effets sur la santé du consommateur d'une ingestion indirecte de THC, l'intérêt pour un État de fixer une limite réside dans les enjeux de **sécurité routière**.

(1) C'est le cas de la quasi-totalité des pays frontaliers de la France (*cf. supra*).

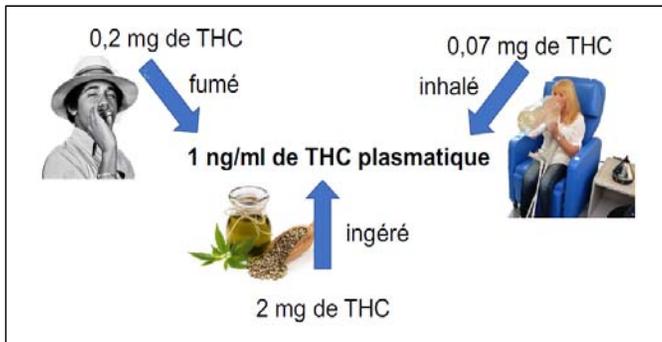
(2) Paragraphe 96 de l'arrêt « Kanavape ».

(3) *Consommation de cannabis : quels sont les risques ?* Giroud et alii, *Annales de toxicologie analytique*, 2008.

(4) *Cognition and motor control as a function of Delta (9)-THC concentration in serum and oral fluid : Limits of impairment* (Ramaekers et alii, *Drug Alcohol Depend*, 2006).

Dans une notice publiée en 2015, l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) mentionne des études scientifiques établissant que, pour des consommateurs occasionnels de cannabis, des concentrations de THC assez faibles, de l'ordre de 2 à 5 nanogrammes par millilitre de sang ⁽¹⁾, seraient suffisantes pour causer **une altération significative de la performance lors de tests de conduite**.

Par extrapolation des données fournies par M. Maciuk en audition, le seuil de 2 nanogrammes par millilitre de sang pourrait être atteint par ingestion de 4 milligrammes de THC contenu dans un produit alimentaire ou par absorption de 0,4 milligramme de THC fumé.



Source : Alexandre Maciuk (audition du 8 juillet 2020).

Ces niveaux peuvent être facilement atteints : ils correspondent à la consommation d'une cigarette au chanvre de 1 gramme contenant 0,04 % de THC selon les calculs effectués par M. Maciuk ou de 140 grammes d'une huile essentielle au CBD avec du THC dosé à 1 ppm ⁽²⁾. Dès lors, il y a d'autant plus d'intérêt à réglementer que les effets du THC chez les consommateurs occasionnels auraient tendance à **se prolonger sur une durée comprise entre 4 et 8 heures** avant de diminuer d'intensité ⁽³⁾.

b. La nécessité de fixer des seuils de THC par catégorie de produits

Si le principe des seuils réglementaires paraît acquis, les travaux de la mission d'information ont montré que **la manière de procéder était loin de faire l'unanimité**. Dans un mémoire technique communiqué à l'occasion de son audition du 10 juin 2020, le SPC préconise la fixation d'un « seuil limite de THC dans les produits finis à 2 % des cannabinoïdes totaux présents dans le produit » inspiré d'une proposition de loi australienne ⁽⁴⁾.

(1) INSPQ, *Les effets du cannabis sur la conduite automobile*, partie 3.6 (page 12).

(2) Calculs de M. Maciuk. Ppm = parties par million. 1 ppm = 1 milligramme par kilogramme.

(3) INSPQ, *Les effets du cannabis sur la conduite automobile* (Ibid.).

(4) Consultation: Proposed Amendments to the Poisons Standard - ACMS and Joint ACMS/ACCS Meetings (Ministère australien de la santé, 1^{er} mai 2020).

Cette option ne paraît pas la plus opportune : outre le fait qu'un tel seuil serait difficile à contrôler, le professeur Nicolas Simon a souligné lors de son audition du 8 juillet dernier que « les effets du THC ne sont pas tous inhibés ou régulés de la même manière par le CBD » et qu'il ne suffit pas d'un rapport de concentration en faveur du CBD pour supprimer tous les effets du THC⁽¹⁾. **Selon lui, il est donc plus précis de raisonner en fixant un seuil maximal de quantité de THC pour une masse totale.**

Par ailleurs, compte tenu des effets différenciés du THC selon le mode d'ingestion, **il ne paraît pas pertinent de fixer une teneur unique de THC** dans les produits au CBD.

Les produits n'ayant pas vocation à être ingérés, en particulier les **cosmétiques**, pourraient bénéficier d'un plafond relativement élevé. S'agissant des **produits alimentaires** ou des **produits à fumer**, les limites ont vocation à être plus faibles. Des propositions de taux figurent dans les propositions adressées à la mission d'information par le SPC et le cabinet Augur, mais elles sont parfois **contradictoires** et **peu documentées** d'un point de vue scientifique. Dans son Livre blanc, le SPC propose, par exemple, un seuil de THC à 1 % pour les cosmétiques⁽²⁾ puis, dans son mémoire technique précité, envisage un taux de 0,2 %⁽³⁾. Le cabinet Augur évoque, pour les « produits infusés et les huiles », une limite de 0,2 % qui paraît s'inspirer du seuil de 0,2 % inscrit dans les règlements agricoles de l'Union européenne et considéré, avant l'arrêt « Kanavape », comme un « maximum légal » au niveau européen.

En tout état de cause, la mission d'information estime nécessaire de fixer les seuils de THC **au plus proche de niveaux de risques sanitaires expertisés par les autorités scientifiques compétentes**, notamment l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES).

(1) *Cannabidiol (CBD) content in vaporized cannabis does not prevent THC-induced impairment of driving and cognition* (Arkell et alii, *Psychopharmacology*, 2019).

(2) *Livre blanc sur le chanvre bien-être* (page 191).

(3) *Mémoire technique du 10 juin 2020* (proposition n° 11).

L'exemple de la Belgique est, sur ce point, intéressant. Depuis un arrêté royal du 29 août 1997, des teneurs en THC peuvent être autorisées, par dérogation et au cas par cas, dans les denrées alimentaires d'origine végétale ⁽¹⁾. En 2017, l'Agence fédérale pour la sécurité de la chaîne alimentaire (AFSCA) a proposé des « seuils d'action » pour les produits alimentaires d'origine animale en appliquant un niveau de toxicité théorique à la consommation de denrées telle que constatée dans le pays pour chaque catégorie d'habitant (enfants en bas âge, enfants, adolescents, adultes, personnes âgées). Les seuils d'action proposés correspondent au niveau le plus bas calculé pour la catégorie la plus à risque et **sont ventilés par type de denrée**.

Groupe de denrées alimentaires	Seuils d'action proposés	
	mg/kg	µg/kg
Viande & produits à base de viande	0,04	40
Lait & produits laitiers	0,01	10
Œufs & ovoproduits	0,80	800
Poisson & autres fruits de mer	0,20	200

Source : AFSCA - Belgique (avis n° 25-2017 du 17 novembre 2017).

Les résultats de ces travaux pourraient être intégrés dans l'arrêté du 22 août 1990 sous la forme d'un article additionnel après l'article 1^{er} consacré aux « produits contenant [des] variétés » de cannabis au sens du II de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique.

REFONTE DE L'ARRÊTÉ DU 22 AOÛT 1990 (II)

Un article additionnel après l'article 1^{er} pourrait être ainsi rédigé :

« Au sens du II de l'article R. 5182-86 du code de la santé publique, sont autorisées la production, l'importation, l'exportation et l'exploitation industrielle et commerciale des produits transformés contenant les variétés de cannabis mentionnées à l'article 1^{er} du présent arrêté sous réserve que ces produits respectent les teneurs maximales en delta-9-tétrahydrocannabinol suivantes, établies par catégorie :

[pour les produits cosmétiques : à établir]

[pour les denrées alimentaires : à établir]

[pour les produits à fumer : à établir]

[etc.]. »

Proposition n° 1-2 : renoncer définitivement au maintien du seuil de 0 % de THC dans les produits finis et intégrer au plus vite dans la réglementation nationale des seuils de THC spécifiques à chaque catégorie de produit fini susceptible de contenir du CBD (denrées alimentaires, e-liquides, cosmétiques), ces seuils ayant vocation à être définis à partir de doses de toxicité estimées par l'ANSES.

(1) 10 mg par kg pour l'huile de chanvre industriel, 5 mg par kg pour les graines et la farine de chanvre industriel, 0,2 mg par kg pour les boissons alcoolisées, et 0,04 mg par kg pour les boissons non alcoolisées.

c. Les voies d'une harmonisation au niveau européen

Tout en renvoyant aux États membres le soin de fixer les seuils de THC autorisés dans les produits finis, la CJUE fait prévaloir la logique du marché unique européen au travers de l'arrêt « Kanavape » en imposant à chaque pays **la reconnaissance des teneurs « légalement » fixées chez ses partenaires**. La multiplication de normes différentes d'un pays à l'autre dans un espace de libre circulation des marchandises et des personnes risque, toutefois, d'accroître les **difficultés des services de contrôle** (douane et DGCCRF) dans leurs activités de surveillance des flux et du marché. Lors de son audition du 8 juillet dernier, M. Gil Lorenzo, sous-directeur des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude à la DGDDI, a insisté sur la « faisabilité » pratique des contrôles, celle-ci découlant de la nature des critères applicables aux produits susceptibles d'être appréhendés à l'entrée du territoire douanier ou à la circulation.

La mission d'information estime indispensable que la France et ses partenaires de l'Union européenne puissent **adopter des seuils de THC par produit aussi harmonisés que possible**. Dans son communiqué précité du 24 novembre dernier, la MILDECA elle-même reconnaît l'importance qui s'attache à « l'élaboration d'une approche commune européenne des produits à base de CBD ».

Les auditions menées ont permis de constater que des discussions avaient été engagées dans le domaine des **produits alimentaires** à la suite de l'avis donné en 2015 par l'Autorité européenne de sécurité des aliments (AESA - EFSA) sur « la présence de THC dans le lait et dans d'autres denrées alimentaires d'origine animale ⁽¹⁾ ». M. Frans Verstraete, chef d'unité adjoint au sein de la direction générale Santé et Sécurité alimentaire de la Commission européenne, a confirmé en audition le 23 septembre dernier qu'une réflexion était bien menée au niveau du comité permanent des végétaux, des animaux, des denrées alimentaires et de l'alimentation animale ⁽²⁾ afin d'étudier les possibilités d'édiction d'un **règlement européen** portant fixation de **teneurs maximales en THC dans les produits alimentaires dérivés du chanvre**.

Les travaux de ce comité se limitent, pour le moment, à des produits issus des parties non « problématiques » du chanvre comme, par exemple, les huiles issues des graines, mais, compte tenu du déblocage opéré par l'arrêt « Kanavape », pourraient être **élargis à l'ensemble des produits alimentaires contenant du CBD issu des feuilles et des fleurs**.

(1) EFSA Journal, 2015, 13(6): 4141, 125 p. doi: 10.2903/j.efsa.2015.4141.

(2) En anglais : Standing committee on Plants, Animals, Food and Feed (SCOPAFF). Le SCOPAFF est un des comités techniques permanents placés sous l'égide de la Commission européenne.

À cette occasion, on peut souligner que les hypothèses retenues par l'AESA en 2015 pour établir un seuil de toxicité du THC dans les produits alimentaires **ne font pas l'unanimité parmi les professionnels du secteur.**

L'Agence européenne fixe à **2,5 milligrammes** le seuil de THC à ne pas dépasser dans un corps humain, soit environ 36 nanogrammes par kilogramme de masse corporelle (pour un poids moyen humain de 70 kilogrammes). En appliquant à ce seuil un facteur d'incertitude de 3 et une variabilité interindividuelle de 10, la « dose aiguë de référence » en THC applicable dans l'Union européenne est de **1 nanogramme par kilogramme de poids corporel.**

Lors de son audition du 22 juillet dernier, l'AECI/EIHA a indiqué qu'elle considérait cette approche trop restrictive, notamment s'agissant du facteur d'incertitude de 3 et du seuil initial de 2,5 milligrammes de THC. L'Association affiche sa préférence pour une dose de référence à **7 nanogrammes par kilogramme de poids corporel** calculés à partir d'un seuil initial de 5 milligrammes de THC et de la non-prise en compte du facteur d'incertitude de 3. **Il s'agit de la norme appliquée en Suisse.**

Selon la dose de référence retenue, les « seuils de THC » peuvent évoluer sensiblement : à partir de la norme suisse, les teneurs recommandées par l'AFSCA en Belgique (*cf. supra*) seraient ainsi **multipliées par sept.**

Une réflexion analogue devrait également pouvoir être lancée sur les autres produits susceptibles de contenir du CBD, en particulier les **cosmétiques** et les **e-liquides** ⁽¹⁾.

Proposition n° 10 : engager une réflexion avec les autres États membres de l'Union européenne afin de parvenir à des teneurs limites de THC harmonisées et, s'agissant des produits alimentaires, faire aboutir les travaux engagés dans le cadre du comité permanent (SCOPAFF).

4. La refonte de l'arrêté du 22 août 1990 doit être également l'occasion de faciliter la diversification des cultures et la recherche variétale.

Comme indiqué à la partie II *supra*, la France dispose d'atouts qui lui permettront de répondre à la demande de produits du « chanvre bien-être » à condition, toutefois, de diversifier son catalogue variétal. Cet élargissement peut passer par un recours au catalogue européen ainsi que par une élévation du taux de THC autorisé en culture, mais l'avantage concurrentiel de notre pays réside avant tout dans ses capacités de recherche variétale, qu'il convient de soutenir.

(1) La question du taux de THC de la fleur devra suivre la norme applicable à la plante elle-même dès lors qu'il ne s'agit pas d'un produit fini au sens de l'arrêt « Kanavape » (*cf. paragraphe 2 supra*).

a. L'éventuel élargissement du catalogue français des variétés de chanvre aux variétés du catalogue européen

Comme indiqué *supra*, la décision « Kanavape » ne s'applique qu'aux produits finis issus du chanvre, et **non au chanvre lui-même**, qui reste régi par les dispositions des règlements agricoles n° 1307/2013 et 1308/2013 précités. À ce jour, il n'est donc possible de cultiver sur le territoire national que des variétés de chanvre répertoriées à l'article 2 de l'arrêté du 22 août 1990 et contenant au maximum 0,2 % de THC. **Les variétés listées sont au nombre de vingt-cinq** (*Carmagnola, Félina, Fibranova, Finola*, etc.).

Un « catalogue officiel français des semences et variétés » a été mis en place en 1932 et progressivement rendu obligatoire pour toute culture « en vue d'une exploitation commerciale » (article 1^{er} du décret n° 81-605 du 18 mai 1981). Il est géré par le **Comité technique permanent de la sélection des plantes cultivées** (CTPS), organe à caractère consultatif placé sous la tutelle des ministres chargés de l'agriculture et des finances et regroupant les principaux acteurs des filières ⁽¹⁾.

On peut observer que la liste française est **plus restrictive** que celle relevant du « catalogue commun des variétés des espèces de plantes agricoles » qui, en application de la directive 2002/53/CE du Conseil du 13 juin 2002, rassemble **toutes les variétés autorisées dans les États membres de l'Union européenne**. En décembre 2020, soixante-quinze variétés de chanvre y étaient référencées, dont trois en cours de suppression (*CS, Carmagnola, Fibranova*).

Dans son Livre blanc sur le chanvre bien-être, le SPC estime nécessaire de dynamiser la production de chanvre sur le territoire français en permettant « l'accès des agriculteurs à de nouvelles variétés », ce qui suppose « au minimum », selon lui, l'intégration des « variétés pertinentes du catalogue européen » dans le catalogue français ⁽²⁾. Interrogée sur ce sujet par la mission d'information, l'interprofession (InterChanvre) a émis de **sérieuses réserves quant à l'importation de variétés européennes** sans mise en œuvre d'un « protocole d'évaluation sérieux, crédible et sans biais d'évaluation » ⁽³⁾.

Pour autant, l'arrêt « Kanavape » oblige indirectement la France à envisager une meilleure prise en compte des variétés autorisées par ses partenaires européens : en effet, comme notre pays ne peut désormais plus bloquer l'importation de CBD légalement produit dans un autre État membre, **il devient donc théoriquement possible d'importer du CBD issu d'une variété de chanvre non reconnue en France**.

À cet égard, l'interprofession a insisté sur la **lourdeur** qui caractérise, selon elle, la procédure d'inscription au catalogue français.

(1) Article D. 661-1 et suivants du code rural et de la pêche maritime.

(2) Livre blanc sur le chanvre bien-être (page 16).

(3) Contribution écrite en date du 10 novembre 2020.

PROCÉDURE D'ENREGISTREMENT D'UNE NOUVELLE VARIÉTÉ VÉGÉTALE AUTORISÉE À LA CULTURE

Tout enregistrement d'une nouvelle variété est subordonné à la réalisation de deux types d'évaluation :

1. Un test de **distinction, homogénéité et stabilité** (DHS), qui vise à s'assurer que la variété se distingue des variétés notoirement connues (D), est constituée de plantes suffisamment semblables sur un certain nombre de caractéristiques (H) et conserve ses caractéristiques dans les générations suivantes (S) ;
2. Une vérification de la **valeur agronomique, technologique et environnementale** (VATE) de la variété.

Ces vérifications sont effectuées par le **Groupe d'étude et de contrôle des variétés et des semences** (GEVES), groupement d'intérêt public réunissant, outre des représentants du ministère chargé de l'agriculture, l'Institut national de recherche pour l'agriculture, l'alimentation et l'environnement (INRAe) et le Groupement national interprofessionnel des semences et plants (GNIS).

Lors de leur audition du 7 octobre dernier, la coopérative *Hemp It* et InterChanvre ont indiqué que la procédure d'évaluation en elle-même pouvait durer deux ans et qu'il y avait parfois de longs délais (deux années supplémentaires) avant que l'inscription de la variété ne soit publiée au Journal officiel, soit **quatre ans au total**. Si les délais des vérifications techniques, qui garantissent le caractère sérieux de la procédure sont compréhensibles, il serait, en revanche, opportun **d'accélérer la phase administrative**.

Celle-ci est d'autant moins compréhensible qu'elle s'appuie sur deux types de textes :

– un arrêté pris par le ministre chargé de l'agriculture dans le cadre du décret n° 81-605 précité ;

– l'arrêté précité du 22 août 1990 pris sur le fondement de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique par les ministres chargés de l'agriculture, des douanes, de l'industrie et de la santé.

Ces déphasages peuvent être à l'origine d'incertitudes juridiques ponctuelles : ainsi, une variété de chanvre (*Muka 76*) a été inscrite au catalogue national par un arrêté du ministre chargé de l'agriculture du 14 février 2020⁽¹⁾, mais n'est apparue à l'article 2 de l'arrêté de 1990 qu'à la fin du mois de novembre dernier⁽²⁾. **La procédure pourrait donc être améliorée en supprimant l'étape de l'arrêté du 22 août 1990**, le code de la santé publique se contentant de renvoyer à la liste fixée lors de la première étape.

(1) Arrêté du 14 février 2020 modifiant le Catalogue officiel des espèces et variétés de plantes cultivées en France (semences de lin et chanvre).

(2) Arrêté modificatif du 27 novembre 2020.

REFONTE DE L'ARRÊTÉ DU 22 AOÛT 1990 (III)

L'article 2 de l'arrêté pourrait ainsi être rédigé : « Les variétés autorisées sont celles inscrites au Catalogue officiel des espèces et variétés de plantes cultivées en France en application du décret n° 81-605 du 18 mai 1981 pris pour l'application de la loi du 1^{er} août 1905 sur la répression des fraudes en ce qui concerne le commerce des semences et plants. »

Proposition n° 2 : supprimer l'article 2 de l'arrêté du 22 août 1990 et regrouper les autorisations de variétés de chanvre au sein des seuls arrêtés ministériels pris sur le fondement du décret n° 81-605 du 18 mai 1981 de façon à accélérer la procédure d'enregistrement des nouvelles variétés.

Proposition n° 3 : à terme, élargir le catalogue national aux variétés les plus pertinentes du catalogue européen.

b. La question de l'élévation du taux de THC autorisé en culture

Dans un même souci d'élargissement des capacités productives de notre pays, le SPC préconise dans son Livre blanc **une élévation de la teneur en THC autorisée en culture au-delà du seuil de 0,2 % inscrit à l'arrêté de 1990** et dans le règlement européen n° 1307/2013. Il rappelle, tout d'abord, qu'un taux de 0,3 % avait été autorisé entre 1976 et 1999, puis indique que le Parlement européen s'est exprimé en faveur **en faveur d'un retour à 0,3 %** dans le cadre de la politique agricole commune sur la période 2021-2027⁽¹⁾. Le SPC précise qu'avec ce nouveau seuil, le catalogue pourrait « évoluer de six douzaines à entre 300 et 500 souches⁽²⁾ ».

Les arguments invoqués auprès de la mission d'information pour qu'un relèvement du taux français soit effectué à l'occasion d'une révision de l'arrêté du 22 août 1990 sont loin d'être négligeables :

– le SPC met en avant dans le Livre blanc l'impact du **changement climatique**, qui pourrait aboutir à relever la teneur tendancielle en THC des espèces les plus proches du seuil de 0,2 %⁽³⁾ ;

– l'arrêt « Kanavape » obligera *de facto* la France à accepter des produits finis contenant du CBD issu d'une plante disposant d'une teneur en THC supérieure à 0,2 % **si ces produits viennent de pays membres de l'Union européenne**, notamment de la République tchèque ou de l'Italie ;

(1) Le Parlement européen a adopté le 23 octobre dernier l'amendement n° 8 au projet de règlement COM(2018)392 réformant le règlement 1307/2013, qui substitue au taux de THC de 0,2 % le taux de 0,3 %.

(2) Livre blanc sur le chanvre bien-être (page 163).

(3) *Ibid.*

– le cabinet Augur Associates souligne **qu’il n’est pas nécessaire d’attendre que le règlement européen n° 1307/2013 soit modifié au préalable**, car le taux de 0,2 % qui y figure ne constitue qu’un critère de versement des aides au titre de la politique agricole commune et ne s’impose en rien aux États membres, qui restent libres de leur politique de santé publique ⁽¹⁾.

Le rapporteur estime que la France aurait tout intérêt à être plus ambitieuse que ses partenaires et à fixer sa propre norme à un niveau proche des standards les plus élevés en Europe (soit au minimum 0,6 % de THC ⁽²⁾, le seuil pouvant être porté jusqu’à 1 % ⁽³⁾).

S’agissant de **l’outre-mer**, le SPC estime que les territoires concernés sont pénalisés par le seuil de 0,2 %, peu adapté aux latitudes chaudes ⁽⁴⁾. Lors de la table ronde du 23 septembre dernier, M. Benjamin Coudriet, président de l’association Chanvre Réunion, a confirmé que la réussite de son projet d’implantation d’une filière locale du « chanvre bien-être » était conditionnée à **la capacité des agriculteurs de l’île à cultiver des variétés plus riches en THC (jusqu’à 1 %)**. Dès lors, il pourrait être envisagé de mettre en place une **teneur dérogatoire** dans les outre-mer situées dans des régions chaudes.

La teneur en THC en vigueur au niveau national et celle applicable aux outre-mer par dérogation seraient **officialisées dans l’arrêté du 22 août 1990** dès son article 1^{er}.

REFONTE DE L’ARRÊTÉ DU 22 AOÛT 1990 (IV)

I. – Après le premier alinéa de l’article 1^{er}, le deuxième alinéa serait ainsi rédigé :

« - la teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol de ces variétés n’est pas supérieure à [par exemple 0,6 %] »

II. – Après le troisième alinéa, il serait inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions du premier alinéa, la teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol des variétés cultivées dans [*liste des collectivités d’outre-mer à établir*] ne peut être supérieure à [par exemple 1 %].

Proposition n° 1-3 : définir un seuil pertinent, situé entre 0,6 % et 1 %, de THC autorisé dans les cultures de chanvre en France, accompagné d’un taux dérogatoire de 1 % pour les territoires ultramarins situés dans des latitudes chaudes.

(1) Contribution écrite adressée à la mission d’information le 5 novembre 2020.

(2) Norme italienne (cf. supra).

(3) Norme en vigueur en Suisse.

(4) Livre blanc sur le chanvre bien-être (page 164).

c. Le déblocage des expérimentations variétales

Plus encore que le relèvement général du taux de THC, les représentants d'*Hemp It* et d'*InterChanvre* ont, lors de leur audition du 7 octobre 2020, insisté sur **l'urgence des expérimentations variétales**. Selon eux, « il est essentiel que l'apport de nouvelles variétés soit bien réel [...] le tout en corrélation avec des terroirs différents (influence du sol et du climat) et des conduites agricoles propres à chaque pays ⁽¹⁾ ». M. Benjamin Coudriet, président de l'association Chanvre Réunion, a tenu en audition des propos similaires, qu'il a confirmés dans un courrier adressé à la mission d'information le 23 septembre dernier : « une période d'expérimentation d'un ou deux ans [en matière de sélection variétale] prévoyant à terme une évaluation pourrait ensuite permettre de préciser le cadre [...] dérogatoire et d'affiner les projections économiques. »

La coopérative *Hemp It* a indiqué avoir sollicité l'ANSM en 2019 d'une demande de « dérogation » à l'interdiction de cultiver des variétés de chanvre non autorisées aux fins de « recherche » conformément au dispositif prévu par le II de l'article R. 5132-86 du code de la santé publique ⁽²⁾. **Au début du mois de décembre 2020, elle n'avait toujours pas reçu de réponse de la part de l'ANSM.**

L'association Chanvre Réunion, pour sa part, avait accompagné son dossier de **caractérisation des variétés locales de chanvre** d'une demande de dérogation, également adressée à l'ANSM en 2019, portant sur la **manipulation des taux de THC** dans des variétés du catalogue français. Selon les éléments fournis par M. Coudriet à la mission d'information au début du mois de décembre dernier, le second volet du projet, portant sur les variétés du catalogue français, devrait être officialisé très prochainement. **La mission d'information observe, toutefois, qu'il s'est écoulé plus d'un an depuis la demande initiale.**

Selon l'interprofession, l'Agence serait réticente à autoriser des projets de recherche **sans lien avec le cannabis thérapeutique et visant à structurer une filière en tant que telle** ⁽³⁾. Sur ce point, l'interprofession a, certes, pu bénéficier d'une autorisation en août dernier pour une étude portant sur le potentiel de valorisation de la fleur de chanvre ⁽⁴⁾, mais ce projet consistait à évaluer **dans des variétés autorisées** les teneurs des fleurs en cannabinoïdes, notamment en THC, sans aller jusqu'à rechercher un optimum de production de CBD au travers de nouvelles variétés.

(1) Contribution écrite en date du 10 novembre 2020.

(2) « Des dérogations aux dispositions énoncées ci-dessus peuvent être accordées aux fins de recherche et de contrôle ainsi que de fabrication de dérivés autorisés par le directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé. » (Art. 5132-86 II, premier alinéa).

(3) Courrier adressé par *InterChanvre* à la mission d'information le 17 juin 2020.

(4) Demande déposée par *Fibres Recherche Développement (FRD)* du 10 juillet 2020 pour *InterChanvre* et autorisation de l'ANSM (A-2020-8-698-S) du 26 août 2020.

Les résultats de l'étude menée sous la direction d'InterChanvre ont été communiqués à la mission d'information le 15 décembre dernier. Ils montrent qu'il est possible de parvenir, sur des variétés pauvres en THC (Félina 32 et Futura 75), à **une accumulation de CBD non négligeable dans la sommité florale (1,2 %) à une phase postérieure à la floraison elle-même tout en conservant un taux de THC très faible (0,04 %)**.

Qu'il s'agisse de La Réunion ou de la métropole, les projets portant sur **l'utilisation ou la reconnaissance de nouvelles variétés potentiellement plus riches en THC étaient toujours bloqués à la fin de l'année 2020**.

La mission d'information estime indispensable que **les expérimentations variétales** demandées par les professionnels du secteur soient **autorisées le plus rapidement possible** de façon à mieux définir les variétés de chanvre qui produiront le meilleur rendement sur le sol national.

Ces expérimentations devront permettre de fixer les contours de la future filière de production du chanvre bien-être appelée à émerger sur le territoire national : la rédaction du **premier alinéa du II de l'article R. 5132-86** du code de la santé publique paraît donc devoir être **modifiée afin de permettre expressément les recherches portant sur l'expérimentation de nouvelles variétés à des fins industrielles**.

Proposition n° 4 : autoriser rapidement les organisations nationales et locales de producteurs de chanvre à effectuer les expérimentations variétales permettant de mieux définir les besoins d'approvisionnement de la future filière nationale de chanvre bien-être et, à cette fin, modifier le premier alinéa du II de l'article R 5132-86 du code de la santé publique dans le sens d'une reconnaissance des projets de recherche portant sur l'exploitation de nouvelles variétés à des fins industrielles.

B. APPLIQUER UNE RÉGLEMENTATION STRICTE POUR GARANTIR AU CONSOMMATEUR UN USAGE SÉCURISÉ DES PRODUITS AU CBD

Comme l'indiquait M. Alexandre Maciuk lors de son audition du 8 juillet dernier, le CBD est une molécule dont « l'usage chronique n'a pas été suffisamment évalué ». Les produits du « chanvre bien-être » sur le marché ne pourront séduire une vaste clientèle que si le consommateur peut l'ingérer sans crainte. À l'exception du droit de la sécurité routière, de nombreux dispositifs réglementaires utiles à la sécurité du consommateur existent déjà en droit français. S'agissant des denrées alimentaires, l'application de la procédure européenne dite des « Nouveaux aliments » fait l'objet de débats mais peut apparaître également comme une opportunité pour les entreprises françaises.

1. Le dispositif national destiné à prévenir tout mésusage du CBD par les consommateurs doit être conforté.

Comme le rappelle la MILDECA dans son communiqué précité du 24 novembre dernier, l'arrêt « Kanavape » ne remet nullement en cause **les dispositions législatives et réglementaires nationales** destinées à prévenir tout mésusage des consommateurs, à savoir l'interdiction de toute promotion indirecte du cannabis récréatif et de toute allégation thérapeutique.

1. S'agissant de la première interdiction, elle renvoie aux pratiques de certains magasins et sites de revente de produits au CBD, qui ont parfois tendance à multiplier dans leurs activités promotionnelles le recours à des **termes renvoyant explicitement à l'univers du cannabis récréatif** (*space cake, coffee-shop, etc.*).

À cet égard, la MILDECA rappelle à juste titre que les publicités « ne doivent pas entretenir de confusion entre le cannabis et le CBD et faire ainsi la promotion du cannabis » sous peine de constituer une infraction de **provocation, même non suivie d'effets, à l'usage de produits stupéfiants** au sens de l'article L. 3421-4 du code de la santé publique⁽¹⁾.

Proposition n° 6 : continuer à sanctionner les activités promotionnelles constitutives d'une incitation, même non suivie d'effets, à l'usage de produits stupéfiants.

2. Au titre de la seconde prescription, **toute allégation thérapeutique est strictement interdite**, sauf si le produit concerné est un médicament ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché. Il s'agit là d'une réglementation essentielle, car de nombreux distributeurs sont tentés de **mettre en avant les effets bénéfiques de la molécule sur la santé** pour promouvoir leurs produits.

Certains d'entre eux n'hésitent pas à **lister les pathologies** contre lesquelles l'absorption de CBD serait indiquée (2) tandis que d'autres, plus prudents, se contentent de mentionner des effets « thérapeutiques » globaux (3). Au vu de ces pratiques commerciales, il n'est pas exclu que certains produits au CBD soient **qualifiés de « médicaments par présentation »** non autorisés et sanctionnés comme tels.

(1) *Infraction punie de 5 ans d'emprisonnement et de 75 000 euros d'amende. Peines portées à 7 ans et à 100 000 euros d'amende en cas de provocation aux abords des établissements d'enseignement. On rappellera que, dans l'affaire « Kanavape », la provocation à l'usage de produits stupéfiants avait été invoquée à l'encontre de la société par le ministère public bien que cette qualification ne fût, finalement, pas retenue par le tribunal correctionnel de Marseille.*

(2) *Un site Internet, par exemple, liste les maladies suivantes : « anxiété, épilepsie, cancer, maladies cardiaques ».*

(3) *Un autre site, par exemple, classe ses huiles de CBD dans la catégorie « thérapeutique ».*

MÉDICAMENTS PAR FONCTION ET MÉDICAMENTS PAR PRÉSENTATION

La notion de « médicament » est très réglementée en France et dans l'Union européenne : l'article L. 5111-1 du code de la santé publique, lui-même dérivé de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil du 6 novembre 2001 instaurant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain, distingue les « médicaments par fonction » et les « médicaments par présentation ».

Un médicament par **fonction** est une substance ou une composition « pouvant être utilisée chez l'homme ou chez l'animal ou pouvant leur être administrée, en vue d'établir un diagnostic médical ou de restaurer, corriger ou modifier leurs fonctions physiologiques en exerçant une action pharmacologique, immunologique ou métabolique ». Un médicament par **présentation** est une substance ou une composition « présentée comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales ».

La commercialisation d'un médicament non pourvu d'une autorisation de mise sur le marché (AMM) au sens de l'article L. 5121-8 du même code ainsi que leur publicité à des fins commerciales sont passibles des **sanctions pénales** prévues à l'article L. 5421-2 ⁽¹⁾. Des sanctions financières peuvent également être prononcées par l'ANSM, notamment pour la publicité de médicaments sans AMM (article L. 5422-18).

La mission d'information rappelle l'importance qui s'attache à ce que les usages du « chanvre bien-être » puissent **se développer de manière distincte** sans qu'ils soient confondus avec les usages thérapeutiques ou récréatifs de la plante. Elle appelle donc le Gouvernement à mobiliser les services de contrôle, et au premier chef la DGCCRF, autour d'un objectif de **résorption des allégations thérapeutiques inscrites à titre promotionnel** sur les produits au CBD par les opérateurs économiques concernés (producteurs et distributeurs).

Comme l'a indiqué le Syndicat national des compléments alimentaires (SYNADIET) lors de son audition du 16 septembre dernier, cela suppose que les opérateurs puissent « expliquer [aux consommateurs] les effets du CBD sur la santé » au travers d'**allégations spécifiques qui, elles, sont légales**. En matière de denrées alimentaires, ou de compléments alimentaires, la promotion des principaux bienfaits du CBD, notamment ses effets apaisants, pourrait prendre la forme de **simples allégations de santé** au sens du règlement (CE) n° 924/2006 du Parlement européen et du Conseil du 20 décembre 2006 ⁽²⁾.

(1) Cinq ans d'emprisonnement et 375 000 euros d'amende.

(2) Une allégation de santé est un message ou une représentation « qui affirme, suggère ou implique l'existence d'une relation entre, d'une part, une catégorie de denrées alimentaires, une denrée alimentaire ou l'un de ses composants et, d'autre part, la santé » (article 2 du règlement 924/2006). Selon le site de l'ANSM, une allégation de santé (« réduit les risques cardio-vasculaires », par exemple) se distingue d'une allégation thérapeutique dès lors qu'elle ne suggère pas que le produit préviendrait ou guérirait une pathologie particulière (« prévient l'ostéoporose », par exemple).

Proposition n° 7 : intensifier les actions contre les producteurs et distributeurs qui font état d'allégations thérapeutiques sur les produits au CBD.

Comme aucune allégation de santé n'est actuellement reconnue pour le CBD, **la mission d'information invite les industriels concernés à se mettre en relation avec la DGCCRF** afin d'élaborer, d'un commun accord, un dossier de demande d'autorisation à la Commission européenne, seule autorité compétente pour élargir la liste des allégations après avis de l'Agence européenne de sécurité des aliments (AESAs)⁽¹⁾.

Proposition n° 11 : obtenir de la Commission européenne l'autorisation d'utiliser des allégations de santé spécifiques au CBD dans les produits alimentaires et les compléments alimentaires.

Afin d'éloigner les risques qu'un produit au CBD ayant vocation à être ingéré (liquide et solide) soit qualifié de « médicament par fonction », il serait également souhaitable que **les proportions de CBD soient inférieures à celles figurant dans les médicaments de même consistance comportant le même cannabinoïde**. Sur ce point, on peut préciser que seul l'Epidiolex (*cf. supra*) dispose d'une AMM et que la teneur en CBD du produit, vendu en solution buvable, est de 100 milligrammes par millilitre.

2. Le code de la route devrait être réformé afin de mieux sensibiliser le consommateur sur les impératifs de sécurité routière

Dès lors qu'il devient possible d'ingérer de manière régulière des produits contenant des traces de THC, **la question des contrôles de sécurité routière se pose**. Dans son Livre blanc précité, le SPC exprime ses inquiétudes sur ce sujet et estime que des conducteurs de bonne foi « peuvent se retrouver positifs au THC sans avoir réellement consommé et sans être sous son effet ⁽²⁾ ». En conséquence, il réclame **un assouplissement des contrôles salivaires** effectués par les services de police et de gendarmerie, qui peuvent théoriquement réagir à partir d'une teneur de 1 nanogramme par millilitre de salive ⁽³⁾, en contrepartie de la **fixation d'un seuil de concentration plasmatique** (5 nanogrammes par millilitre de sang) à partir duquel le conducteur pourrait être sanctionné.

(1) Articles 15 à 17 du règlement n° 924/2006.

(2) Livre blanc sur le chanvre bien-être (page 178).

(3) Ce seuil découle de l'article 10 de l'arrêté du 13 décembre 2016 fixant les modalités du dépistage des substances témoins de l'usage de stupéfiants et des analyses et examens prévus par le code de la route.

Le dispositif français des infractions à la sécurité routière distingue, d'une part, **la conduite sous l'emprise de l'alcool** (articles L. 234-1 à L. 234-18 du code de la route) et **la conduite sous l'emprise de stupéfiants** (articles L. 235-1 à L. 235-5 du même code).

Dans le cas d'une conduite sous l'emprise de l'alcool, **les sanctions pénales sont graduées** : contravention (135 euros d'amende, 6 points de permis, possibilité de suspendre le permis de conduire) entre 0,5 g et 0,8 g par litre de sang, délit (amende jusqu'à 4 500 euros, peine de 2 ans de prison maximum, confiscation du véhicule).

Dans le cas d'une conduite sous l'emprise de stupéfiants, un test salivaire est systématiquement effectué en cas d'accident ou d'infraction routière présumée. Dans les autres situations, il peut être mis en œuvre à l'initiative des services de contrôles ou du procureur de la République. **Un test sanguin est effectué si le test salivaire est positif**. La présence de produits stupéfiants dans le sang suffit pour caractériser l'infraction, qui est un **délict** punissable de 4 500 euros d'amende et de 2 ans de prison maximum, en sus de la confiscation du véhicule et du retrait de 6 points de permis.

La mise en place de niveaux de consommation autorisés de THC aboutira nécessairement à une **adaptation des règles applicables à la conduite sous l'emprise de stupéfiants**. Les dispositions correspondantes du code de la route pourraient être modifiées en s'inspirant de la gradation mise en place en matière d'alcoolémie. On peut observer que le Canada a fait ce choix lors de la légalisation du cannabis en 2018 : la loi dite « C-46 » entrée en vigueur le 17 octobre 2018, définit un premier seuil de **2 nanogrammes par millilitre de sang** au-delà duquel une simple amende peut être appliquée aux conducteurs, des sanctions plus graves (prison) n'étant envisagées qu'à partir de **5 nanogrammes** par millilitre de sang ⁽¹⁾.

S'agissant des tests salivaires, M. Alexandre Maciuk a estimé, à la suite de son audition du 8 juillet dernier, qu'il était **peu probable que l'ingestion de produits alimentaires contenant des traces de THC puisse être détectée**. Selon lui, le risque de « contamination » de la bouche par du THC ingéré est très faible et, pour une teneur de 1 nanogramme de THC par millilitre de sang, la teneur buccale serait **bien moindre que le seuil de détection réglementaire de 1 nanogramme par millilitre de salive** ⁽²⁾. Les tests réagiraient, dans cette hypothèse, à partir d'une ingestion de plusieurs dizaines de milligrammes de THC, ce qui est bien au-delà des teneurs limites traditionnellement retenues dans les produits alimentaires en Europe.

Certes, la question de la positivité des tests se pose avec plus d'acuité pour des **produits à fumer**, les seuils de toxicité étant plus bas que pour l'ingestion par estomac.

(1) On remarquera qu'il s'agit des niveaux de toxicité cités par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) dans sa notice supra.

(2) La teneur buccale en THC correspondant à un taux de 1 nanogramme par millilitre de sang suite à l'ingestion d'un produit alimentaire pourrait être au mieux de 100 picogrammes par millilitre de salive, soit dix fois moins que le seuil de détection réglementaire.

Néanmoins, le risque d'altération de l'aptitude à la conduite doit amener le Gouvernement à fixer une « norme » de consommation de CBD à fumer au-delà de laquelle il est **fortement déconseillé de prendre le volant** ⁽¹⁾.

Proposition n° 8 : modifier le code de la route de façon à aligner le droit applicable à la conduite sous l'emprise de produits stupéfiants sur celui relatif à la conduite sous l'emprise de l'alcool et prévoir une norme de consommation de CBD fumé au-delà de laquelle la conduite est fortement déconseillée.

3. Toutes les facilités offertes par la réglementation française doivent être utilisées, voire renforcées, afin de rassurer le consommateur sur l'innocuité des produits et l'informer des effets indésirables potentiels

a. La fixation de doses journalières recommandées pour les produits au CBD destinés à être ingérés

À ce jour, les seuls effets négatifs connus du CBD sur l'organisme humain se limitent aux atteintes hépatiques et aux interactions médicamenteuses, **le tout en cas d'ingestion**. Une étude menée en 2018 a montré chez 14 patients (sur 149 au total) qui avaient pris du CBD pendant un mois **une élévation de la concentration en transaminases** ⁽²⁾. Des **interactions** ont été également mises en évidence avec des médicaments anti-épileptiques, des médicaments anti-coagulants ainsi que des immunodépresseurs ⁽³⁾. Dans tous les cas, **les doses administrées étaient très importantes**, entre 10 et 20 milligrammes par kilogramme de poids corporel et par jour pour la seule étude de 2018. À titre de comparaison, la dose prescrite pour l'utilisation de l'Epidiolex (*cf. supra*) est de 5 milligrammes par kilogramme de poids corporel et par jour.

Pour cette raison, le SPC effectue, dans ses préconisations, une distinction très nette entre les **produits non ingérés** (cosmétiques), pour lesquels aucune limite réglementaire ne devrait être fixée, et les **produits destinés à être ingérés** (en particulier les denrées et les compléments alimentaires), pour lesquels des doses journalières recommandées peuvent, le cas échéant, être définies ⁽⁴⁾. Même dans ce dernier cas, le SPC insiste pour que **ces seuils ne soient qu'indicatifs** et ne relèvent pas de la catégorie des « doses journalières maximales » (DJM) à l'instar de ce qui existe pour les minéraux dans les compléments alimentaires ⁽⁵⁾. Lors de son audition, M. Maciuk a exprimé un avis similaire **en défaveur d'une « dose maximale française pour le CBD », même ingéré**.

(1) À l'image de la limite du « verre de vin » mise en avant dans les campagnes de sensibilisation à la sécurité routière.

(2) *Effect of Cannabidiol on Drop Seizures in the Lennox-Gastaut Syndrome* (Orrin Devinsky et alii, *New England Journal of Medicine*, 2018).

(3) *Bulletin de l'association des centres d'addictovigilance* (n° 13, janvier 2020).

(4) *Mémoire technique transmis à l'occasion de l'audition du SPC du 10 juin 2020*.

(5) *La concentration des nutriments dans les compléments alimentaires est réglementée par des DJM impératives* (arrêté du 9 mai 2006).

Au titre des précautions d'usage, le SPC suggère de s'en tenir à de simples exclusions pour les **publics les plus fragiles** (enfants, femmes enceintes), à l'image des réglementations mises en place en Grande-Bretagne et en Australie ⁽¹⁾. Tout au plus faudrait-il **ajouter sur les emballages des produits des avertissements** portant sur les atteintes hépatiques à haute dose et les interactions médicamenteuses.

Proposition n° 12 : définir des doses journalières recommandées (DJR), non contraignantes, de consommation de CBD et les mentionner sur les emballages des produits aux côtés d'avertissements sur les risques actuellement connus pour la santé humaine (atteintes hépatiques et interactions médicamenteuses) ?

Proposition n° 13 : exclure les publics à risque (enfants et femmes enceintes) de l'accès aux produits contenant du CBD.

b. La pertinence des dispositifs de vigilance sanitaire permettant d'organiser la remontée rapide d'éventuels effets indésirables liés à la consommation de compléments alimentaires et de cosmétiques au CBD

Face aux effets encore inconnus du CBD, on peut rappeler que le cadre réglementaire applicable à certains des produits concernés **est déjà très protecteur pour les consommateurs**, dès lors qu'il organise une remontée d'informations vers les autorités de régulation au travers de mécanismes de « vigilance ».

1) S'agissant, tout d'abord, des **produits cosmétiques**, le règlement n° 1223/2009 du Parlement européen et du Conseil du 30 novembre 2009 oblige, en son article 13, chaque fabricant à « notifier » ses produits à la Commission européenne ⁽²⁾ préalablement à toute mise sur le marché.

Selon la définition donnée par le code de la santé publique en son article L. 5131-1, qui reproduit ainsi textuellement celle donnée par le règlement européen, un produit cosmétique est « toute substance ou mélange destiné à être mis en contact avec les diverses parties superficielles du corps humain, notamment l'épiderme, les systèmes pileux et capillaire, les ongles, les lèvres et les organes génitaux externes, ou avec les dents et les muqueuses buccales, en vue, exclusivement ou principalement, de les nettoyer, de les parfumer, d'en modifier l'aspect, de les protéger, de les maintenir en bon état ou de corriger les odeurs corporelles. »

Ensuite, le code de la santé publique a instauré un « **système national de cosmétovigilance** ⁽³⁾ » destiné à surveiller l'ensemble des effets indésirables et des mésusages résultant de l'utilisation des produits cosmétiques *après* leur mise sur le marché.

(1) Par exemple, pour la Grande-Bretagne, se reporter aux recommandations publiées le 13 février 2020 par l'Agence de sécurité alimentaire (FSA) : <https://www.food.gov.uk/news-alerts/news/food-standards-agency-sets-deadline-for-the-cbd-industry-and-provides-safety-advice-to-consumers>.

(2) Sur un portail consacré (Cosmetic Products Notification Portal – CPNP).

(3) Art. R. 5131-6 à R. 5131-15 du code de la santé publique.

Dans ce cadre, les **entreprises** et les **professionnels de santé doivent signaler à l'ANSM** tout « effet indésirable grave » lié à l'usage d'un produit cosmétique ⁽¹⁾. Les autres effets indésirables et les effets susceptibles de résulter d'un « mésusage » du produit **peuvent** également être déclarés par les professionnels et les consommateurs. Enfin, l'ANSM doit, à titre général, être informée par le producteur ou le distributeur de tout risque pour la santé humaine présenté par un produit cosmétique ⁽²⁾. Le non-respect de ces obligations expose le fabricant à des **sanctions pénales** ⁽³⁾. Par ailleurs, on peut préciser que l'ANSM dispose d'un pouvoir général de **suspension temporaire** (un an maximum) des activités de production et de distribution « en cas de danger ou de suspicion de danger » et peut même aller jusqu'à l'interdiction totale de ces activités en cas de « danger grave ou de suspicion de danger grave pour la santé humaine ⁽⁴⁾ ».

2) S'agissant des **compléments alimentaires**, le décret n° 2006-352 du 20 mars 2006 a mis en place en ses articles 15 et 16 une procédure de déclaration préalable à toute première mise sur le marché auprès de la direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF).

Les compléments alimentaires font partie intégrante du dispositif national de « **nutrivi-gilance** » qui fonctionne de manière similaire à la cosmétovigilance : dans ce cadre, les industriels et les professionnels de santé **peuvent** faire remonter à l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) tout effet indésirable (avéré ou potentiel) lié à l'absorption d'un complément alimentaire ou d'une denrée alimentaire spécifique ⁽⁵⁾.

Lors de leur audition du 30 septembre dernier, les représentants de l'ANSM ont indiqué que les systèmes de « vigilance » avaient été mis en place afin de pallier l'impossibilité pour les services de régulation de contrôler des marchés vastes et complexes. **Ils donnent, en tout cas, des résultats** : l'Agence annonce avoir traité **231 signalements** au titre de la cosmétovigilance en 2018 ⁽⁶⁾, dont près de la moitié pour des effets indésirables graves. Quant à la nutrivi-gilance, en dépit de l'absence d'obligation déclarative, l'ANSES a reçu **1 025 signalements** en 2018, dont 352 ont été jugés analysables et traités selon leur degré de sévérité des effets indésirables constatés ⁽⁷⁾.

La mission d'information estime que **ces dispositifs devraient permettre une remontée rapide d'informations sur les éventuels effets indésirables**, non connus à ce jour, de l'usage de cosmétiques et de compléments alimentaires au CBD. Comme l'indiquait M. Maciuk lors de son audition précitée du 8 juillet dernier, « le cadre administratif est suffisant en France ».

(1) Art. 23 du règlement européen n° 1223/2009 et art. L. 5131-5 du code de la santé publique.

(2) Art. 5 et 6 du règlement européen n° 1223/2009 et art. L. 221-1-3 du code de la consommation.

(3) Détaillées aux art. L. 5431-2 à L. 5431-9 du code de la santé publique.

(4) Art. L. 5312-1 du code de la santé publique.

(5) Art. R. 1323-2 du code de la santé publique.

(6) Rapport d'activité de l'ANSM 2018 (page 70).

(7) Bilan du dispositif national de nutrivi-gilance géré par l'ANSES en 2018 (pages 6 et 8).

Proposition n° 14 : sensibiliser les acteurs de la cosmétovigilance et de la nutrivigilance (industriels et professionnels de santé) sur l'importance qui s'attache à la remontée des éventuels effets indésirables des produits cosmétiques et des compléments alimentaires au CBD.

c. Le renforcement de la réglementation des produits à fumer contenant du CBD dans une optique de protection des consommateurs, notamment des plus jeunes

Malgré les perspectives prometteuses de développement de nouveaux marchés, les **produits à fumer** sont, aujourd'hui, ceux qui portent le plus la dynamique du secteur du « chanvre bien-être ». Lors de leur audition précitée du 8 juillet dernier, les services douaniers ont indiqué que « la quasi-totalité » des produits saisis au CBD étaient des **extraits de plante** ou des **e-liquides**, le reste des saisies se concentrant sur des produits alimentaires (chocolat, dosettes de café, etc.).

i. Le cas particulier des fleurs des CBD

Comme évoqué *supra*, les fleurs de CBD devraient être autorisées à la vente sous le statut de « produit à fumer à base de plantes autres que le tabac ». Il pourrait être opportun de **renforcer les obligations réglementaires découlant de ce statut** ⁽¹⁾ dans une optique de protection des consommateurs. Des emballages standards, facilement reconnaissables, devront être imposés : ils devront comporter **l'avertissement sanitaire** prévu par le code de la santé publique en son article L. 3514-4, qui pourra être adapté aux fleurs de CBD afin de sensibiliser le consommateur sur les risques liés à une ingestion de CBD à fortes doses, notamment pour les publics fragiles, aux interactions médicamenteuses et à la conduite automobile.

Afin de préserver les mineurs, le code de la santé publique pourra également être modifié afin d'appliquer aux fleurs de CBD ⁽²⁾ **l'interdiction de « vente ou d'offre gratuite » à des mineurs de moins de dix-huit ans** figurant, pour les produits contenant de la nicotine, aux articles L. 3512-12 (tabac) et L. 3513-5 (dispositifs de vapotage). Enfin, dans un souci analogue de lutte contre la consommation de produits à fumer, il pourrait être envisagé **d'interdire la publicité des fleurs de CBD**, à l'instar de ce qui existe déjà pour le tabac et le vapotage.

(1) Art. L. 3514-1 à L. 3514-6 du code de la santé publique.

(2) Au niveau du chapitre IV du titre 1er du livre V de la troisième partie consacré précisément aux produits à fumer à base de plantes autres que le tabac.

ii. L'application aux e-liquides de CBD de la réglementation relative aux produits du vapotage

La question de la réglementation des e-liquides au CBD est plus simple à traiter dans la mesure où **de nombreuses dispositions existent déjà** à titre général pour protéger le consommateur, notamment l'interdiction de toute publicité et de toute vente aux mineurs de dix-huit ans⁽¹⁾. Tout au plus sera-t-il nécessaire d'apposer sur les emballages **le taux de THC** du produit, qui devra respecter les seuils définis préalablement (*cf. supra*), ainsi qu'un **avertissement sanitaire** analogue à ceux susceptibles d'être appliqués aux fleurs.

iii. Les avantages d'une implication des buralistes dans la distribution des produits à fumer contenant du CBD

Qu'il s'agisse des fleurs de CBD ou des dispositifs de vapotage, la mission d'information appelle le **réseau des buralistes**, dont les représentants ont été auditionnés le 22 juillet dernier (*cf. supra*), à s'impliquer pleinement dans la distribution des produits. Même si le nombre de débits n'a cessé de diminuer depuis une quinzaine d'années⁽²⁾, la profession dispose toujours d'un **maillage considérable** sur l'ensemble du territoire national.

La relation privilégiée qu'elle entretient avec l'État au travers de la tutelle exercée par l'administration des douanes⁽³⁾ fait des buralistes un acteur essentiel **dans la mise en œuvre des réglementations sanitaires** applicables aux produits à fumer.

Proposition n° 15 : s'assurer que les produits à fumer contenant du CBD (vapotage et, le cas échéant, les fleurs) sont soumis à une réglementation au contenu similaire imposant des avertissements sanitaires spécifiques et interdisant toute publicité ainsi que la vente aux mineurs de moins de dix-huit ans.

Proposition n° 19 : veiller à impliquer largement le réseau des buralistes dans la distribution des produits à fumer contenant du CBD.

4.

(1) Art. L. 3513-4 et L. 3513-5 du code de la santé publique.

(2) Selon la Confédération des buralistes, il y avait 24 900 débits en 2017, contre environ 33 000 en 2002.

(3) L'implantation des débits ordinaires est décidée par le directeur régional des douanes et droits indirects territorialement compétent, après avis des organisations représentant dans le département concerné la profession des débitants de tabac (article 8 du décret n° 2010-720 du 28 juin 2010).

5. En matière de produits alimentaires, la procédure d'évaluation dite des « Nouveaux aliments » (*novel food*) peut constituer une opportunité d'innovation pour la filière française et de réassurance du consommateur européen

Au-delà des seuls compléments alimentaires, dont le statut hybride entre produit de santé et apport nutritionnel fait l'objet d'une surveillance particulière, l'adjonction dans un **produit alimentaire ordinaire** (gâteau, boisson, etc.) d'une substance qui n'y figurait pas auparavant peut susciter des interrogations légitimes de la part du consommateur. Afin de concilier les impératifs de sécurité alimentaire et les besoins de l'innovation, l'Union européenne a mis en place un dispositif spécifique de réglementation des « **Nouveaux aliments** ⁽¹⁾ ».

DÉFINITION JURIDIQUE DES NOUVEAUX ALIMENTS

Le régime des Nouveaux aliments est fixé par le règlement (UE) n° 2015/2283 du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2015. Aux termes de l'article 3 du règlement (paragraphe 2, point a), le caractère « nouveau » d'un aliment se fonde sur plusieurs critères :

1/ une consommation négligeable dans l'Union européenne **avant 1997** ⁽²⁾ ;

2/ une série de neuf critères, parmi lesquels figurent, entre autres, une composition à partir de micro-organismes, de champignons, d'algues ou de **végétaux** (*les molécules pouvant être isolées ou extraites*) ainsi que l'utilisation d'un **procédé de production** qui n'était pas couramment utilisé avant 1997.

Il suffit que **le premier de ces critères et l'un des neuf autres** soient remplis pour qu'une denrée alimentaire soit considérée comme un Nouvel aliment. **On peut préciser, à cette occasion, qu'un complément alimentaire peut également être considéré comme un Nouvel aliment.**

Toute mise sur le marché d'un Nouvel aliment est soumise à un **régime d'autorisation préalable**, articulé autour d'un examen effectué par la Commission européenne sur son initiative ou à la demande du fabricant. Cet examen s'appuie sur un avis de l'Autorité européenne de sécurité des aliments (AESA/EFSA) et, à titre secondaire, des autorités sanitaires des États membres ⁽³⁾. Avant que la Commission ne détermine si une denrée répond aux critères de définition des Nouveaux aliments (article 5 du règlement n° 2015/2283 précité), de nombreuses substances font l'objet de discussions au sein d'un groupe de travail « Nouveaux aliments » issu du SCOPAFF (cf. page X *supra*). **Les résultats des discussions menées dans ce groupe de travail sont repris dans un catalogue géré par la Commission, purement informatif.**

Avant 2019, la présence de CBD dans les denrées alimentaires n'avait pas donné lieu à des procédures d'enregistrement ou d'autorisation comme « Nouvel aliment ». Le catalogue informatif géré par la Commission européenne indiquait simplement que « seuls les extraits de cannabis *Sativa L* dans lesquels les teneurs de cannabidiol sont plus importantes que dans la plante d'origine » pouvaient être qualifiés de Nouveaux aliments.

(1) En anglais : *novel food*.

(2) Année d'entrée en vigueur du premier règlement communautaire sur les nouveaux aliments.

(3) En France, l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) est compétente pour effectuer l'évaluation des nouveaux aliments à la demande de la DGCCRF.

Le 15 janvier 2019, à la suite d'une réunion du groupe de travail « Nouveaux aliments » du 16 octobre 2018, **la Commission a modifié les entrées du catalogue relatives au CBD**. Le descriptif sur le CBD a été supprimé et une entrée relative aux cannabinoïdes a été rajoutée, indiquant que « les produits dérivés [du cannabis *Sativa L*] contenant des cannabinoïdes sont **considérés comme des Nouveaux aliments** dans la mesure où aucun historique de consommation n'a été démontré ». Bien que le catalogue n'ait pas de valeur juridique, il peut constituer une base à partir de laquelle **la liste officielle des Nouveaux aliments autorisés** ⁽¹⁾ **peut évoluer**. Cette inscription a été **fortement critiquée par les acteurs industriels français et l'AECI/EIHA** qui estiment, tout d'abord, que le CBD ne remplit pas les critères de définition d'un Nouvel aliment :

1. Dans un communiqué de presse publié le 3 mai 2019, l'Association détaille l'argumentation qu'elle a présentée auparavant devant le SCOPAFF : selon elle, le chanvre **et ses extraits naturels** sont utilisés dans l'alimentation depuis des siècles en Europe ⁽²⁾. Lors de son audition devant la mission d'information le 22 juillet dernier, Mme Lorenza Romanese, directrice générale de l'Association, a précisé que le principal mode d'extraction du CBD utilisé aujourd'hui, à savoir l'extraction au dioxyde de carbone supercritique, a été **breveté pour produire du décaféiné dans les années 1970, soit bien avant l'échéance de 1997**.

2. Le SPC a repris l'argumentation de l'Association dans son Livre blanc sur le chanvre bien-être ⁽³⁾. Le syndicat préconise un retour à la qualification antérieure et **recommande que la France s'affranchisse de ce classement** pour autoriser directement les produits alimentaires et les compléments alimentaires au CBD ⁽⁴⁾. Interrogés sur ce sujet par la mission d'information le 22 juillet dernier, les représentants du cabinet Augur Associates ont insisté sur **la lourdeur des délais requis** pour obtenir une autorisation au titre des Nouveaux aliments (de dix-huit à vingt-quatre mois ⁽⁵⁾) et sur les **coûts de procédure**, estimés à **300 000 euros environ** ⁽⁶⁾, qui peuvent s'avérer prohibitifs pour les petites et moyennes entreprises du secteur.

L'audition, le 23 septembre dernier, des membres de l'unité Technologies de fabrication alimentaire et Nouveaux aliments (E2) au sein de la direction générale Santé et Sécurité alimentaire de la Commission européenne a permis **d'apporter des éclaircissements sur le raisonnement tenu par les instances de l'Union européenne et leurs conséquences juridiques pour la France**.

(1) Liste actuelle reprise dans le règlement d'exécution (UE) de la Commission du 20 décembre 2017 (version consolidée au 27 octobre 2020) établissant la liste de l'Union des nouveaux aliments conformément au règlement (UE) 2015/2283 du Parlement européen et du Conseil relatif aux nouveaux aliments.

(2) Selon l'Association, les moines de la période médiévale ajoutaient des extraits de chanvre dans leurs aliments, notamment la soupe.

(3) Livre blanc sur le chanvre bien-être (pages 88 et 89).

(4) Livre blanc sur le chanvre bien-être (page 17).

(5) Il faut au minimum 17 mois si l'on applique les articles 11 et 12 du règlement n° 2015/2283, auxquels s'ajoutent les délais pour prendre un acte d'exécution.

(6) Le seul dépôt du dossier coûterait, selon le Parlement européen, entre 20 000 et 45 000 euros.

Selon M. Bruno Gautrais, chef de l'unité, la Commission cherche avant tout à « garantir *in fine* une application uniforme du droit de l'Union ⁽¹⁾ » dans tous les États membres conformément au rôle que lui assignent les traités et à éviter que le fonctionnement du marché intérieur ne soit perturbé par des interprétations diverses dans les différents pays de l'Union confrontés à l'essor des produits alimentaires au CBD. **Elle estime qu'il est logique que le CBD soit classé comme Nouvel aliment, car :**

1. l'utilisation d'une méthode traditionnelle, en l'espèce l'extraction par fluide supercritique, « n'implique pas que le produit résultant de ce procédé de production l'est aussi ⁽²⁾ » ;

2. le critère clef reste l'historique de la consommation avant 1997, et non la nature du procédé d'extraction ;

3. les éléments apportés par les industriels sur ce point **ne montrent qu'une consommation de « certaines parties » du chanvre antérieure à 1997** : le CBD, en l'état des connaissances historiques, n'a pas été consommé en tant que tel avant cette date, ce qui le différencie bien des aliments traditionnels.

La Commission prend l'exemple d'une algue marine *Fucus vesiculosus* qui, en tant que telle, a été consommée avant 1997 et est donc considérée comme un aliment traditionnel. **Le Fuciodian, issu de l'algue par une technique traditionnelle d'extraction aqueuse, a été classé comme Nouvel aliment** (cf. liste mentionnée dans le règlement d'exécution du 20 décembre 2017 précité).

Bien que l'on puisse regretter le caractère inopiné du changement de position de l'Union européenne, la mission d'information prend acte de l'argumentation développée par la Commission.

Compte tenu des précisions apportées, il paraîtrait **hasardeux pour la France de s'affranchir du classement** qui est en train d'être opéré au niveau européen. En effet, il suffirait que la Commission autorise un produit alimentaire au CBD au titre de la procédure des Nouveaux aliments en réponse à une demande déposée par une entreprise située dans un autre État membre **pour que l'interprétation française soit remise en cause**. On rappellera, que des dossiers ont été déposés cette année et, bien qu'ils aient été bloqués en juillet dernier, ont été relancés à l'issue de l'arrêt « Kanavape » (cf. page 54 *supra*).

La procédure d'autorisation est elle-même concentrée entre les mains de la Commission et de l'AESA/EFSA, **les États membres disposant de peu de marges de manœuvre**⁽³⁾.

(1) Réponse écrite de M. Bruno Gautrais en date du 4 novembre 2020.

(2) *Ibid.*

(3) Le règlement n° 2015/2283 a mis fin à l'ancienne procédure (règlement n° 258/97), plus décentralisée.

Il ressort également du droit des « Nouveaux aliments » que, si la procédure est effectivement lourde, elle peut offrir au demandeur **un véritable avantage concurrentiel sur le marché** : l'autorisation donne ainsi le droit au fabricant de commercialiser son produit dans l'ensemble de l'Union sans que les États puissent s'y opposer ⁽¹⁾.

Par ailleurs, les dispositions du règlement n° 2015/2283 précité en son article 26 permettent à l'entreprise de solliciter une exclusivité sur les données scientifiques essentielles à l'évaluation de son produit pendant cinq ans à compter de l'autorisation accordée comme Nouvel aliment ⁽²⁾. Si une demande de ce type devait aboutir au profit d'une entreprise établie dans un autre État membre, **les entreprises françaises n'auraient donc plus le droit, pendant cette période de cinq ans, d'utiliser les mêmes données pour produire et commercialiser ce produit.**

Enfin, sur le sens même de la procédure des Nouveaux aliments, M. Alexandre Maciuk a rappelé lors de son audition du 8 juillet 2020 qu'elle impliquait l'AESA/EFSA dans un **processus très rigoureux** d'évaluation de l'innocuité des produits et qu'elle contribuait ainsi à « assurer la sécurité sanitaire de 500 millions de consommateurs européens ».

La mission d'information appelle donc les entreprises françaises concernées, en particulier celles spécialisées dans les compléments alimentaires, à **tirer profit de la procédure des Nouveaux aliments pour développer des gammes de produits au CBD dans les autres pays membres de l'Union et acquérir une position privilégiée sur le marché européen.**

Proposition n° 16 : inciter les grandes entreprises françaises de l'industrie alimentaire et des compléments alimentaires à déposer dès que possible des dossiers auprès de la Commission européenne afin d'obtenir, avec exclusivité des données, le droit de commercialiser des produits au CBD comme Nouveaux aliments dans l'Union européenne.

Dans la mesure où les petites et moyennes entreprises du secteur ne disposent pas des mêmes capacités d'expertise que les grands groupes, il pourrait être envisagé de mettre en place au niveau des **services déconcentrés de l'État** ⁽³⁾ un dispositif spécifique **d'aide à la constitution du dossier d'autorisation des Nouveaux aliments.**

(1) Sauf rares exceptions liées à d'éventuels risques sanitaires imprévus.

(2) « Lorsque le demandeur fait une requête en ce sens et l'étaye par des informations appropriées et vérifiables [...], les données scientifiques fournies à l'appui de la demande ne sont pas utilisées au profit d'une demande ultérieure sans l'accord du demandeur initial, et ce pendant une période de cinq ans à compter de la date d'autorisation du nouvel aliment. » (Art. 26, paragraphe 1, du règlement n° 2015/2283).

(3) Notamment au niveau des directions régionales des entreprises, de la concurrence, de la consommation, du travail et de l'emploi (DIRECCTE).

Cet accompagnement pourrait associer l'Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail (ANSES) pour les aspects les plus techniques.

Proposition n° 17 : mettre en place un dispositif d'accompagnement des petites et moyennes entreprises dans les démarches d'autorisation de Nouveaux aliments qu'elles souhaiteraient entreprendre pour des produits au CBD.

ANNEXE 1 : DROIT APPLICABLE AU CBD DANS LA PLUPART DES PAYS EUROPÉENS ET AU CANADA

Les tableaux ci-dessous ont été établis à partir des résultats d'une enquête menée à l'été 2020 par le Centre européen de recherche et de documentation parlementaires (CERDP). Ils présentent successivement les régimes d'autorisations applicables dans chaque pays aux produits contenant du CBD (I) et les seuils de THC fixés, y compris pour la plante de chanvre (II).

I. TABLEAU I : RÉGIMES D'AUTORISATION

Le tableau I ci-après récapitule, pays par pays, les régimes d'autorisations applicables à l'été 2020 à l'exploitation de la fleur de chanvre ainsi qu'aux différentes catégories de produits finis contenant du CBD.

Pays	Exploitation de la fleur autorisée (oui/non)	Produits au CBD autorisés (oui/non)			
		Aliments	e-liquides	Fleurs	Cosmétiques
Allemagne	Oui	Oui	Oui	Non pour la vente au détail	Oui (probablement pour le seul CBD synthétique)
Autriche	Oui	Oui Statut de Nouvel aliment	Non précisé	Oui (tant que le taux de THC respecte le taux légal applicable à la plante) Statut « produits à fumer à base de plantes autres que le tabac »	Non précisé
Belgique	Oui	Oui	Non précisé	Oui (tant que le taux de THC respecte le taux légal applicable à la plante) Statut « produits à fumer à base de plantes autres que le tabac ». <i>À noter : un droit d'accise s'applique sur la fleur.</i>	Non précisé
Bulgarie	Non (sauf recherche et médical)	Non	Non	Non	Non

Pays	Exploitation de la fleur autorisée (oui/non)	Produits au CBD autorisés (oui/non)			
		Aliments	e-liquides	Fleurs	Cosmétiques
Canada	Oui	Oui	Oui	Oui (tant que le taux de THC respecte le taux légal applicable à la plante)	Oui
Chypre	Non (sauf médical)	Non	Non	Non	Non
Croatie	Non (sauf médical)	Non	Non	Non	Non
Danemark	Oui	Oui	Oui	Non précisé	Oui (probablement pour le seul CBD synthétique)
Espagne	Oui	Non	Non précisé	Non précisé	Oui (probablement pour le seul CBD synthétique)
Estonie	Oui	Oui Statut de Nouvel aliment	Oui	Oui (tant que le taux de THC respecte le taux légal applicable à la plante) Statut « produits à fumer à base de plantes autres que le tabac »	Oui (CBD synthétique)
Finlande	Non (sauf médical)	Non	Non	Non	Non
France	Non (sauf recherche et médical ⁽¹⁾)	Oui (CBD synthétique)	Oui (CBD synthétique)	Non	Oui (CBD synthétique)
Grèce	Oui	Oui Statut de Nouvel aliment	<i>A priori</i> oui	Non	Oui (probablement pour le seul CBD synthétique)

(1) Dans le cadre de l'expérimentation inscrite dans la loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020.

Pays	Exploitation de la fleur autorisée (oui/non)	Produits au CBD autorisés (oui/non)			
		Aliments	e-liquides	Fleurs	Cosmétiques
Hongrie	Oui	Oui	Non précisé	Non précisé	Oui
Italie	Oui	Oui	Non précisé	Non précisé	Oui (probablement pour le seul CBD synthétique)
Lettonie	Non	Non	Non précisé	Non précisé	Oui (probablement pour le seul CBD synthétique)
Lituanie	Non	Non	Non	Non	Non
Luxembourg	Oui	Oui Statut de Nouvel aliment	Oui (CBD synthétique)	Oui (tant que le taux de THC respecte le taux légal) Statut « produits à fumer à base de plantes autres que le tabac ». <i>À noter : un droit d'accise s'applique sur la fleur</i>	Non
Pays-Bas	Non (sauf médical)	Oui	Oui	Non	Non précisé
Pologne	<i>A priori</i> oui	Oui Statut de Nouvel aliment	Non précisé	Non précisé	Oui
Portugal	Oui	Oui	Non précisé	Oui (tant que le taux de THC respecte le taux légal) Statut « produits à fumer à base de plantes autres que le tabac ».	Oui pour le seul CBD synthétique
République tchèque	Oui (à des fins médicales ou industrielles ⁽¹⁾)	Oui (usage industriel)	Non précisé	Oui (tant que le taux de THC respecte le taux légal) <i>En principe, usage industriel.</i>	Oui pour le seul CBD synthétique
Roumanie	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui

(1) Le pays utilise la notion de « chanvre à usage technique » (technical hemp).

Pays	Exploitation de la fleur autorisée (oui/non)	Produits au CBD autorisés (oui/non)			
		Aliments	e-liquides	Fleurs	Cosmétiques
Slovaquie	Non (sauf médical)	Non	Non	Non	Non
Slovénie	Non	Non	Non	Non	Non
Suède	Non (sauf médical)	Non	Non	Non	Non
Suisse	Oui	Oui	Oui	Oui (tant que le taux de THC respecte le taux légal) <i>Pas de droit d'accise appliqué.</i>	Oui

II. TABLEAU II : SEUILS EN DELTA-9 TETRAHYDROCANNABINOL (THC)

Le tableau II ci-après présente, pays par pays, les teneurs limites en THC adoptés pour la plante de chanvre et chacune des trois catégories de produits finis (denrées alimentaires, e-liquides, cosmétiques).

Pays	Taux de THC autorisé dans la culture du chanvre	Teneurs de THC autorisées dans les produits finis (CBD ou non)		
		Aliments	e-liquides	Cosmétiques
Allemagne	0,2 %	0,005 mg / kg (boissons) 5 mg / kg (huiles) 0,15 mg / kg (autres) Seuils fixés en 2018	Non précisé	Non précisé
Autriche	0,3 %	Non précisé	Non précisé	Non précisé
Belgique	0,2 %	Seuils fixés en 1997 par arrêté pour les produits alimentaires d'origine végétale (0,2 mg / kg pour la plupart des produits, 0,04 mg / kg pour les boissons non alcoolisées). Seuils proposés par catégorie en 2017 pour les produits alimentaires d'origine animale	Non précisé	Non précisé
Bulgarie	0,2 %	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)
Canada	0,3 %	10 mg de THC par emballage (compléments alimentaires) ou par unité (autre denrée alimentaire) Règlement cannabis de 2018	1 000 mg de THC par emballage Règlement cannabis de 2018	1 000 mg de THC par emballage Règlement cannabis de 2018
Chypre	Non précisé (probablement 0,2 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)
Croatie	Non précisé (probablement 0,2 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)
Danemark	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Espagne	0,2 %	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé	Non précisé

Pays	Taux de THC autorisé dans la culture du chanvre	Teneurs de THC autorisées dans les produits finis (CBD ou non)		
		Aliments	e-liquides	Cosmétiques
Estonie	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Finlande	Non précisé (probablement 0,2 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)
France	0,2 %	0 %	0 %	0 %
Grèce	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Hongrie	0,2 %	10 mg / kg (compléments alimentaires) 25 mg / kg (autres denrées alimentaires)	Non précisé	Entre 5 et 10 mg / kg
Italie	0,6 %	2 mg / kg (compléments alimentaires) 5 mg / kg (huile issue de graines de chanvre)	Non précisé	Non précisé (probablement 0 %)
Lettonie	Non précisé (probablement 0,2 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)
Lituanie	0,2 %	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)
Luxembourg	0,3 %	Non précisé	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)
Pays-Bas	Non précisé (probablement 0,2 %)	0,05 %	0,05 %	Non précisé
Pologne	0,2 %	0,2 %	Non précisé	Non précisé
Portugal	0,2 %	Non précisé	Non précisé	Non précisé
République tchèque	0,3 %	0,3 % (usage industriel)	Non précisé	Non précisé (probablement 0 %)
Roumanie	0,2 %	0,2 %	0,2 %	0,2 %
Slovaquie	0,2 %	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)

Pays	Taux de THC autorisé dans la culture du chanvre	Teneurs de THC autorisées dans les produits finis (CBD ou non)		
		Aliments	e-liquides	Cosmétiques
Slovénie	0,2 %	0,2 %	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)
Suède	Non précisé (probablement 0,2 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)	Non précisé (probablement 0 %)
Suisse	1 %	1 %	1 %	1 %

ANNEXE 2 : COPIE DU COURRIER ADRESSÉ AU GOUVERNEMENT PAR LA MISSION D'INFORMATION LE 27 JUILLET 2020

ASSEMBLÉE NATIONALE

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MISSION D'INFORMATION COMMUNE
SUR LA RÉGLEMENTATION ET
L'IMPACT DES DIFFÉRENTS USAGES
DU CANNABIS

LIBERTÉ - ÉGALITÉ - FRATERNITÉ

PARIS, le 27 juillet 2020

Monsieur le ministre,

Comme vous le savez, une mission d'information relative « à la réglementation et à l'impact des différents usages du cannabis » a été mise en place au début de l'année 2020 entre plusieurs commissions permanentes de l'Assemblée nationale (Affaires culturelles et éducation, Affaires économiques, Affaires étrangères, Affaires sociales, Développement durable, Finances et Lois).

Dans le cadre du mandat qui lui a été assigné, la mission a engagé, au début de ce mois, un cycle de travaux portant sur le cannabidiol, désigné sous l'acronyme « CBD », qui est l'un des cannabinoïdes les plus présents dans le chanvre, essentiellement au niveau de la partie haute de la plante (feuilles et fleur). Cette molécule, que l'on peut incorporer dans de nombreux produits de consommation courante (produits alimentaires, e-liquides, cosmétiques, etc.), fait l'objet d'une demande croissante auprès du public des pays d'Europe en raison, notamment, de ses effets relaxants.

À l'occasion de l'audition de l'Association européenne du chanvre industriel¹ qu'elle a menée le 22 juillet dernier, la mission a appris que les services de la direction générale Santé et sécurité alimentaire de la Commission européenne avaient indiqué à plusieurs entreprises, qui sollicitaient une autorisation de commercialisation dans le cadre de la procédure d'examen des « nouveaux aliments » (*novel food*) issue du règlement (UE) n° 2015/2283 du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2015, qu'ils considéraient désormais toute molécule extraite de la fleur de chanvre comme un « extrait de cannabis » au sens du tableau I de la Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961². Cette position, présentée sous la forme d'une « conclusion préliminaire », aboutirait, si elle était confirmée, à considérer le CBD extrait de manière naturelle comme un produit stupéfiant et à bloquer toute forme de commercialisation de CBD autre que synthétique.

Un tel positionnement nous paraît difficilement compréhensible compte tenu de la faible toxicité de cette molécule sur l'organisme, qui nous a été confirmée par les experts en pharmacologie et en addictologie entendus par la mission d'information. Cette analyse est, d'ailleurs, partagée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) qui a déclaré en décembre 2017 que le CBD à l'état pur n'était pas nocif pour la santé et a logiquement préconisé qu'il ne puisse plus être interprété comme un « extrait de cannabis » au sens de la convention unique de 1961.

¹ En anglais, *European Industrial Hemp Association* (EIHA).

² Convention unique des Nations unies sur les stupéfiants de 1961 telle que modifiée par le Protocole de 1972.

Le classement du CBD issu de la fleur de chanvre comme un produit stupéfiant aurait également pour conséquence d'interrompre le développement du marché au sein des États membres de l'Union européenne et empêcherait la France de tirer profit de sa position privilégiée de premier producteur européen de chanvre. On peut noter, par ailleurs, que l'autorisation donnée au seul CBD synthétique aura indirectement pour effet de favoriser les grandes entreprises de l'industrie chimique, dont la plupart sont d'origine américaine ou asiatique, au détriment de l'agriculture européenne.

Cette position nous paraît enfin d'autant plus périlleuse qu'elle pourrait être très prochainement remise en cause par la Cour de justice de l'Union européenne (CJUE) à l'occasion d'un renvoi préjudiciel effectué par la Cour d'appel d'Aix-en-Provence en 2018 dans le cadre d'un contentieux portant sur un magasin de cigarettes électroniques au CBD (affaire « Kanavape »). En effet, dans ses conclusions, publiées le 14 mai dernier, l'avocat général près la CJUE estime que « le CBD n'est pas considéré comme un stupéfiant par les conventions internationales auxquelles les États membres sont parties », ce qui l'assujettirait *de facto* au régime de droit commun de libre circulation des marchandises garanti par le traité sur le fonctionnement de l'Union européenne.

C'est la raison pour laquelle nous vous serions reconnaissants de bien vouloir appeler l'attention de la Commission européenne, en particulier de la commissaire chargée de la santé et à la sécurité alimentaire, sur la fragilité de sa position sur le CBD. Afin de ne pas affecter inutilement la filière du chanvre en cette période de crise, il conviendrait que la Commission réévalue son appréciation et accepte, tout au moins, de reprendre l'analyse des demandes d'autorisation qui lui ont été soumises dans le cadre de la procédure d'examen des « nouveaux aliments ».

Nous vous remercions de l'attention que vous voudrez bien porter à ce courrier et vous prions de croire, Monsieur le ministre, à l'assurance de nos respectueuses salutations.



Robin REDA
Président



Jean-Baptiste MOREAU
Rapporteur général



Ludovic MENDES
Rapporteur thématique
« chanvre de bien-être »

Monsieur Jean-Yves LE DRIAN
Ministre de l'Europe et des affaires étrangères

Copie remise pour information à :

Monsieur Olivier VÉRAN,
Ministre des solidarités et de la santé

Monsieur Julien DENORMANDIE
Ministre de l'agriculture et de l'alimentation

ANNEXE 3 : CONTRIBUTION DE M. LAMBERT

Contribution de François-Michel Lambert (Libertés et Territoires)

Je me félicite à la lecture de ce rapport qui devrait permettre de sécuriser la filière française du « cannabis bien être » et d'offrir aux producteurs de chanvre des perspectives pour développer la filière du chanvre bien être qui reste aujourd'hui le domaine réservé d'entreprises étrangères.

Le 20 novembre 2020, la cour de justice de l'union européenne mettait fin à un flou juridique autour de la plante et reconnaissant la licéité de la commercialisation des fleurs de chanvre. C'est l'affaire « Kanavape » qui permet désormais de juger illégal l'interdiction du CBD en France.

Sur « Kanavape », j'ai posé une question écrite à Madame le Garde des sceaux le 1er octobre 2019, <https://questions.assemblee-nationale.fr/q/15/15-23202QE.htm> Par cette question je regrette « le zèle des autorités françaises à poursuivre et à réprimer la vente de fleurs de chanvre et de produit dérivés du CBD, estimant que la justice française « sur transpose » la réglementation européenne. »

Cette question écrite a pour objectif d'ouvrir les yeux des autorités et de contribuer à mettre un frein à la fermeté voire au zèle revendiqués par les autorités françaises pour poursuivre les responsables des boutiques vendant des produits dérivés du cannabis. Un seul exemple de ce zèle avec le témoignage d'une entrepreneuse en boutique CBD qui le 27 janvier 2021, en dépit de la nouvelle réglementation européenne, a fait l'objet d'une perquisition, d'une garde à vue, d'une saisine de ses produits et de 750 € d'amende, pour 60 gr de fleur de CBD. Comment a-t-on en pu arriver à briser des projets professionnels d'implantations de boutiques alors que tout l'environnement juridique penche pour un abandon des politiques prohibitionnistes, ou tout du moins est maintenant clairement déterminé sur le cadre du CBD, tout du moins au niveau européen ?

En réalité, comme en matière de cannabis thérapeutique ou de cannabis récréatif notre pays est trop longtemps resté figé dans des postures idéologiques incompatibles avec les réalités du « cannabis bien être » et de l'évolution de l'usage et de la commercialisation de produits dérivés du CBD partout en Europe et dans le monde.

Le rapport permet une évolution et apporte bien la preuve que le chanvre est un produit plein d'avenir qui présente de réelles opportunités économiques. Le CBD n'est ni un dopant, ni un psychotrope, il répond aux attentes des consommateurs et ne présente aucun risque pour la santé. La filière ne demande qu'à être réglementée et sortir du flou.

Il est nécessaire à présent de suivre les recommandations du rapport et en particulier de mettre en place le cadre réglementaire. Le législateur doit désormais agir pour favoriser la production, l'utilisation, la transformation et la vente des fleurs du chanvre en conformité avec le droit européen en modifiant rapidement l'arrêté du 22 août 1990 portant application de l'article R.5132-86 du code de la santé publique pour le cannabis.

Enfin il est important de favoriser la création d'une filière ouverte qui évite la mise en place de monopoles et favorise les commerces de proximité.

**SOMMAIRE DU RAPPORT
SUR LE CANNABIS RÉCRÉATIF**

	Page
AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT	193
AVANT-PROPOS DU RAPPORTEUR GÉNÉRAL	195
SYNTHÈSE DU RAPPORT	197
LA LÉGALISATION (EN QUESTIONS)	205
INTRODUCTION	209
PREMIÈRE PARTIE : UNE POLITIQUE RÉPRESSIVE EN ÉCHEC, AU DÉTRIMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE	211
I. UNE POLITIQUE PÉNALE RÉPRESSIVE QUI MOBILISE À L'EXCÈS LES FORCES DE L'ORDRE ET CONTRIBUE À L'ENCOMBREMENT DES TRIBUNAUX	214
A. DES FORCES DE L'ORDRE MOBILISÉES À L'EXCÈS	214
1. Une implication toujours plus forte des services de contrôle dans la répression des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS)	215
2. Des interpellations en grande majorité pour usage de stupéfiants	218
3. Des saisies importantes qui témoignent de l'ampleur des trafics	221
4. Un poids croissant pour les finances publiques	221
B. DES TRIBUNAUX ENCOMBRÉS ET UN DISPOSITIF PÉNAL PEU SÉVÈRE AU-DELÀ DE SES APPARENCES RÉPRESSIVES	223
1. Une réponse pénale quasi-systématique	223
2. Des sanctions pénales qui sont <i>de facto</i> peu sévères	225

II. CONSOMMATION RECORD DE CANNABIS EN FRANCE, SENTIMENT D'IMPUNITÉ DES TRAFIQUANTS, ÉCONOMIE SOUTERRAINE : UN BILAN TRÈS INSATISFAISANT AU REGARD DES MOYENS DÉPLOYÉS...	227
A. UNE CONSOMMATION RECORD DE CANNABIS EN FRANCE ET UNE CONSOMMATION JUVÉNILE PARTICULIÈREMENT PROBLÉMATIQUE.....	228
1. Une consommation française record en Europe	228
a. Une consommation en hausse constante depuis trente ans	228
b. Un accroissement des consommations problématiques.....	230
c. La consommation de cannabis des Français : un record en Europe	231
2. Une consommation juvénile, qui a connu un infléchissement, mais qui demeure extrêmement élevée et se caractérise par une forte prévalence des consommations problématiques	232
a. Une consommation parmi les plus importantes d'Europe.....	232
b. Pas de rajeunissement de l'âge de la première expérimentation	234
c. La France, championne des usages problématiques des jeunes	235
3. Un usage banalisé, répandu au sein de toutes les classes sociales, à rebours d'un imaginaire social qui cantonne le cannabis aux milieux défavorisés.....	236
B. UNE POLITIQUE INAPTE À JUGULER LES TRAFICS DE CANNABIS	237
1. Une réponse policière et judiciaire qui n'appréhende qu'une faible partie de la consommation et des trafics	237
2. Une politique de la sanction qui n'a que peu d'effet dissuasif sur des trafics et une consommation qui se banalisent.....	239
C. DES TRAFICS QUI ENGENDRENT DES VIOLENCES, NOTAMMENT DANS DES QUARTIERS DÉFAVORISÉS, ET UNE POLITIQUE RÉPRESSIVE QUI NOURRIT DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES.....	241
1. L'insécurité créée par les trafics dans certains quartiers	241
2. Une répression à géométrie variable.....	244
III. L'IMPÉRATIF D'UNE POLITIQUE SANITAIRE RENDUE DIFFICILE PAR LA PRIORITÉ DONNÉE AU RÉPRESSIF	246
A. LE CANNABIS ET LES JEUNES : ATTENTION DANGER !.....	247
1. De quoi parle-t-on ?	247
a. THC et système nerveux central.....	247
b. Les différentes formes de produit.....	248
c. La composition problématique des produits	250
i. Des produits aujourd'hui très fortement dosés en THC	250
ii. Des produits souvent frelatés.....	252
iii. L'urgence du cannabis de synthèse ou néocannabinoïdes	253

2. Le risque avéré de troubles psychiatriques chez les plus jeunes	254
a. Des données statistiques préoccupantes	254
b. Au-delà des statistiques, une réalité médicale très concrète quant aux effets psychiatriques	256
3. D'autres aspects sanitaires ou sociaux non négligeables	259
a. Des effets certains sur la santé	259
i. Des risques cardiovasculaires accrus	259
ii. Des risques notamment associés aux modes de consommation	259
b. Des conséquences sociales durables et non négligeables	262
B. L'APORIE D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE DANS UN CADRE RÉPRESSIF	263
1. Un corset législatif et réglementaire qui institue une politique pénale inadéquate	264
a. Les dispositions en vigueur dans l'esprit de la loi du 31 décembre 1970	264
i. La dimension pénale	264
ii. Articulation avec le volet sanitaire	265
b. Un cadre qui n'aide ni à la prévention ni à la prise en charge des plus vulnérables	266
i. Une comparaison éclairante avec les dispositions relatives à l'alcoolisme et au tabagisme	266
ii. La perception unanime du corps médical	267
iii. Le constat des acteurs de terrain	268
2. Un cadre politique et institutionnel qui ne facilite pas non plus la politique de santé publique et notamment la prévention	269
a. Une architecture institutionnelle évolutive	269
b. Les plans gouvernementaux de lutte contre la drogue et les conduites addictives ..	271
i. Les difficultés récurrentes d'une action de santé publique cohérente, notamment en matière de prévention	271
ii. Qu'en est-il aujourd'hui ?	272
3. L'heure du bilan	273
a. Une évolution problématique	273
i. Les effets pervers du glissement progressif vers le répressif	273
ii. L'injonction thérapeutique, un dispositif en voie de disparition ?	274
b. Focus sur la prévention en milieu scolaire	276
i. La politique mise en œuvre	276
ii. Les moyens de la prévention	277
iii. La perception des acteurs	279

DEUXIÈME PARTIE : SUCCÈS ET ÉCUEILS DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES	281
I. FACE À L'ÉCHEC DE LA « GUERRE CONTRE LA DROGUE », UNE SITUATION INTERNATIONALE EN PLEINE ÉVOLUTION	283
A. LA LENTE CONSTRUCTION D'UN DROIT INTERNATIONAL PROHIBITIONNISTE TOUT AU LONG DU VINGTIÈME SIÈCLE	283
1. L'opium au cœur des efforts de structuration d'un dispositif de contrôle international des produits stupéfiants (1909-1936).....	283
2. L'option résolument prohibitionniste de la Convention de Vienne de 1961	286
3. L'approfondissement de la logique répressive internationale dans le cadre de la « guerre contre la drogue » lancée par les États-Unis (1972-1988).....	288
B. UN ÉDIFICE JURIDIQUE INTERNATIONAL AUJOURD'HUI EN PLEINE RECOMPOSITION	289
1. Face à ses échecs de plus en plus visibles, le « consensus global » autour du régime prohibitionniste se fissure	289
2. Les expériences nationales de dépénalisation et de légalisation des drogues conduisent inévitablement le dispositif international de contrôle à évoluer de manière progressive	294
II. L'URUGUAY : UN MODÈLE DE LÉGALISATION FONDÉE SUR UN FORT CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE LA PRODUCTION À LA DISTRIBUTION	299
A. LE CONTEXTE DE LA LÉGALISATION	299
1. Le contexte politique et sanitaire	299
2. Le processus politique	300
B. UN MODÈLE REPOSANT SUR UN FORT CONTRÔLE DE L'ÉTAT, DE LA PRODUCTION À LA DISTRIBUTION	302
C. BILAN DE LA LÉGALISATION	303
1. Une mise en œuvre retardée et difficile	303
2. Une production insuffisante pour assécher le marché noir.....	304
3. Une augmentation des violences dont le lien avec la réforme est difficile à établir	304
4. Une augmentation de la consommation à relativiser	304
III. LES ÉTATS-UNIS D'AMÉRIQUE	305
A. UN REGARD D'ENSEMBLE SUR L'ÉTAT DE LA QUESTION AUX ÉTATS-UNIS	306
B. LES OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA LÉGALISATION	307
1. La production et la distribution.....	308
2. Un accès restreint aux produits.....	309
3. Des recettes fiscales importantes	309
4. Les mesures d'accompagnement	313

C. UN PREMIER BILAN DU MOUVEMENT DE LÉGALISATION AUX ÉTATS-UNIS	314
1. Enjeux de santé publique et conséquences sanitaires	315
2. Impacts de la légalisation sur la criminalité et le marché noir.....	317
IV. LE CANADA : UNE POLITIQUE DE LÉGALISATION ET DE RÉGLEMENTATION QUI SE VEUT UNE « TROISIÈME VOIE » ENTRE LES MODÈLES URUGUAYEN ET AMÉRICAINS	318
A. LE CONTEXTE DE LA LÉGALISATION.....	318
1. Le contexte sanitaire	318
2. Des réseaux criminels puissants.....	319
3. Le contexte politique.....	320
4. Le processus politique de légalisation	320
B. LES OBJECTIFS DE LA LÉGALISATION	322
C. UNE LOI FÉDÉRALE ET DES DÉCLINAISONS LOCALES.....	322
1. Le socle de règles fixé par la loi fédérale	322
2. Des déclinaisons territoriales	324
3. Prévention et protection des plus jeunes.....	325
D. BILAN DE LA LÉGALISATION.....	325
1. Évolution de la consommation de cannabis depuis la légalisation.....	326
a. Une consommation générale en légère augmentation mais une consommation quotidienne stable.....	326
b. Une légère diminution de la consommation des jeunes ainsi qu'un recul de l'âge de la première consommation.....	326
2. Évolution du marché noir du cannabis depuis la légalisation.....	327
3. Des effets sur la réorganisation des forces de police et sur le fonctionnement de la justice encore difficile à estimer.....	327
4. Des effets sur la sécurité routière qu'il est trop tôt pour mesurer	328
5. Recettes fiscales.....	329
6. Contribution du cannabis non-médical à la croissance.....	329
V. L'EUROPE À LA CROISÉE DES CHEMINS : UN RELÂCHEMENT PROGRESSIF DE LA PROHIBITION SANS VÉRITABLE LÉGALISATION....	330
A. LA DIVERSITÉ DES LÉGISLATIONS APPLICABLES AU CANNABIS EN EUROPE.....	330
1. Le « socle minimal » de coordination des politiques pénales anti-stupéfiants au sein de l'Union européenne.....	330
2. Panorama des législations applicables au cannabis sur le continent : une évolution progressive effectuée en ordre dispersé	333
3. Les incertitudes entourant le projet de légalisation luxembourgeois.....	336

B. LE CONTRE-EXEMPLE HOLLANDAIS.....	337
1. Le choix d'une dépénalisation plus ou moins assumée et organisée autour de la distinction entre « drogues douces » et « drogues dures ».....	337
2. Les « coffee shops » au cœur du système de distribution néerlandais.....	339
3. La remise en cause actuelle d'un modèle incapable de réguler l'offre de cannabis sur le marché	341
C. LE PORTUGAL : UNE DÉPÉNALISATION DE L'USAGE DES DROGUES DANS UN OBJECTIF DE SANTÉ PUBLIQUE.....	342
1. Le contexte de la dépénalisation	343
2. Le processus politique de dépénalisation.....	344
3. Une approche avant tout sanitaire.....	345
a. Dépénalisation de l'usage personnel et répression pénale en cas de trafic	345
b. Une politique de développement des soins, de la prévention, de l'éducation et de réinsertion.....	346
4. Bilan de la dépénalisation	348
a. La situation géographique du Portugal en fait un pays de transit pour les trafics de stupéfiants.....	348
b. Une diminution de la consommation d'héroïne et une hausse de la consommation de cannabis.....	349
c. Un désengorgement des tribunaux.....	350
d. Des commissions de dissuasion de la toxicomanie dont les financements sont aujourd'hui menacés	350
e. Un refus de légaliser le cannabis	351
TROISIÈME PARTIE : QUEL MODÈLE DE RÉGULATION DU CANNABIS EN FRANCE ?.....	353
I. PRENDRE EN COMPTE L'ÉVOLUTION DE LA SENSIBILITÉ DES FRANÇAIS.....	355
A. LES CONSTATS PARTAGÉS PAR LES CITOYENS	355
1. La perception de la dangerosité du cannabis	355
2. Un dispositif réglementaire jugé inefficace	357
3. Des politiques de prévention insuffisantes	360
B. LA RÉVISION DE LA RÉGLEMENTATION : UNE DEMANDE DÉSORMAIS FORTEMENT EXPRIMÉE.....	362
II. REPRENDRE LE CONTRÔLE : MÉTHODE ET OBJECTIFS D'UNE SORTIE RÉUSSIE DE LA PROHIBITION	365
A. « CANNABIS : OUVRONS LE DÉBAT ! » ⁰.....	366
1. De plus en plus d'élus s'expriment pour lancer le débat	366
2. Acteurs de terrain et observateurs en faveur d'un large débat.....	369

3. ... que les citoyens plébiscitent massivement.....	371
a. Des sondages d'opinion très révélateurs	371
b. Sur le terrain aussi, l'exemple des habitants de Villeurbanne.....	372
B. TRACER UNE FEUILLE DE ROUTE	374
1. Le choix de la méthode	374
a. Un grand débat national	374
b. La voie référendaire	374
c. Un débat parlementaire	375
2. Les objectifs à poursuivre	375
a. Réduire la délinquance dans un souci de justice sociale.....	375
b. Assécher le marché noir.....	377
c. Protéger notre jeunesse, objectif premier de santé publique	377
d. Développer les actions de prévention, notamment en direction des plus jeunes, et l'éducation à l'usage	378
e. Éviter l'apparition d'un « Big cannabusiness ».....	380
f. Développer une nouvelle filière économique	382
3. Dépénalisation ou légalisation ?	383
a. La dépénalisation	384
b. La légalisation régulée	386
III. COMMENT LÉGALISER ? UN MODÈLE FRANÇAIS À INVENTER	387
A. COMMENT PRODUIRE EN FRANCE ?	387
1. Quel cadre fixer à la production ?.....	387
a. Un monopole étatique ?	387
b. Confier la production au secteur privé ?	388
c. Autoriser l'autoproduction ?.....	389
2. Quelques questions à privilégier en matière de production	391
a. Contrôler la production : une exigence de santé publique	391
b. Prendre en compte la dimension patrimoniale et commerciale.....	392
c. Les problématiques environnementales	393
d. Faut-il prévoir un taux maximum de THC ?	394
B. QUEL CIRCUIT DE DISTRIBUTION ORGANISER ?	394
1. Le modèle étatique.....	395
2. Quelle structure de distribution privée pour lutter contre le marché noir ?	397
a. Un modèle propre à réduire la consommation.....	397
b. Des conditions d'accès à la qualité de distributeur à déterminer	398
c. Prévoir un encadrement spécifique et rigoureux de la distribution	398
d. Quels produits distribuer ?	399

3. Un modèle additionnel crédible : les cannabis social clubs.....	402
C. RÉDUIRE LE MARCHÉ NOIR : LA QUESTION CRUCIALE DES PRIX ET DE LA FISCALITÉ.....	404
1. Comment et pourquoi ajuster prix et fiscalité ?	404
a. Les prix comme instruments de la régulation dans une optique sanitaire.....	404
b. Pertinence d'une fiscalité évolutive et autres questions	405
c. Le contre-exemple américain ⁰	406
2. Le jeu de l'offre et de la demande	408
D. LES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE	409
1. Faut-il une « loi Évin » du cannabis ?	409
2. Comment renforcer les politiques d'éducation à l'usage et de prévention chez les jeunes ?	411
a. Comment développer les compétences psychosociales des plus jeunes ?	411
b. Le repérage précoce.....	413
3. Comment favoriser une politique de réduction des risques ?	414
a. La réduction des risques.....	415
b. Sensibiliser les parents et les adultes	415
c. Mieux lutter contre les consommations à risque	415
4. Faut-il autoriser la consommation dans la rue ?	416
5. Comment agir en matière de prévention routière ?.....	417
E. REPENSER LA QUESTION RÉPRESSIVE.....	418
1. Comment favoriser la réinsertion des petites mains du trafic ?	418
a. Comment valider les compétences ?.....	418
b. Faut-il amnistier et réinsérer les anciens trafiquants ?.....	419
2. Comment éviter le report des trafics sur d'autres produits ?	420
F. QUEL DISPOSITIF INSTITUTIONNEL POUR GÉRER LA POLITIQUE DU CANNABIS ?.....	422
1. Faut-il prévoir une agence du cannabis ?.....	422
2. Quelle affectation pour les recettes fiscales issues du cannabis ?	424
ANNEXE 1 : BILAN DE LA CONSULTATION CITOYENNE	427
ANNEXE 2 : CONTRIBUTION DE M. LAMBERT.....	455

AVANT-PROPOS DU PRÉSIDENT

Ce dernier rapport d'étape vient compléter un travail de fond de plus d'un an réalisé par la Mission d'information sur la réglementation et l'impact des différents usages du cannabis. Conformément au souhait des six commissions permanentes qui l'ont constituée, elle aura abordé tous les aspects de ce sujet sensible y compris dans ses dimensions les plus polémiques.

Malgré l'ouverture de l'expérimentation du cannabis thérapeutique pour les patients atteints de maladies entraînant de graves douleurs, et la mise en vente légale de produits non-stupéfiants à base de Cannabidiol (CBD), le cannabis est plus souvent renvoyé à son usage stupéfiant lié à la molécule de THC et aux lourdes conséquences sanitaires et sécuritaires qui en découlent.

Les préoccupations quant à la dangerosité du cannabis ont été au cœur des échanges de la mission d'information. Jamais les rapporteurs ou ses membres n'ont émis le souhait d'une quelconque promotion de l'usage de cannabis. Ils ont malheureusement fait l'amer constat que la consommation de cette drogue était déjà banale aux yeux de millions de Français, notamment les plus jeunes d'entre eux. Il est clair que l'État assiste impuissant à la montée d'une acceptabilité sociale de l'usage du cannabis comme cela est déjà le cas pour l'alcool, anormalement associé à des images positives de convivialité et d'art de vivre.

Qu'il soit bien clair ici que le cannabis est une drogue dont il convient d'appréhender les effets délétères pour la santé avec rigueur et responsabilité. La prévention des risques demeure pourtant le parent pauvre de notre politique de lutte contre les substances psychotropes, notamment auprès des jeunes publics. Quand l'interdit ne dissuade plus, comment convaincre de la dangerosité de ces produits ?

L'instauration d'une amende forfaitaire délictuelle pour usage de stupéfiant, dont j'avais préconisé la mise en œuvre dans un précédent rapport, permet désormais de réguler les usages dans l'espace public. Toutefois, la France ne s'est pas dotée d'un arsenal sanitaire complémentaire pour faire diminuer le nombre de consommateurs, qui continuent d'être la cible principale de la répression au profit des trafiquants qui les fournissent. Il faut saluer ici le dévouement et le professionnalisme de nos forces de l'ordre qui, partout sur le territoire national, se mobilisent avec les moyens dont ils disposent pour tenir les Français à l'abri des méfaits des trafics de drogue.

Je veux saluer le travail de la mission d'information qui a tenté d'objectiver les ressorts d'un mal français. Notre pays est en effet le plus touché par la consommation de cannabis en dépit de sa législation actuelle.

Sans partager tous les points de vue des rapporteurs sur les réponses à apporter pour mieux lutter contre la drogue et loin d'une démarche militante en faveur de tel ou tel modèle de réglementation, je ne peux que témoigner de la qualité de la méthode employée pour une approche rationnelle du sujet.

La diversité des acteurs entendus lors des multiples auditions et les nombreuses comparaisons étrangères, malgré l'impossibilité des déplacements en raison de la crise sanitaire, permettent bien de situer la politique française de lutte contre l'usage des stupéfiants parmi les moins efficaces au monde. Le manque de recul sur l'efficacité réelle de ces législations internationales volontaristes est néanmoins à prendre en compte.

Enfin, le Gouvernement a récemment rappelé son opposition à toute forme de légalisation du cannabis et les Français restent durablement divisés sur cette question. À ce jour, envisager une évolution législative encadrant le cannabis stupéfiant demeure donc prématuré car conditionné à la tenue d'un débat national éclairé et serein.

Robin Reda

AVANT-PROPOS DU RAPPORTEUR GÉNÉRAL

En septembre dernier, la mission d'information parlementaire dont j'ai l'honneur d'être le rapporteur général, rendait son rapport sur le cannabis thérapeutique. En février dernier, la mission rendait ses conclusions et préconisations sur la question du chanvre bien-être (CBD).

Le cannabis récréatif est le troisième volet du travail de la mission d'information, lancée il y a un an et demi à l'Assemblée nationale.

Pour aborder le sujet, de la manière la plus pragmatique et complète possibles, la mission d'information a entendu – au cours de 34 table rondes ou auditions – 103 personnalités issues du monde politique, associatif, journalistique, médical et psychiatrique, syndical mais aussi des magistrats, des élus locaux et des membres du système éducatif (parents d'élèves, établissements publics etc).

La mission d'information a souhaité, dès ses premières auditions, mener son travail de façon dépassionnée en choisissant trois grands axes :

- l'analyse des politiques publiques concernant le cannabis récréatif ;
- l'analyse de la réglementation dans d'autres pays ;
- et l'élaboration d'un modèle de réglementation « à la française ».

Après six mois d'auditions, le constat que nous dressons dans ce rapport est sans appel ; les politiques publiques menées depuis des dizaines d'années ne portent pas leurs fruits et ne parviennent ni à enrayer les trafics, ni à diminuer la consommation de cannabis en France.

Avec plus d'un million de consommateurs quotidiens en France, notre pays est l'un des plus gros consommateurs de cannabis et parallèlement, celui dont les politiques publiques répressives sont les plus dures. C'est pourquoi nous arrivons à la conclusion que notre système est inadapté.

Cependant, si l'exécutif semble d'ores et déjà avoir fermé la porte de la légalisation (une position réaffirmée à la suite de l'émoi suscité par l'irresponsabilité pénale de l'assassin de Sarah Halimi), la mission d'information insiste sur le fait que la convocation de ce débat – et de la manière la plus large possible – s'avère aujourd'hui pourtant indispensable.

Jean-Baptiste Moreau

SYNTHÈSE DU RAPPORT CANNABIS : LÉGALISER, ENCADRER, PROTÉGER

Qu'on le désigne par ses acronymes familiers (« joint », « beuh », « ganja »⁽¹⁾, *etc.*) ou historiques (« marijuana », « haschich », « kiff », *etc.*), le cannabis utilisé à des fins récréatives **ne laisse personne indifférent**. La multitude des discours militants, qu'il s'agisse de maintenir la prohibition ou, au contraire, de la lever, rend d'autant plus délicate la recherche d'un point de vue équilibré sur la question.

Dans un souci d'exhaustivité et d'objectivité, la rapporteure a décidé d'aborder la politique française de répression du trafic et de l'usage du cannabis sous **un angle méthodologique proche du contrôle de gestion**, c'est-à-dire en effectuant un rapprochement entre les moyens engagés et les résultats obtenus compte tenu des orientations fixées dans le cadre d'une démarche stratégique préalable⁽²⁾.

S'agissant des produits stupéfiants, les objectifs ont peu varié au fil du temps et s'articulent autour de **la résorption de la consommation**, notamment dans une optique de santé publique, et de **la lutte contre les trafics**, perçue comme un moyen d'améliorer la sécurité dans les quartiers les plus affectés⁽³⁾.

Dans son analyse, la rapporteure s'est donc attachée à évaluer **la réalité de l'effort entrepris par les administrations concernées**, c'est-à-dire les services de contrôle (police, gendarmerie et douane) et les juridictions pénales. Au-delà du seul nombre de personnes interpellées pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), les parlementaires se sont efforcés d'obtenir une estimation du coût que représentent ces contrôles pour les finances de l'État et ont souhaité avoir des précisions sur la manière dont les sanctions prévues par la loi étaient mises en œuvre.

À cette fin, les représentants de la direction générale de la police nationale (DGPN) et de direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) ainsi que de la Conférence nationale des procureurs généraux (CNPG) ont été auditionnés. Diverses données statistiques, collectées au plus près du terrain sur une longue période par les chercheurs de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), ont pu également être exploitées.

L'estimation de la consommation de cannabis, tant au titre de son évolution générale que du profil des principaux usagers, s'est appuyée, pour une

(1) Selon les dictionnaires d'argot français, il y aurait plusieurs dizaines de mots pour désigner un produit à fumer à base de cannabis.

(2) Définition du contrôle de gestion figurant dans la circulaire ministérielle n° 1B-01-065 du 21 juin 2001.

(3) « Je parle de violence, de conditions de vie, mais je pourrais aussi parler de santé ou d'impact sur notre environnement » (Christophe Castaner, ministre de l'intérieur, lors de la présentation à Marseille du plan national de lutte contre les stupéfiants le 17 septembre 2019).

large part, sur les travaux réalisés sur ce sujet par l'OFDT et son pendant européen, l'Office européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). L'enquête réalisée par l'OFDT sur les Français de dix-sept ans dans le cadre de la journée d'appel de préparation à la défense ⁽¹⁾ offre un éclairage précieux sur ce que représente aujourd'hui le cannabis récréatif parmi les jeunes générations. Le point de vue de certains sociologues a, par ailleurs, été sollicité afin de compléter utilement cet état des lieux chiffré.

Afin d'évaluer l'**impact** de cette consommation d'un point de vue **sanitaire** et **sécuritaire**, la mission a fait appel à **une large palette de spécialistes** : des médecins et chercheurs couvrant les domaines de santé concernés (addictologie, psychiatrie, pédopsychiatrie, toxicologie et pharmacologie), des sociologues ayant travaillé sur les populations touchées par les phénomènes de drogues, des experts en criminologie ⁽²⁾ ainsi qu'une journaliste d'investigation et un ancien policier britannique infiltré dans les milieux de la drogue ⁽³⁾. Il est apparu également nécessaire de consulter les principaux acteurs de terrain au contact des usagers, à savoir des **maires** de communes urbaines, des **associations** spécialisées dans les addictions et des représentants des **personnels** de l'éducation nationale.

Les conclusions qui découlent de ces travaux sont sans appel : la politique répressive française coûte cher et mobilise à l'excès les forces de l'ordre sans pour autant contribuer, même de manière marginale, à la résorption de l'usage et du trafic de cannabis.

Les services de contrôle redoublent aujourd'hui d'efforts, notamment en direction des usagers, et une réponse pénale est désormais presque systématiquement apportée à chaque infraction détectée. **L'administration est, ici, exemplaire dans la mise en œuvre des instructions gouvernementales** appelant sans relâche à l'intensification des sanctions.

En dépit de cette mobilisation, **l'État assiste de manière impuissante à la banalisation du cannabis chez les jeunes et à la détérioration de la sécurité** dans certains quartiers urbains depuis de nombreuses années. Outre la lassitude, bien compréhensible, de certains fonctionnaires à l'idée de « vider l'océan à la petite cuillère ⁽⁴⁾ », la mission d'information constate avec inquiétude **qu'un abîme s'est créé entre le discours politique, à tonalité volontariste, et la réalité sociale des zones urbaines affectées, où dominent violence et désespoir.**

La rapporteure s'inquiète d'autant plus que la communauté scientifique a, de manière unanime, **rappelé les effets néfastes du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), le principe actif du cannabis, sur le cerveau des jeunes consommateurs.**

(1) *Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD).*

(2) *Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) avant sa dissolution fin 2020, laboratoire d'idées Terra Nova, etc.*

(3) *M. Neil Woods (LEAP UK), auditionné le 20 janvier 2020.*

(4) *Expression utilisée par M. Mathieu Zagrodzki, auditionné le mercredi 3 février 2021 par la mission d'information pour son rapport effectué pour le laboratoire d'idées Terra Nova (cf. infra).*

Les risques de troubles psychiatriques sont avérés lorsque l'usage est précoce et s'accroissent aujourd'hui en raison des fortes concentrations disponibles sur les marchés clandestins. Par ailleurs, les moyens alloués à la prise en charge sanitaire des usagers et à la prévention en milieu scolaire ne sont définitivement pas à la hauteur des enjeux.

Alors que l'État semble s'engager, une fois de plus, dans une nouvelle « guerre contre les drogues » à la faveur d'un plan national anti-stupéfiants et du déploiement d'un dispositif d'amende forfaitaire, **la rapporteure estime que cette politique est « condamnée à échouer comme les précédentes ⁽¹⁾ » et appelle à un véritable changement de cap.**

La France est loin d'être isolée dans ses tentatives de résorber les problèmes de société liés aux drogues et, plus particulièrement, à la consommation et au trafic de cannabis. Quelle que soit la région du monde où ils se situent, les États sont confrontés à la délicate question des méthodes les plus pertinentes pour faire face à ces questions.

Compte tenu de l'échec, tout aussi indéniable qu'inquiétant, de la politique répressive menée par la France depuis 1970, la mission d'information a décidé de **passer au crible un certain nombre d'expériences étrangères**, notamment celles qui ont consisté à rompre avec l'option d'une prohibition absolue (production, distribution et usage) en Europe (Pays-Bas, Portugal et Luxembourg) et sur le continent américain (Uruguay, Canada et États-Unis). Une fois encore, les parlementaires se sont efforcés de ne pas porter un quelconque jugement « moral », positif ou négatif, sur les orientations mises en œuvre par ces pays, mais de **jauger l'efficacité des mesures prises au regard des objectifs affichés**, tant en termes de sécurité que de santé publique.

À chaque fois, la rapporteure ne s'est pas contentée d'effectuer une description du contenu des dispositifs mis en œuvre : elle s'est également attachée à présenter **les conditions d'émergence, tant politiques que sociales, de ces réformes**. Au-delà des aspects techniques des textes votés et des structures mises en place, les politiques de résorption ou de régulation des drogues ne font souvent que refléter une trajectoire historique propre au pays concerné. En effet, il importe d'avoir conscience de ces spécificités nationales afin d'éviter l'écueil méthodologique d'une application sans discernement de mesures étrangères à un pays comme la France, dont les traditions sociologiques et politiques sont parfois bien différentes de celles de ses partenaires.

Bien évidemment, **il n'a pas été possible d'effectuer les déplacements envisagés ni d'auditionner l'ensemble des pays concernés** : seuls les

(1) Termes employés dans le journal *Libération* du 17 octobre 2019 par M. Michel Kazatchkine et Mme Ruth Dreifuss, membres de la Commission globale de politique en matière de drogues, en réponse à l'annonce du plan national anti-stupéfiants français du 17 septembre 2019.

représentants de l'État du Colorado et du service portugais anti-drogues ⁽¹⁾ ont par ailleurs pu être entendus par la mission d'information. Toutefois, la documentation disponible, qu'il s'agisse des données rendues publiques par les autorités nationales elles-mêmes ou des présentations effectuées dans des revues spécialisées, est suffisamment vaste pour permettre une revue de chacune des législations ciblées. Par ailleurs, la mission a appuyé ses analyses à partir des éléments figurant dans les synthèses européennes et internationales publiées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

Pour chacun des pays concernés, la rapporteure a rappelé le cadre juridique international dans lequel ces réformes ont été menées. **Celui-ci constitue une donnée centrale du problème.** Depuis la première conférence sur l'opium, qui s'est tenue à Shanghai en 1909, un volet important du droit international public s'est constitué en matière de contrôle des produits stupéfiants.

Tout en élargissant son périmètre géographique, ce corpus juridique s'est durci au fur et à mesure des années jusqu'à **constituer l'expression quasi-parfaite d'un consensus international autour de la prohibition à la fin du siècle dernier** ⁽²⁾. Face à l'échec mondial des politiques répressives et à la multiplication des initiatives nationales destinées à sortir du cercle vicieux de l'échec, ce consensus est aujourd'hui fragilisé et pourrait être sérieusement remis en cause dans les prochaines années.

Parmi ces expériences étrangères, celles engagée par **l'Uruguay** en 2013 ont indubitablement été perçues comme la rupture la plus nette du consensus international. La réforme, initiée au plus haut niveau du pouvoir politique, s'est logiquement traduite par la mise en place d'un modèle de légalisation du cannabis appuyé sur **un fort contrôle de l'État**, depuis la production jusqu'à la distribution. Sans doute les retards dans la mise en œuvre des infrastructures de production et de distribution ont-ils joué un rôle majeur dans le bilan de cette légalisation, pour l'instant en demi-teinte.

À l'inverse de l'Uruguay, **les États-Unis** ont rapidement évolué sous l'influence de certains États « précurseurs » tels que le Colorado, Washington, l'Oregon et l'Alaska qui se sont engagés au début des années 2010 dans la voie d'une légalisation du cannabis **sur le modèle de l'économie de marché**. La production et la distribution s'articulent autour d'un système de licences professionnelles confiées à des opérateurs privés. **Le Canada** a, pour sa part, opté en 2018 pour **une voie médiane** associant, selon la province ou le territoire considéré, des monopoles publics et des opérateurs privés sous licence. Dans les deux pays, des règles strictes ont, par ailleurs, été édictées pour protéger les mineurs et une fiscalité spécifique a été mise en place.

(1) *Service portugais d'intervention pour les comportements d'addiction et de dépendance (SICAD), dont le président (professeur João Goulão) a été auditionné le 3 février 2021.*

(2) *Une troisième convention internationale anti-drogues, consacrée à la lutte contre les trafics, a été signée le 20 décembre 1988 dans le cadre des Nations unies.*

Les expériences américaines et canadiennes sont encore trop récentes pour que l'on puisse en tirer un bilan définitif. Toutefois, il ressort des premières données disponibles que la consommation des plus jeunes n'a pas été stimulée par le changement de législation et, **dans le cas du Canada, il semble même qu'elle ait légèrement diminué**. Par ailleurs, la part du marché noir dans la consommation, même si elle n'a pas totalement disparu, apparaît de plus en plus clairement en perte de vitesse par rapport aux circuits légaux de distribution.

Face aux réformes de grande ampleur menées outre-Atlantique, la situation européenne paraît encore relativement figée. À l'exception du Portugal, qui se distingue par une législation audacieuse consistant, depuis 2000, à dépénaliser l'usage de tout produit stupéfiant en deçà d'un certain seuil et à traiter le consommateur comme un « patient » nécessitant un traitement médical, aucun pays ne s'est engagé, pour le moment, sur la voie d'une véritable rupture du consensus international. Même le Luxembourg, qui avait annoncé une réforme en ce sens en 2018, semble aujourd'hui hésiter à avancer. Quant aux Pays-Bas, sa réputation de « paradis des fumeurs de joints » cache, en réalité, **un simple modèle de dépénalisation non entièrement assumée.**

Plus de cinquante ans après l'entrée en vigueur de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, la France est comme on l'a vu toujours prisonnière d'une ornière idéologique qui l'empêche de se dégager d'une impasse sécuritaire et sanitaire qu'elle a elle-même créée. Notre pays, qui a pu côtoyer pendant des siècles la plante de chanvre jusqu'à en être le principal producteur européen, **reste aujourd'hui à l'écart des innovations réglementaires** qui, comme en témoignent les analyses effectuées en deuxième partie, essaient de plus en plus à travers le monde.

Alors qu'elle entamait le troisième cycle de ses auditions, qui faisaient apparaître crûment l'échec de la litanie répressive, la mission d'information entendait résonner dans l'actualité récente les discours politiques campant sur l'idée simple que « le cannabis, c'est de la merde ⁽¹⁾ » ou qu'il « n'y a pas de drogue douce » mais un « fléau que nous devons combattre ⁽²⁾ ». **Plus encore que le manque de résultats de la prohibition, c'est la persistance de tels discours réducteurs qui étonne à une époque où l'évidence d'un changement s'impose.**

Comme l'écrivait, il y a dix ans, M^{me} Ruth Dreifuss, ancienne présidente de la Confédération suisse et membre fondatrice de la Commission globale sur les politiques en matière de drogues ⁽³⁾, il importe de « **briser le tabou qui pèse sur le débat et la réforme. C'est maintenant qu'il faut agir !** ⁽⁴⁾ ».

(1) *Propos tenus par le ministre de l'intérieur le 14 septembre 2020.*

(2) *Extraits d'une tribune publiée par 80 députés Les Républicains le 3 octobre 2020 dans le Journal du Dimanche.*

(3) *Organisation non gouvernementale créée en 2011 afin de réformer les politiques anti-drogues au niveau international.*

(4) *Rapport « La Guerre aux drogues » (juin 2011), p. 3.*

L'ouverture d'un tel débat, qui était impensable il y a encore dix ou vingt ans, apparaît aujourd'hui envisageable, car **l'état d'esprit de l'opinion publique a évolué, à contre-courant des rhétoriques martiales**. La mission d'information a longuement examiné les résultats de plusieurs consultations, notamment celles effectuées par des instituts de sondage (IFOP, CSA) ainsi que celle engagée en 2019 par la municipalité de Villeurbanne : toutes montrent chez les Français la prise de conscience de l'inanité du *statu quo*. En ce sens, il n'est guère surprenant que la consultation citoyenne initiée par l'Assemblée nationale au début de cette année ait rencontré un tel succès et abouti à des constatations similaires.

Une fois posé le principe même d'un débat, encore faut-il en prévoir les modalités. Sur ce point, la rapporteure estime nécessaire d'élargir le champ de la discussion au-delà des alcôves occupées par les experts ou les militants.

Les autorités politiques ne sauraient se priver sur un sujet aussi sensible de **tous les outils de mobilisation nationale qui sont à leur disposition, y compris la voie référendaire.**

Le débat devra, par ailleurs, aborder de front la question des objectifs de la réforme. La rapporteure en a identifié six : réduire la délinquance dans un souci de justice sociale, assécher le marché noir, protéger notre jeunesse, développer les actions de prévention, notamment en direction des plus jeunes, et l'éducation à l'usage, éviter l'apparition d'un « Big cannabusiness » et, enfin, permettre le développement d'une filière économique nouvelle.

Par ailleurs, la multiplicité des expériences étrangères a convaincu la rapporteure qu'il n'existait pas un seul modèle de régulation des produits stupéfiants et que **le seul fait de se positionner en faveur de la légalisation du cannabis ne faisait qu'ouvrir d'autres questions, toutes aussi complexes et sensibles. Selon les réponses que l'on apporte à chacune de ces questions, les effets sur chacun des objectifs identifiés ne seront pas le même.**

L'objectif est bien de définir un **modèle français de légalisation réglementée** qui tienne à la fois compte des succès et des échecs des expériences étrangères et des spécificités politiques, historiques et culturelles de notre pays.

Il convient, tout d'abord, de définir un **circuit de production et de distribution**, c'est-à-dire de déterminer qui sera autorisé à produire et à vendre du cannabis à usage récréatif. L'option d'un monopole public est possible, mais d'autres solutions, plus proches du modèle de l'économie de marché, peuvent être mises en œuvre. La question du statut à donner à **l'autoproduction** devra également être tranchée.

L'existence d'un marché du cannabis avec une offre et une demande, que celui-ci soit réglementé ou non, amène inévitablement à **s'interroger sur les modalités de fixation du prix**. Celui-ci devra être en mesure d'assurer une rémunération aux producteurs et aux distributeurs tout en étant suffisamment bas pour « assécher » le marché noir. Dans une optique similaire, la mission d'information appelle les pouvoirs publics à ne pas s'engager, surtout dans un premier temps, sur la voie d'un mécanisme de taxation trop lourd.

Dans une approche prohibitionniste, les autorités pouvaient fermer les yeux sur les questions sanitaires liées à la consommation de cannabis. **Avec la légalisation, il ne sera désormais plus possible d’esquiver le sujet** : le débat devra déterminer, par exemple, l’étendue des formes de publicité à donner aux produits, définir les lieux publics où l’usage restera éventuellement interdit et maintenir des restrictions d’accès pour les mineurs. **En ce sens, une « loi Évin » du cannabis est certainement indispensable.**

L’impact de la légalisation sur les réseaux criminels ne peut, à ce stade, être connu à l’avance. Si l’on peut s’attendre à une déstabilisation des circuits actuels, la rapporteure appelle à la **réinsertion des anciens trafiquants** et au **renforcement des sanctions** contre ceux qui poursuivront leurs activités illégales. La régulation du cannabis doit être envisagée dans le sens d’une amélioration de la sécurité des zones urbaines.

La rapporteure a souhaité **laisser au débat toute sa place pour répondre à chacune des questions posées par la légalisation**. Elle insiste, en tout cas, sur la nécessité de tourner la page des polémiques stériles et, pour notre pays, de « reprendre le contrôle ⁽¹⁾ » d’un secteur en déshérence depuis bien trop longtemps.

(1) Formule employée par le Conseil d’analyse économique dans sa note n° 52 (juin 2019).



La légalisation du cannabis en question(s)

La mission d'information relative à la réglementation et à l'impact des différents usages du cannabis, présidée par Robin Reda et dont le rapporteur général est M. Jean-Baptiste Moreau, a adopté le 5 mai 2021 le rapport thématique de M^{me} Caroline Janvier consacré au cannabis dit « récréatif ».

Faisant le constat de l'échec de la politique répressive menée depuis 50 ans, tant en termes de sécurité que de santé publique, et constatant l'évolution de l'opinion publique, le rapport se prononce en faveur d'une légalisation encadrée du cannabis et propose de lancer un grand débat national sur ce sujet.

Après avoir identifié les objectifs à poursuivre, le rapport dresse la liste des questions auxquelles le débat public doit répondre afin de reprendre le contrôle des trafics et protéger notre jeunesse.



Les objectifs de la légalisation

- Protéger notre jeunesse
- Assécher le marché noir
- Réduire la délinquance
- Développer les actions de prévention et d'éducation à l'usage
- Développer une nouvelle filière économique
- Eviter l'apparition d'un « Big cannabisbusiness »



Comment encadrer la production ?

- Peut-on produire en France ?
- Faut-il prévoir un monopole étatique ?
- Doit-on confier la production au secteur privé ?
- Faut-il autoriser l'autoproduction ?
- Faut-il prévoir un taux maximum de THC ?
- Comment veiller à la qualité du cannabis
- Comment limiter les effets sur l'environnement ?



Quel modèle de distribution du cannabis ?

- Faut-il autoriser la vente chez les buralistes ?
- Doit-on prévoir un réseau de boutiques spécialisées
- Quel maillage territorial envisager ?
- Les Cannabis social club sont-ils une bonne solution ?
- Faut-il autoriser la vente en ligne et les livraisons à domicile ?
- Quels types de produits à base de cannabis doit-on autoriser ?





Comment donner la **priorité à la santé publique** ?

- Faut-il une loi Evin du cannabis encadrant la publicité ?
- A partir de quel âge doit-on autoriser la consommation de cannabis ?
- Comment moderniser et innover en matière de prévention et de réduction des risques ?
- Comment rendre plus efficace les interventions en milieu scolaire ?
- Comment mieux lutter contre les consommations à risque
- Faut-il autoriser la consommation dans la rue ?
- Comment agir en matière de prévention routière ?



Comment **mettre fin aux trafics** ?

- Comment réussir le transfert vers l'offre légale ?
- Quel prix fixer pour le cannabis légal ?
- Comment éviter le report des trafics sur d'autres produits ?
- Faut-il renforcer les sanctions pénales en cas de trafic ?

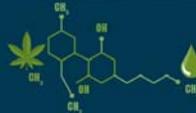


Comment favoriser l'**inclusion des anciens trafiquants** ?

- Doit-on valoriser les acquis professionnels ?
- Faut-il amnistier les anciens trafiquants ?

Quel **dispositif institutionnel** pour gérer la politique du cannabis ?

- Faut-il créer une agence du cannabis ?
- Quelles politiques publiques financer en priorité avec les recettes fiscales issues du cannabis ?



INTRODUCTION

Cinquante ans d'échec : voici le jugement porté par l'ensemble des acteurs sur les politiques publiques menées en France en matière de cannabis. Le constat fait l'unanimité : la politique fondée sur le « tout-répressif » mobilise à l'excès les forces de l'ordre, contribue à l'encombrement des tribunaux et génère des inégalités sociales et territoriales graves. Elle rend pratiquement impossible la mise en œuvre de politiques de prévention et de soin pourtant nécessaires, en cantonnant les consommateurs dans un statut de délinquant. Elle n'a permis d'empêcher ni la montée en puissance des trafics, ni la France de détenir un triste record de consommation – et plus grave, de consommations problématiques et de consommation juvénile. Elle n'a donc atteint, au cours des cinquante dernières années, aucun des objectifs qui lui étaient assignés.

Le *statu quo* n'est donc pas tenable.

Le débat sur la régulation du cannabis en France ne doit être ni moral, ni dogmatique, ni symbolique. Rationnel et pragmatique, il doit nous amener collectivement à nous interroger sur les raisons de cet échec et, surtout, les moyens de le surmonter.

Ce débat, en outre, ne doit pas opposer les « *anti-cannabis* » aux supposés « *pro-cannabis* ». C'est précisément parce que le cannabis n'est pas un produit anodin, parce qu'il revêt une dangerosité particulière pour les plus jeunes, que l'on ne saurait se contenter de la politique actuellement menée. Empêcher effectivement l'accès des jeunes au cannabis, mener une véritable politique de prévention dans les établissements scolaires et auprès des familles, prendre en charge rapidement et réellement les consommations problématiques : tout cela exige aujourd'hui de changer de modèle.

Y voir une forme de laxisme est hypocrite : il s'agit, au contraire, de créer les conditions d'une réelle efficacité des politiques publiques.

Changer de cadre apparaît ainsi comme une nécessité, mais ces évolutions doivent faire l'objet d'une réflexion et d'un débat de société. La méthode est, en la matière, essentielle. C'est précisément pour cette raison que la mission d'information commune, elle-même transpartisane, a tenu, dès le début de ses travaux sur la question du cannabis dit « récréatif », à lancer une consultation citoyenne sur ce thème. Le succès de celle-ci témoigne de l'intérêt des Français pour cet enjeu, la consultation ayant recueilli plus de 253 000 réponses. Les travaux de la mission, ainsi que les résultats de la consultation citoyenne, constituent la première étape d'une plus large réflexion, qui doit être menée dans les prochains mois et les prochaines années.

Cette réflexion devra, comme le fait ce rapport, s'appuyer sur les expériences étrangères de légalisation et de dépénalisation qui se sont multipliées au cours de la dernière décennie – la rapporteure pense, en particulier, aux modèles portugais, uruguayen, canadiens et américains. Aucun de ces modèles n'apparaît totalement satisfaisant : tous comportent des failles et des faiblesses, aussi bien que des avantages.

La rapporteure a acquis, au cours de ces mois de travaux, la conviction profonde que la France pouvait – et devait – inventer sa propre voie et mettre au point un modèle original de régulation du cannabis, susceptible d'inspirer d'autres pays. Pour cela, il faut tenir compte de ses caractéristiques propres et de sa vocation sociale. La détermination des objectifs prioritaires d'un changement de modèle est la première étape de la réflexion à mener. Plusieurs objectifs semblent correspondre à la situation et à la sensibilité françaises : protéger les plus jeunes et les publics fragiles, dans une démarche de santé publique ; mettre fin aux trafics qui génèrent d'insupportables violences, dans une logique de sécurité publique ; promouvoir une véritable justice sociale en garantissant la réinsertion des trafiquants ne s'étant livrés à aucune violence.

Ce rapport se veut une « boîte à outils » au service de cette réflexion démocratique. La première partie rappelle le bilan, désormais bien connu, des politiques répressives menées au cours des cinquante dernières années. Elle répond ainsi à la question, qui paraît désormais dépassée, « faut-il légaliser le cannabis et pourquoi ? ». Les deuxième et troisième parties proposent d'aborder, très concrètement, la question : « quel modèle de légalisation envisager ? » en proposant, d'une part, un bilan des expériences étrangères et en dressant, d'autre part, la liste des questions devant être abordées pour déterminer un modèle français de régulation efficace, de la production à la distribution.

Puisse ce rapport, désormais entre les mains du public, permettre de sortir d'un « *tabou* » qui n'a plus lieu d'être pour envisager sereinement et rationnellement un modèle français de régulation du cannabis, enfin efficace et protecteur pour notre jeunesse.

PREMIÈRE PARTIE : UNE POLITIQUE RÉPRESSIVE EN ÉCHEC, AU DÉTRIMENT DE LA SANTÉ PUBLIQUE

Qu'on le désigne par ses acronymes familiers (« joint », « beuh », « ganja »⁽¹⁾, etc.) ou historiques (« marijuana », « haschich », « kiff », etc.), le cannabis utilisé à des fins récréatives **ne laisse personne indifférent**. La multitude des discours militants, qu'il s'agisse de maintenir la prohibition ou, au contraire, de la lever, rend d'autant plus délicate la recherche d'un point de vue équilibré sur la question.

Dans un souci d'exhaustivité et d'objectivité, la rapporteure a décidé d'aborder la politique française de répression du trafic et de l'usage du cannabis sous **un angle méthodologique proche du contrôle de gestion**, c'est-à-dire en effectuant un rapprochement entre les moyens engagés et les résultats obtenus compte tenu des orientations fixées dans le cadre d'une démarche stratégique préalable⁽²⁾.

S'agissant des produits stupéfiants, les objectifs ont peu varié au fil du temps et s'articulent autour de **la résorption de la consommation**, notamment dans une optique de santé publique, et de **la lutte contre les trafics**, perçue comme un moyen d'améliorer la sécurité dans les quartiers les plus affectés⁽³⁾.

Dans son analyse, la rapporteure s'est donc attachée à évaluer **la réalité de l'effort entrepris par les administrations concernées**, c'est-à-dire les services de contrôle (police, gendarmerie et douane) et les juridictions pénales. Au-delà du seul nombre de personnes interpellées pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS), les parlementaires se sont efforcés d'obtenir une estimation du coût que représentent ces contrôles pour les finances de l'État et ont souhaité avoir des précisions sur la manière dont les sanctions prévues par la loi étaient mises en œuvre.

À cette fin, les représentants de la direction générale de la police nationale (IGPN) et de direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN) ainsi que de la Conférence nationale des procureurs généraux (CNP) ont été auditionnés. Diverses données statistiques, collectées au plus près du terrain sur une longue période par les chercheurs de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), ont pu également être exploitées.

(1) Selon les dictionnaires d'argot français, il y aurait plusieurs dizaines de mots pour désigner un produit à fumer à base de cannabis.

(2) Définition du contrôle de gestion figurant dans la circulaire ministérielle n° 1B-01-065 du 21 juin 2001.

(3) « Je parle de violence, de conditions de vie, mais je pourrais aussi parler de santé ou d'impact sur notre environnement » (Christophe Castaner, ministre de l'intérieur, lors de la présentation à Marseille du plan national de lutte contre les stupéfiants le 17 septembre 2019).

L'estimation de la consommation de cannabis, tant au titre de son évolution générale que du profil des principaux usagers, s'est appuyée, pour une large part, sur les travaux réalisés sur ce sujet par l'OFDT et son pendant européen, l'Office européen des drogues et des toxicomanies (OEDT). L'enquête réalisée par l'OFDT sur les Français de dix-sept ans dans le cadre de la journée d'appel de préparation à la défense ⁽¹⁾ offre un éclairage précieux sur ce que représente aujourd'hui le cannabis récréatif parmi les jeunes générations. Le point de vue de certains sociologues a, par ailleurs, été sollicité afin de compléter utilement cet état des lieux chiffré.

Afin d'évaluer **l'impact** de cette consommation d'un point de vue **sanitaire** et **sécuritaire**, la mission a fait appel à **une large palette de spécialistes** : des médecins et chercheurs couvrant les domaines de santé concernés (addictologie, psychiatrie, pédopsychiatrie, toxicologie et pharmacologie), des sociologues ayant travaillé sur les populations touchées par les phénomènes de drogues, des experts en criminologie ⁽²⁾ ainsi qu'une journaliste d'investigation et un ancien policier britannique infiltré dans les milieux de la drogue ⁽³⁾. Il est apparu également nécessaire de consulter les principaux acteurs de terrain au contact des usagers, à savoir des **maires** de communes urbaines, des **associations** spécialisées dans les addictions et des représentants des **personnels** de l'éducation nationale.

Les conclusions qui découlent de ces travaux sont sans appel : la politique répressive française coûte cher et mobilise à l'excès les forces de l'ordre sans pour autant contribuer, même de manière marginale, à la résorption de l'usage et du trafic de cannabis.

Les services de contrôle redoublent aujourd'hui d'efforts, notamment en direction des usagers, et une réponse pénale est désormais presque systématiquement apportée à chaque infraction détectée. **L'administration est, ici, exemplaire dans la mise en œuvre des instructions gouvernementales** appelant sans relâche à l'intensification des sanctions.

En dépit de cette mobilisation, **l'État assiste de manière impuissante à la banalisation du cannabis chez les jeunes et à la détérioration de la sécurité** dans certains quartiers urbains depuis de nombreuses années. Outre la lassitude, bien compréhensible, de certains fonctionnaires à l'idée de « vider l'océan à la petite cuillère ⁽⁴⁾ », la mission d'information constate avec inquiétude **qu'un abîme s'est créé entre le discours politique, à tonalité volontariste, et la réalité sociale des zones urbaines affectées, où dominent violence et désespoir.**

(1) *Enquête sur la santé et les consommations lors de l'appel de préparation à la défense (ESCAPAD).*

(2) *Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ) avant sa dissolution fin 2020, laboratoire d'idées Terra Nova, etc.*

(3) *M. Neil Woods (LEAP UK), auditionné le 20 janvier 2020.*

(4) *Expression utilisée par M. Mathieu Zagrodzki, auditionné le mercredi 3 février 2021 par la mission d'information pour son rapport effectué pour le laboratoire d'idées Terra Nova (cf. infra).*

La rapporteure s'inquiète d'autant plus que la communauté scientifique a, de manière unanime, rappelé **les effets néfastes du delta-9-tétrahydrocannabinol (THC), le principe actif du cannabis, sur le cerveau des jeunes consommateurs**. Les risques de troubles psychiatriques sont avérés lorsque l'usage est précoce et s'accroissent aujourd'hui en raison des fortes concentrations disponibles sur les marchés clandestins. Par ailleurs, les moyens alloués à la prise en charge sanitaire des usagers et à la prévention en milieu scolaire ne sont définitivement pas à la hauteur des enjeux.

Alors que l'État semble s'engager, une fois de plus, dans une nouvelle « guerre contre les drogues » à la faveur d'un plan national anti-stupéfiants et du déploiement d'un dispositif d'amende forfaitaire, **la rapporteure estime que cette politique est « condamnée à échouer comme les précédentes ⁽¹⁾ » et appelle à un véritable changement de cap.**

(1) Termes employés dans le journal *Libération* du 17 octobre 2019 par M. Michel Kazatchkine et Mme Ruth Dreifuss, membres de la Commission globale de politique en matière de drogues, en réponse à l'annonce du plan national anti-stupéfiants français du 17 septembre 2019.

I. UNE POLITIQUE PÉNALE RÉPRESSIVE QUI MOBILISE À L'EXCÈS LES FORCES DE L'ORDRE ET CONTRIBUE À L'ENCOMBREMENT DES TRIBUNAUX

Historiquement, la pénalisation de l'usage de produits stupéfiants date de la loi du 12 juillet 1916 concernant l'importation, le commerce, la détention et l'usage des substances vénéneuses notamment l'opium, la morphine et la cocaïne votée en plein conflit mondial afin, surtout, de lutter contre les fumeries d'opium et la cocaïne, présentée à l'époque comme un « poison boche ⁽¹⁾ ».

Selon le professeur Didier Jayle, président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie (MILDT) entre 2002 et 2007, c'est l'affaire dite de « Bandol » du 25 août 1969, où une jeune fille de 17 ans meurt d'une overdose d'héroïne dans les toilettes d'un casino, qui marque le début d'une campagne médiatique où s'exprime la crainte de voir les produits stupéfiants, et notamment le cannabis, « dévaster » la jeunesse ⁽²⁾.

Au terme d'une série de travaux pilotés par le Gouvernement et les parlementaires, le choix est fait d'incriminer l'usage personnel de tous les produits stupéfiants au nom du principe selon lequel « la Société [doit pouvoir imposer à l'individu] certaines limites à l'utilisation que chacun peut faire de son propre corps, surtout lorsqu'il s'agit d'interdire l'usage de substances dont les spécialistes dénoncent unanimement la nocivité ⁽³⁾ ».

La loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite de substances vénéneuses inscrit à l'article L. 628 du code de la santé publique ⁽⁴⁾ une peine d'emprisonnement « de deux mois à un an » et « une amende de 500 F à 5 000 F » pour ceux qui « auront, de manière illicite, fait usage de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants. ».

A. DES FORCES DE L'ORDRE MOBILISÉES À L'EXCÈS

Conformément aux orientations gouvernementales, les services de contrôle (police, gendarmerie, douane) n'ont cessé de renforcer leurs actions visant à résorber l'offre et la demande de produits stupéfiants. Au-delà des seuls trafics, **la répression des usages de cannabis est aujourd'hui au cœur des interventions des forces de l'ordre**, engendrant un coût non négligeable pour les finances publiques.

(1) Le terme est utilisé lors des débats au Sénat.

(2) Revue SWAPS n° 60 (2010).

(3) Cité dans l'article du docteur Jayle dans la revue SWAPS précitée.

(4) Aujourd'hui L. 3421-1.

1. Une implication toujours plus forte des services de contrôle dans la répression des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS)

Depuis la loi du 31 décembre 1970, la lutte contre le « trafic » et « l’usage » de cette substance n’a cessé d’être **l’une des principales préoccupations** des services français de sécurité et de justice. Dès les années 1970, le ministère de la justice évoque dans une circulaire la « constatation, très préoccupante » d’une **évolution « non enrayée » de la « toxicomanie »** dans notre pays en dépit des « efforts accrus » des services de police, de gendarmerie et des douanes ⁽¹⁾.

Loin de disparaître, la question de la lutte contre les stupéfiants et, au premier chef, contre le trafic et la consommation de cannabis, **ressurgit de manière lancinante** dans les orientations données aux services répressifs, avec une accélération à partir de la fin des années 1990. Tout en appelant au développement de mesures alternatives aux poursuites en cas d’usage, le ministère de la justice réaffirme en 1999 la « **priorité** que revêt la lutte contre le trafic de stupéfiants ⁽²⁾ ». Dans le sillage d’une volonté gouvernementale de réaffirmation du principe selon lequel « il n’y a que des drogues interdites et des usagers qui transgressent la loi ⁽³⁾ », le ministère de la justice préconise en 2005 ⁽⁴⁾ une « **réponse pénale systématique** » face aux usages.

En toute logique, les interpellations de personnes et les saisies de produits stupéfiants font partie des **données centrales de l’évaluation de la performance** des services de contrôle concernés. Le « nombre de personnes mises en cause pour trafic ou revente de produits stupéfiants » est, ainsi, une composante de l’indicateur n° 2.2 ⁽⁵⁾ de performance de la police et de la gendarmerie nationale. S’agissant de la douane, **les saisies de produits stupéfiants, et notamment de cannabis**, sont présentées chaque année par cette administration comme un élément central d’évaluation de son activité de lutte contre la fraude ⁽⁶⁾.

Lors de son audition du 16 décembre 2020, M. Denis Jacob, secrétaire général du syndicat Alternative Police CFDT, a par ailleurs mentionné qu’il résultait de la centralité de ces données une culture du résultat, débouchant sur une « concurrence malsaine » entre les différents services de lutte contre le trafic de stupéfiants, ne permettant pas « un échange d’informations et une coopération effective sur le terrain » et nuisant de fait à « beaucoup d’enquêtes ».

(1) Circulaire n° 69-F-389 du 17 mai 1978, dite « circulaire Peyrefitte ».

(2) Circulaire n° 99-07 G1 du 17 juin 1999, dite « circulaire Guigou ».

(3) Déclaration du ministre de l’intérieur, de la sécurité intérieure et des libertés locales sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites, prononcé au Sénat, le 23 avril 2003.

(4) Circulaire n° 05-1 G4 du 8 avril 2005, dite « circulaire Perben ».

(5) 2.2 : Lutte contre les filières, l’économie souterraine et les profits illicites.

(6) Bilans annuels « Agir pour protéger » (chiffres clefs).

PRÉSENTATION DU DISPOSITIF FRANÇAIS DE CONTRÔLE ANTI-STUPEFIANTS

Le dispositif de contrôle français s'appuie à la fois sur la sanction des usages, le démantèlement des réseaux de production et de distribution ainsi que sur la surveillance des flux.

1/ Sur le premier point, il appartient aux services de police et de gendarmerie de constater les usages, qui sont des infractions passibles d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende (article L. 3421-1 du **code de la santé publique**) ⁽¹⁾. Les provocations et l'aide à l'usage sont, pour leur part, sanctionnées par l'article L. 3421-4 du code de la santé publique.

2/ S'agissant des trafics, les services de police judiciaire, de gendarmerie et, à titre plus marginal, les officiers de douane judiciaire ⁽²⁾ sont compétents pour effectuer les investigations permettant d'aboutir à la **constatation des infractions prévues par le Code pénal** en ses articles 222-34 à 222-40 (activités illicites de production, d'importation, d'exportation, de transport, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition ou d'emploi de stupéfiants).

3/ Quant aux flux, les services douaniers interviennent dans le cadre de leur mission de « police de la marchandise » **sur le seul fondement du code des douanes** : l'acheminement de produits stupéfiants sans justificatif, soit à un passage frontalier, soit à l'intérieur du territoire national, est considéré comme de la « contrebande de marchandises prohibées » au sens des articles 417 et 419 du code des douanes et passible de sanctions spécifiques mentionnées à l'article 414 du même code (emprisonnement, amende, confiscation des véhicules, etc.).

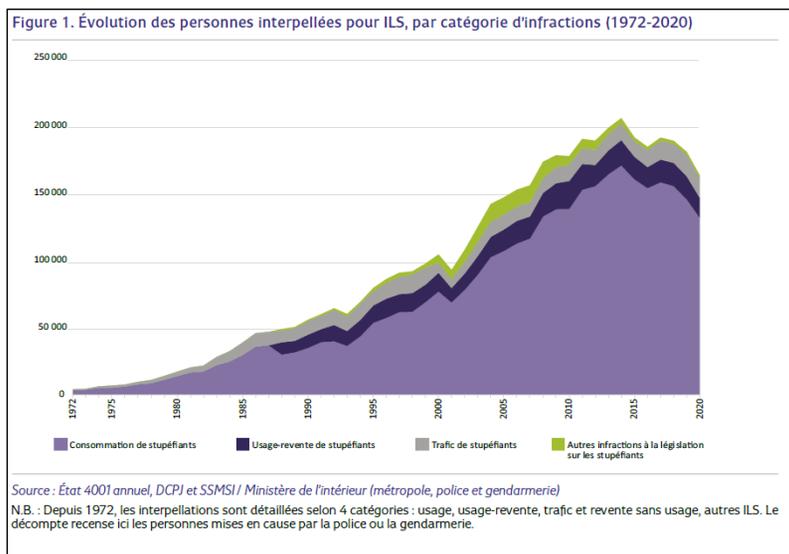
Dans le cadre du décret n° 2019-1457 du 26 décembre 2019, l'action de ces différents services est aujourd'hui coordonnée par un « Office anti-stupéfiants » (OFAST) rattaché à la direction centrale de la police judiciaire (DCPJ). L'office s'appuie sur un réseau de 103 cellules de renseignement opérationnel sur les stupéfiants (CROSS) départementales, entièrement déployé depuis le 30 septembre 2020.

La mobilisation des services de contrôle a été effective : selon les résultats des travaux effectués par Mme Ivana Obradovic, chercheuse et directrice adjointe de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT), le nombre de personnes interpellées par les services de police et de gendarmerie pour infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) a été porté à plus de 200 000 en 2014, **soit une multiplication par cinquante depuis 1972 et un triplement depuis le milieu des années 1990** ⁽³⁾.

(1) Sous réserve de l'application du dispositif d'amende forfaitaire (cf. infra).

(2) Article. 28-1 du code de procédure pénale.

(3) Ivana Obradovic, *Cinquante ans de réponse pénale à l'usage des stupéfiants* (Tendances – avril 2021).



Source : Ivana Obradovic - *Cinquante ans de réponse pénale à l'usage des stupéfiants* (avril 2021).

Au cours des années 2010, les résultats obtenus par les différents services restent importants, mais semblent marquer le pas. Selon les données les plus récentes ⁽¹⁾, un peu plus de **160 000 personnes** auraient été interpellées pour ILS en 2020. Le nombre d'ILS (usage et trafic) traitées par les services judiciaires en 2018 (**168 674**) est, par ailleurs, légèrement inférieur à celui enregistré en 2014 (**171 094**) ⁽²⁾. Quant aux saisies douanières de cannabis sur le territoire national, les résultats obtenus ces dernières années (2018 : **63,9 tonnes** ; 2019 : **52,3 tonnes** ; 2020 : **60,3 tonnes**) ⁽³⁾ se situent dans la moyenne observée au début de la décennie (**65 tonnes** en moyenne sur la période 2010-2014).

Lors de son audition du 18 novembre 2020, M. Christophe Barret, procureur général près la cour d'appel de Besançon et représentant de la Conférence nationale des procureurs généraux (CNPNG), a mis en avant les « **difficultés** » croissantes des services pour appréhender les trafics, liées selon lui au manque de moyens et à la complexification des enquêtes. Selon lui, ces difficultés expliquent en partie la **diminution sensible des infractions de trafic** constatée au cours des dernières années (2015 : 52 245 ; 2018 : 43 384, soit – 16,8 %) ⁽⁴⁾.

En ce sens, l'annonce par le Gouvernement, le 17 septembre 2019, d'un « Plan national de lutte contre les stupéfiants » ⁽⁵⁾ destiné à « attaquer les trafics à tous les niveaux et sous tous les angles » apparaît comme **une étape de plus dans l'intensification de la politique pénale engagée depuis près de trente ans.**

(1) Ivana Obradovic, *Cinquante ans de réponse pénale à l'usage des stupéfiants* (Ibid.).

(2) Chiffres communiqués par la Conférence nationale des procureurs généraux le 20 novembre 2020.

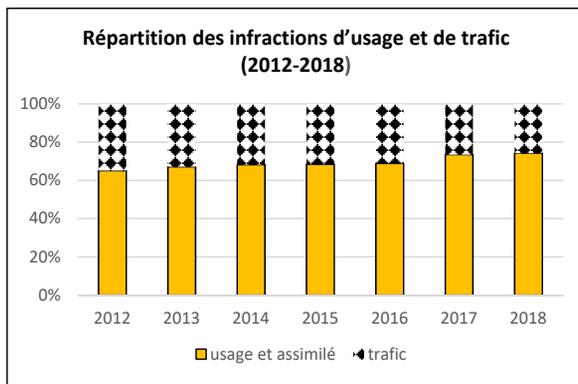
(3) Résultats de la douane (2018, 2019 et 2020).

(4) CNPNG (contribution précitée du 20 novembre 2020).

(5) <https://www.interieur.gouv.fr/Actualites/L-actu-du-Ministere/Plan-national-de-lutte-contre-les-stupefiants>

2. Des interpellations en grande majorité pour usage de stupéfiants

Au-delà d'un discours politique axé sur la lutte contre les « trafics », la réalité de l'activité des services de police et de gendarmerie traduit une **focalisation croissante des contrôles sur les infractions d'usage**. Ainsi, au sein des interpellations pour ILS, la part des usages simples est passée de 75 % en 1990 à plus de 86 % en 2009 ⁽¹⁾. Si l'on considère la répartition des infractions d'usage et de trafic traitées par les services judiciaires sur la période 2012-2018, on observe que **la tendance est loin de s'être interrompue au cours des années 2010** :



Source : exploitation des données fournies par la CNPG le 20 novembre 2020.

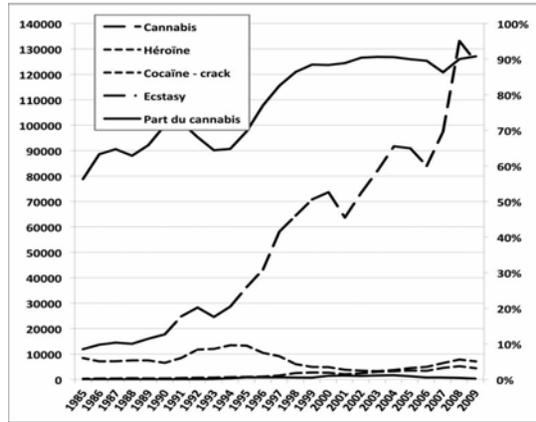
L'année 2020 confirme, une fois de plus, l'importance des interpellations pour usage simple (131 385 personnes), qui **représentaient 81 % du total des interpellations pour ILS** ⁽²⁾.

La progression des interpellations pour usage ne signifie pas pour autant que l'ensemble des usages serait affecté de la même façon : au cours des années 1990 et 2000, période où les statistiques distinguent les infractions selon les catégories de produits ⁽³⁾, **c'est le cannabis qui concentre les efforts de sanction**. Alors qu'en 1986, la part de ce produit dans les procès-verbaux d'interpellation pour usage était de 63 %, celle-ci s'est rapidement accrue au cours des années suivantes pour atteindre 80 % à la fin des années 1990 puis **environ 90 % dans les années 2000 (91 % en 2009)**.

(1) *La pénalisation de l'usage de stupéfiants en France au miroir des statistiques administratives* (Ivana Obradovic, *Déviance et société* n° 36, 2012).

(2) Ivana Obradovic, *Cinquante ans de réponse pénale à l'usage des stupéfiants* (Tendances – avril 2021).

(3) Depuis 2010, la part de chaque produit stupéfiant (cannabis, cocaïne, etc.) n'est plus distinguée dans les statistiques d'interpellations.



Source : Ivana Obradovic - article précité paru dans *Déviante et société* n° 36 (2012).

Selon Mme Ivana Obradovic, la croissance des interpellations d’usagers de cannabis reflète non seulement la diffusion des consommations de ce produit dans la population générale mais **témoigne aussi d’une focalisation de l’activité policière sur cette catégorie particulière d’infraction** ⁽¹⁾.

Au vu des données les plus récentes, il semblerait même que, confrontés à des difficultés nouvelles dans leur lutte contre les trafics, **les services de contrôle redoublent d’efforts dans la répression des usages**. Sur la période 2015-2018, tandis que le nombre d’infractions pour trafic diminuait de 16,8 % (*cf. supra*), **les constatations d’usage ont poursuivi leur progression en valeur absolue** (2015 : 113 214 ; 2018 : 125 190, soit + 10,6 %). Selon l’OFDT, l’inversion de courbe observée au cours des deux dernières années ne serait que le reflet de « **ruptures de séries statistiques** ⁽²⁾ » imputables aux différences de traitement opérées entre les ministères de l’intérieur et de la justice (*cf. infra*).

(1) Ivana Obradovic, *Déviante et société* n° 36, 2012 (*Ibid*).

(2) Ivana Obradovic, *Cinquante ans de réponse pénale à l’usage des stupéfiants* (*Ibid*).

Des difficultés statistiques persistantes

La question de la comptabilisation des infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) en France est un point délicat et complexe.

Si l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) s'emploie depuis 2010 à reconstituer les séries statistiques relatives aux infractions à la législation sur les stupéfiants, cette analyse se trouve quelque peu freinée par l'inaccessibilité de certaines sources, ainsi que par les importantes évolutions des dix dernières années des systèmes d'information des ministères de l'intérieur et de la justice. Ces évolutions ont généré des ruptures statistiques, liées aux changements de logiciel de chaque ministère. La réorganisation des services n'a guère aidé, pas plus que le changement des pratiques d'enregistrement des procédures policières.

Outre les problèmes liés à des catégories de comptage différentes, le rapprochement de données issues de bases d'enregistrement distinctes reste confronté à trois difficultés. Dans un premier temps, l'infraction étant requalifiée à chaque stade de la procédure pénale, les unités de compte sont différenciées entre ces stades. Ensuite, les données annuellement collectées ne permettent pas un suivi efficace d'une cohorte d'utilisateurs dans la filière pénale : ce ne sont que des données de stocks, non comparables entre elles.

Par ailleurs, l'usage étant souvent associé à d'autres infractions, son traitement pénal spécifique reste ardu à observer : une seule condamnation est prononcée pour plusieurs infractions traitées, mais sur l'ensemble des usages sanctionnés, plus de 40 % sont des infractions de rang 2, 3 ou 4.

Les chiffres entre les deux ministères sont aussi différents, et cette différence, entre personnes interpellées pour « consommation » de stupéfiants et personnes « orientées » vers l'autorité judiciaire, est logique. Trois facteurs l'appuient : les personnes interpellées ne sont pas forcément remises à la justice dans l'année en cours, et celles qui le sont ne le sont que lorsque leur affaire peut être poursuivie, ce qui constitue un nombre moins élevé que celui des personnes interpellées. Des « déperditions » existent également entre l'interpellation et l'orientation pénale, des personnes interpellées n'étant pas toujours, là encore, orientées vers la justice ainsi qu'il se devrait.

Par ailleurs, depuis 2010, la part de chaque produit stupéfiant n'est plus prise en compte dans les interpellations. Cela rend l'exploitation des statistiques d'autant plus ardue quant à l'examen de la consommation de cannabis et du nombre d'interpellations qu'elle entraîne, malgré la prise en compte explicite de chaque produit dans les statistiques issues des amendes forfaitaires adressées au titre des ILS.

La répression de l'usage du cannabis, fruit de la mobilisation constante de la chaîne pénale depuis trente ans, **semble avoir acquis une place prépondérante, sinon excessive**. Pour reprendre les termes des sociologues Claude Faugeron et Michel Kokoreff, spécialistes des politiques anti-drogues, la « **police du cannabis** »⁽¹⁾ est devenue la dimension première des services spécialisés dans la lutte contre les stupéfiants.

(1) *Société avec drogues* (Claude Faugeron et Michel Kokoreff, 2002) : termes cités dans l'article de Mme Obradovic précité.

3. Des saisies importantes qui témoignent de l'ampleur des trafics

Les quantités de cannabis saisies en France ne cessent d'augmenter. 115 tonnes de cannabis ont ainsi été saisies en 2018 dont 85,4 tonnes de résine et 29,8 tonnes d'herbe. Croisée avec les tendances à la hausse observées en matière de consommation, **cette évolution suggère un dynamisme croissant du marché intérieur.**

Si l'ensemble des quantités interceptées n'est pas destiné à la France, qui est également un pays de transit, 55 % de l'herbe saisie en 2016 ciblait le marché hexagonal, soit la part la plus élevée jamais constatée ⁽¹⁾. De manière générale, la part relative d'herbe de cannabis par rapport à la résine de cannabis dans les saisies effectuées en France est en forte augmentation (*voir graphique*).



Graphique présenté à la mission d'information par la DGPN.

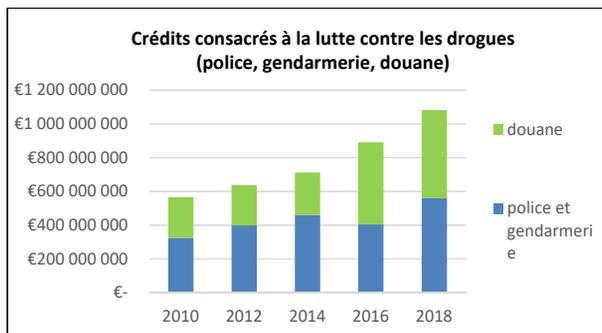
4. Un poids croissant pour les finances publiques

L'implication grandissante des forces de l'ordre dans la lutte contre les trafics et les usages de produits stupéfiants s'est traduite par **un accroissement du coût que représente cette politique pour les finances publiques.**

Si l'on se réfère au « document de politique transversale » (DPT) consacré à la lutte contre les drogues et les conduites addictives qui accompagne chaque projet de loi de finances initiale, le coût combiné des moyens alloués aux trois services de contrôle (police, gendarmerie, douane) s'est élevé à **1,08 milliard d'euros** ⁽²⁾ en 2018, soit un quasi-doublement (+ 91,4 %) par rapport à 2012 (**565,3 millions d'euros**).

(1) Michel Gandilhon, Stanislas Spilka, Caroline Masson, « Les Mutations du marché du cannabis en France. Produits, approvisionnements, nouvelles pratiques », OFDT, juillet 2019. Consultable en ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxmgz7.pdf>

(2) Addition des crédits de paiement effectivement consommés sur les programmes 176 police nationale, 152 gendarmerie nationale et 302 Facilitation et sécurisation des échanges.



Source : DPT « lutte contre les drogues » des PLF 2014, 2016, 2018 et 2020.

Si l'on fait abstraction des réserves qui entourent la méthodologie d'élaboration du document de politique transversale (*cf. infra*), les sommes en jeu illustrent parfaitement **l'augmentation continue des moyens consacrés à la lutte anti-stupéfiants** au cours de la décennie 2010. **L'effort est, par ailleurs, considérable** : en 2018, il représentait à peu près le montant des crédits consommés par les services de police et de gendarmerie pour la sécurité routière (**1,14 milliard d'euros** ⁽¹⁾).

MÉTHODOLOGIE D'ÉLABORATION DU DPT « LUTTE CONTRE LES DROGUES ET LES CONDUITES ADDICTIVES »

Les documents de politique transversale (DPT), aussi appelés « oranges budgétaires », sont des documents annexés chaque année au projet de lois de finances. Ils portent sur des **politiques publiques déterminées** associant plusieurs programmes, et relevant de plusieurs missions budgétaires, **conduites par différents ministères**.

Le DPT « drogues » a été institué par la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005 en son article 128 (14°). Il regroupe actuellement 24 programmes, dont certains à finalité préventive et éducative et d'autres à finalité sécuritaire et répressive. Les dépenses sont imputées sur le DPT selon **une méthodologie spécifique à chaque programme** : la police (programme 176) recense les effectifs consacrés par chacune de ses grandes directions ⁽²⁾ à l'action anti-stupéfiants alors que la gendarmerie (programme 152) évalue le nombre de ses enquêteurs au prorata des infractions relatives à la législation sur les stupéfiants dans la délinquance générale. Quant à la douane (programme 302), elle reprend la méthodologie de la gendarmerie pour ses unités de surveillance et ajoute le coût complet des effectifs de la direction des opérations douanières (DOD).

Dans un rapport consacré à l'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites ⁽³⁾, le Comité d'évaluation et de contrôle de l'Assemblée nationale met en lumière **le caractère lacunaire de ces méthodologies de valorisation**, qui ne peuvent relever « exactement l'investissement réellement consacré à la lutte contre les ILS ».

(1) Addition des crédits de paiement consommés en 2018 pour les actions n° 3 du programme 176 police nationale et n° 2 du programme 152 gendarmerie nationale.

(2) Direction centrale de la sécurité publique (DCSP), direction centrale de la police judiciaire (DCPJ), direction de la coopération internationale (DCI), etc.

(3) Rapport n° 2385 du 20 novembre 2014 (Mme Anne-Yvonne Le Dain et M. Laurent Marcangeli).

Dans cet ensemble, il n'est pas possible de déterminer avec précision les montants alloués à la détection et à la répression des **infractions pour usage de stupéfiants**, et encore moins d'isoler **la part que représente le seul usage de cannabis**. Celle-ci est, selon toute vraisemblance, significative compte tenu du poids que représentent les usages de produits stupéfiants dans les ILS (*cf. supra*). Dans son rapport du 25 janvier 2018, la mission d'information parlementaire relative à l'application d'une procédure d'amende forfaitaire au délit d'usage illicite de stupéfiants ⁽¹⁾ a estimé à **600 emplois équivalents temps plein (ETP)** le temps consacré par les services de police et de gendarmerie au seul traitement des procédures d'infraction pour usage, soit **plus d'un million d'heures**.

La rapporteure salue l'action déterminée des services de contrôle pour faire respecter la loi mais estime que ces efforts ciblent de manière excessive la répression des usages au détriment de la nécessaire lutte contre les trafics.

B. DES TRIBUNAUX ENCOMBRÉS ET UN DISPOSITIF PÉNAL PEU SÉVÈRE AU-DELÀ DE SES APPARENCES RÉPRESSIVES

L'encombrement des tribunaux est régulièrement évoqué dans l'opinion publique. Le poids croissant des procédures anti-stupéfiants dans la charge de travail des juridictions est, toutefois, plus rarement évoqué : **en 2018, elles représentaient plus de 12 % des condamnations, contre moins de 8 % en 2010** ⁽²⁾. Derrière la façade du discours martial de la « réponse pénale systématique » se cache un dispositif en réalité peu intransigeant.

1. Une réponse pénale quasi-systématique

Lors de son audition par la mission d'information, M. Christophe Barret, procureur général près la cour d'appel de Besançon, a estimé que, depuis la loi dite « Perben II » ⁽³⁾, le dispositif pénal était « sur le plan procédural parfaitement adapté ». Dans les faits, les juges **disposent d'une large palette d'outils** leur permettant d'apporter une « réponse pénale systématique » conformément aux orientations données par le ministère de la justice dans sa circulaire n° 05-1 G4 du 8 avril 2005 précitée.

Les données fournies par la Conférence nationale des procureurs généraux ⁽⁴⁾ illustrent la forte réactivité de l'institution judiciaire, qui n'hésite pas à recourir à tous les moyens disponibles pour **ne pas laisser une affaire de stupéfiants sans suite**. Sur la période 2012-2018, les classements sans suite représentaient en moyenne 3 300 personnes chaque année sur un total de plus 156 000 affaires pouvant valablement donner lieu à des poursuites, toutes ILS confondues ⁽⁵⁾. **Le taux de réponse pénale en matière de stupéfiants est donc supérieur à 97 %** : il s'élève même à **98,2 %** concernant les **infractions d'usage**.

(1) Rapport Assemblée nationale n° 595 du 25 janvier 2018.

(2) Tableaux de l'économie française 2020 (INSEE).

(3) Loi n° 2004-204 du 9 mars 2004 portant adaptation de la justice aux évolutions de la criminalité.

(4) Données précitées fournies le 20 novembre 2020.

(5) Les infractions non poursuivables correspondent aux cas suivants : infraction insuffisamment caractérisée, irrégularité de procédure, défaut d'élucidation, irresponsabilité de l'auteur, etc.

Certes, comme l'a précisé M. Christophe Barret lors de son audition, cette performance est atteinte par un **recours massif aux alternatives aux poursuites et aux ordonnances pénales**. En 2018, les 121 310 affaires d'usage poursuivables ont donné lieu à 119 118 réponses pénales, parmi lesquelles on dénombrait 42 596 rappels à la loi (**35,1 %**) et 28 421 ordonnances pénales (**23,4 %**). Même en matière de trafic, 9 543 rappels à la loi ont été prononcés cette année-là, ce qui représentait **26 %** des affaires poursuivables.

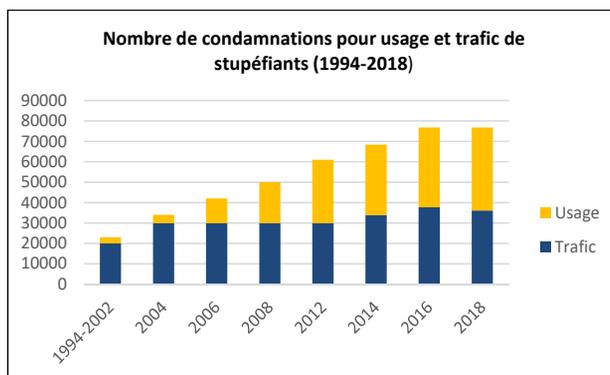
DISPOSITIF PÉNAL FRANÇAIS DE LUTTE ANTI-STUPÉFIANTS

Nonobstant le dispositif d'amende forfaitaire en cours de déploiement (*cf. infra*), les dispositions de l'article 40-1 du code de procédure pénale issu de la loi « Perben II » permet au procureur de la République d'engager des poursuites, de mettre en œuvre une « **procédure alternative aux poursuites** » ou, lors des circonstances particulières liées à la commission des faits le justifient, de « **classer sans suite** ».

Parmi les alternatives aux poursuites figurent, notamment, le **rappel à la loi** prévu par l'article 41-1 du code de procédure pénale et l'**injonction thérapeutique** qui « consiste en une mesure de soins ou de surveillance médicale » pour les usagers de stupéfiants (article L. 3423-1 du code de la santé publique). Même en cas de poursuites, le procureur de la République peut, pour les infractions d'usage, recourir à la « **procédure simplifiée** » de l'**ordonnance pénale** prévue aux articles 495 à 495-6 du code de procédure pénale. Dans ce cas, il transmet sa proposition et ses réquisitions au juge, qui statue directement par la relaxe ou l'application de sanctions alternatives à la prison, notamment des amendes. Une comparution sur reconnaissance préalable de culpabilité (ou « **plaider-coupable** ») peut être également mise en œuvre sur le fondement des articles 495-7 à 495-16 du même code.

En cas de jugement, le prévenu encourt des peines allant jusqu'à un an d'emprisonnement et 3 750 euros d'amende en cas d'usage (*cf. supra*) et des **sanctions plus graves en cas de trafic ou d'infraction assimilée** : cinq ans d'emprisonnement et 75 000 euros d'amende en cas de cession ou d'offre illicite de stupéfiants à une personne pour sa consommation personnelle (article 222-39 du code pénal) ; dix ans d'emprisonnement et 7 500 000 euros d'amende en cas d'importation, d'exportation, de transport, de détention, d'offre, de cession, d'acquisition ou d'emploi illicite de stupéfiants (articles 222-36 et 222-37 du code pénal) ; vingt ans de réclusion criminelle et 7 500 000 euros d'amende en cas de production ou de fabrication illicite de stupéfiants (article 222-35) ; réclusion criminelle à perpétuité et 7 500 000 euros d'amende en cas de direction ou d'organisation d'un trafic de stupéfiants (article 222-34).

Nonobstant ces facilités de procédures, le **nombre de condamnations a plus que doublé entre 2004 et 2018** (2004 : environ 34 000 ; 2018 : 76 804, soit + 125,9 %) et la part occupée par les infractions pour usage dans le total des condamnations ne cesse de progresser depuis 2006 au détriment des infractions de trafic.



Source : exploitation des données fournies par la CNPG le 20 novembre 2020.

2. Des sanctions pénales qui sont *de facto* peu sévères

L'activité intensive des tribunaux français **ne signifie pas pour autant que la réponse pénale serait aussi sévère que ce que la législation le prévoit**. Au cours de son audition du 3 février 2021, Mme Claire Andrieux, journaliste indépendante spécialisée dans les questions de police de justice, estime que « **la sévérité des sanctions françaises [...] n'est qu'un mythe** » et s'appuie, à cette fin, sur une étude de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) positionnant la France comme le 3^{ème} pays européen le *moins* répressif pour la sanction de la détention de 10 kilogrammes de cannabis ⁽¹⁾.

Les éléments communiqués par la CNPG le 20 novembre 2020 confirment cette évaluation. En matière de trafic, si 85 % des condamnations étaient assorties d'une peine d'emprisonnement en 2018, le quantum ferme moyen est de 14,8 mois, **soit près de dix fois moins que la peine inscrite aux articles 222-36 et 222-37** du Code pénal (10 ans). En matière d'usage, la réponse pénale s'avère **encore plus douce** compte tenu du recours massif aux alternatives aux poursuites et aux procédures simplifiées : les peines d'emprisonnement ne représentent que 10 % des cas et, lorsqu'on considère les seules peines d'emprisonnement fermes, **le taux descend à 4 % avec un quantum moyen de 2,3 mois**.

En ce sens, la mise en œuvre d'un dispositif « d'amende forfaitaire » pour les usages illicites de cannabis ne constitue pas une rupture dans la réponse pénale française.

(1) *Drug trafficking penalties across the European Union* (OEDT – janvier 2017).

DISPOSITIF D'AMENDE FORFAITAIRE

Évoqué dès le 25 janvier 2018 par la mission d'information relative à l'application d'une procédure d'amende forfaitaire au délit d'usage illicite de stupéfiants ⁽¹⁾, le dispositif est instauré par la loi n° 2019-222 du 23 mars 2019 de programmation 2018-2022 et de réforme pour la justice en son article 58.

L'article L. 3421-1 du code de la santé publique a été complété par un alinéa ainsi rédigé : « Pour le délit prévu au premier alinéa du présent article, y compris en cas de récidive, **l'action publique peut être éteinte**, dans les conditions prévues aux articles 495-17 à 495-25 du code de procédure pénale, par le **versement d'une amende forfaitaire** d'un montant de 200 €. Le montant de l'amende forfaitaire minorée est de 150 € et le montant de l'amende forfaitaire majorée est de 450 € ». Le dispositif est déclenché en deçà de seuils fixés localement par les parquets.

Les rapporteurs de la mission d'information précitée avaient mis en avant les « bénéfices » liés au renforcement de la « **certitude de la sanction** », à la **simplification** des procédures et au **gain de temps** attendu pour les services répressifs (police, gendarmerie, justice).

Après un premier déploiement le 16 juin 2020 dans quelques villes « pilotes » (Rennes, Reims, Créteil, Lille et Marseille), le dispositif a été généralisé sur l'ensemble du territoire national le 1^{er} septembre dernier.

Au-delà des résultats chiffrés, qui sont **loin d'être négligeables** (647 verbalisations pendant la phase d'expérimentation, près de 27 300 entre le 1^{er} septembre et le 31 décembre 2020, soit plus de 220 verbalisations par jour ⁽²⁾), **le bilan réel de la mesure apparaît, d'ores et déjà, en demi-teinte.**

Lors de son audition du 18 novembre 2020, M. Christophe Barret a rappelé que **l'amende est difficile à recouvrer** lorsque l'auteur de l'infraction n'a pas les moyens de payer ou que l'on ne peut établir sa domiciliation. Dans sa contribution écrite du 20 novembre dernier, il a également mis en avant **le coût élevé du recouvrement de l'amende pour l'État au regard du gain attendu**. Enfin, la simplification procédurale pour les tribunaux du nouveau dispositif lui paraît limitée au regard des procédures simplifiées et des alternatives aux poursuites déjà disponibles. Un **effet pervers** pourrait même, selon lui, émerger de la contestation des amendes qui viendraient alors « alimenter des audiences ».

Lors de son audition du 25 novembre 2020, M. Vincent Le Beguec, contrôleur général et chef du pôle judiciaire de la direction générale de la police nationale, indique néanmoins que l'arrivée de l'amende forfaitaire délictuelle avait été « vue d'un bon œil » par les forces de l'ordre, permettant « une sanction d'interdit rapide » dégageant « du potentiel opérationnel » mobilisable sur d'autres missions.

(1) Rapport Assemblée nationale n° 595 précité.

(2) Ivana Obradovic, *Cinquante ans de réponse pénale à l'usage des stupéfiants* (Tendances – avril 2021).

Au final, le dispositif d'amende forfaitaire délictuelle se situe dans la droite ligne de la procédure d'ordonnance pénale **tout en privant le juge de la possibilité d'ajuster la sanction aux circonstances de l'infraction et à la solvabilité de son auteur**. Ces limites avaient d'ailleurs été identifiées par le rapport de la mission d'information parlementaire (n° 595 précité) constituée sur le sujet ⁽¹⁾.

La rapporteure insiste sur **l'hypocrisie des discours de fermeté** régulièrement tenus vis-à-vis des usages de cannabis au regard de la réalité des sanctions pénales prononcées. **Au-delà de l'inefficacité d'une telle politique, c'est la crédibilité de la parole publique qui est, ici, remise en question.**

II. CONSOMMATION RECORD DE CANNABIS EN FRANCE, SENTIMENT D'IMPUNITÉ DES TRAFIQUANTS, ÉCONOMIE SOUTERRAINE : UN BILAN TRÈS INSATISFAISANT AU REGARD DES MOYENS DÉPLOYÉS

Malgré une réglementation française caractérisée par **son caractère prohibitif et la sévérité des sanctions pénales attachées à la détention et la consommation de cannabis**, **l'échec des politiques publiques en la matière fait aujourd'hui l'objet d'un constat unanime**. La France est aujourd'hui le **plus gros consommateur de cannabis au sein de l'Union européenne** avec une **prévalence de la consommation des jeunes très préoccupante**, bien qu'en diminution.

La forte mobilisation des forces de l'ordre n'empêche pas un développement très important des trafics et les sanctions auxquelles s'exposent les consommateurs de cannabis ne sont, dans les faits, que très peu dissuasives.

Contrairement à une idée reçue, l'économie souterraine générée par le trafic de cannabis ne fait pas « *tenir* » les quartiers défavorisés mais contribue très fortement à la **hausse des violences en leur sein ainsi qu'à une certaine déstructuration du lien social**. La mise en œuvre de la **politique publique répressive accentue les inégalités sociales et entre territoires**, créant de véritables ruptures d'égalité devant la loi.

(1) Pages 47-51.

A. UNE CONSOMMATION RECORD DE CANNABIS EN FRANCE ET UNE CONSOMMATION JUVÉNILE PARTICULIÈREMENT PROBLÉMATIQUE

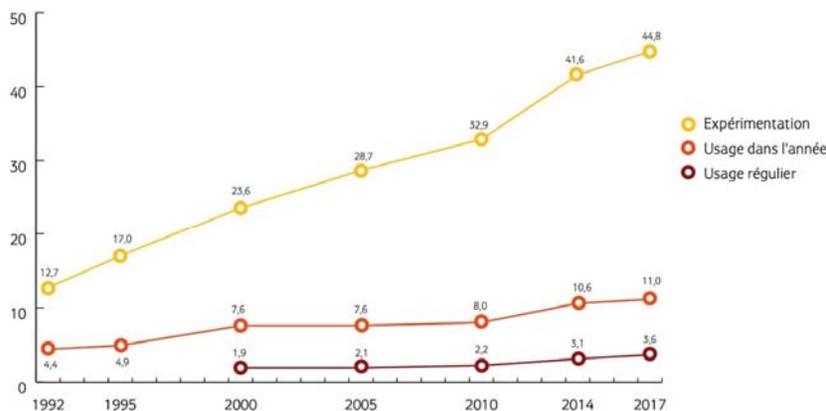
1. Une consommation française record en Europe

a. Une consommation en hausse constante depuis trente ans

Le cannabis est aujourd'hui de loin **la substance illicite la plus consommée en France**. Selon les chiffres présentés par M. Julien Morel d'Arleux, directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) lors de son audition le 22 janvier 2020, **18 millions de Français ont déjà expérimenté le cannabis au cours de leur vie, 5 millions l'ont fait dans l'année, 1,5 million sont des consommateurs réguliers et 900 000 des consommateurs quotidiens**.

Ainsi, en 2017, près de la moitié des adultes âgés de 18 à 64 ans déclaraient avoir déjà consommé du cannabis au cours de leur vie (44,8 %, contre 42 % en 2014) ⁽¹⁾. Cette proportion a pratiquement quadruplé en trois décennies, passant de 12,7 % en 1992, à 23,6 % en 2000, 32,9 % en 2010 et 44,8 % en 2017 (voir graphique).

Évolution des niveaux d'usage de cannabis entre 1992 et 2017, parmi les 18-64 ans (en %)



Sources : Baromètres santé 1992, 1995, 2000, 2005, 2010, 2014, 2017, Santé publique France, exploitation OFDT [Tendances 128 - Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017]

(1) Spilka S., Richard J.-B., Le Nèzet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Andler R., Cogordan C. Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017. Tendances, OFDT, 2018, n° 128, 6 p. Consultable en ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftrxssyb.pdf>

Si l'usage dans l'année ⁽¹⁾ demeure stable entre 2014 et 2017, il concerne **11 % des 18-64 ans** (15,1 % des hommes et 7,1 % des femmes) et **a triplé depuis 1992, passant de 4,4 % à 11 %**. Cette augmentation du niveau d'usage, qui concerne toutes les générations, touche plus particulièrement les adultes de **35 à 44 ans, ce qui témoigne d'un changement de profil des consommateurs** (voir graphique).

Figure 2. Évolution de l'usage dans l'année de cannabis entre 1992 et 2017 par groupes d'âge (en %).



Sources : Baromètre santé 2017, Santé publique France, exploitation OFDT

L'usage quotidien est également en hausse entre 2014 et 2017, passant de **1,7 % à 2,2 %** avec des progressions plus nettes parmi les générations plus âgées (1,4 % à 2 % chez les 35-44 ans et 0,6 % à 1,2 % chez les 45-54 ans).

La majorité des consommations régulières de cannabis concerne les jeunes : environ 5 % des 15-25 ans contre 1 % des plus de 25 ans. Ainsi, à 17 ans, 5 % de l'ensemble des adolescents présentent un risque élevé d'usage problématique de cannabis, voire de dépendance selon les critères du CAST. Parmi les adolescents qui ont consommé du cannabis dans l'année, un sur cinq présente un risque élevé d'usage problématique au sens du CAST (soit 22,8 % des garçons et 12,8 % des filles). Les usages problématiques sont plus souvent masculins (23 % des usagers de l'année, vs 13 % chez les filles) ⁽²⁾.

La précocité du premier usage est un facteur prédictif important de l'intensité de l'usage à l'adolescence : alors que, parmi les adolescents de 17-18 ans déclarant avoir fumé leur premier joint à 16 ans, 4 % sont usagers quotidiens de cannabis et 11 % usagers réguliers non quotidiens, ces proportions atteignent 18 % et 22 % parmi ceux ayant expérimenté à 14 ans et 39 % et 25 % parmi ceux ayant expérimenté à 12 ans ⁽³⁾.

(1) Usage actuel : il s'agit de l'usage dans l'année, c'est-à-dire survenu dans les douze mois précédant l'enquête de Santé menée par Santé Publique France (ici, celle de 2017).

(2) <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiotc.pdf>

(3) <https://www.cairn.info/revue-psychotropes-2007-1-page-9.htm#1n2>

La demande de traitement liée au cannabis s'accroît, mais elle concerne peu les plus jeunes usagers qui sollicitent rarement une aide et ne ressentent aucun problème à consommer. Ce sont principalement les jeunes adultes, orientés par la justice ou en situation de comorbidité, qui s'adressent aux médecins de premier recours parce qu'ils se sentent dépendants ⁽¹⁾.

b. Un accroissement des consommations problématiques

Les **consommations problématiques, témoignant notamment d'une addiction, n'ont cessé d'augmenter au cours des dernières années.** Selon le Cannabis abuse screening test (CAST) ⁽²⁾, outil permettant de repérer les usages problématiques de cannabis, **25 % des usagers actuels** âgés de 18 à 64 ans présentaient en 2017 un risque élevé d'usage problématique ou de dépendance. Cette proportion a progressé de 4 % depuis 2014 (21 %).

Qu'est-ce qu'une consommation problématique de cannabis ?

La consommation de cannabis peut être considérée comme problématique lorsqu'elle se traduit par des conséquences négatives au plan sanitaire ou social, pour l'individu lui-même ou pour la société (Beck et al, 2008). Devenue régulière, la consommation problématique ne se limite pas aux périodes de loisirs et intervient le plus souvent en solitaire et non plus en groupe. Elle peut susciter des signes avant-coureurs non spécifiques (douleurs abdominales et maux de tête, troubles du sommeil, dépression, anxiété), qui, à leur tour, affectent négativement la vie sociale de l'individu.

L'OFDT situe l'usage problématique à un niveau intermédiaire entre l'usage à risque et l'abus. Le seuil à partir duquel l'individu est considéré comme usager problématique dépend de ses déclarations positives au CAST, le test étant composé de six questions portant sur les habitudes de consommation de cannabis et la fréquence d'apparition de problèmes.

Les questions sont les suivantes :

- Avez-vous déjà fumé du cannabis avant midi ?
- Avez-vous déjà fumé du cannabis lorsque vous étiez seul(e) ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes de mémoire quand vous fumez du cannabis ?
- Des amis ou des membres de votre famille vous ont-ils déjà dit que vous devriez réduire votre consommation de cannabis ?
- Avez-vous déjà essayé de réduire ou d'arrêter votre consommation de cannabis sans y parvenir ?
- Avez-vous déjà eu des problèmes à cause de votre consommation de cannabis (dispute, bagarre, accident, mauvais résultat à l'école, etc.) ?

(1) <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eisxiotc.pdf>

(2) L'OFDT a développé pour les enquêtes épidémiologiques une échelle de repérage des consommations problématiques ou de dépendance au cannabis appelé le Cannabis abuse screening test (CAST) constituée de six questions simples conçues à partir des principaux critères de détermination de l'abus et de l'usage nocif issus des diagnostics du DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4e édition) et de la CIM 10 (Classification internationale des maladies - 10e version). L'échelle permet ainsi d'établir un score d'usages problématiques indépendamment de la fréquence d'usage.

Au total, 3 % des 18-64 ans, (4 % des hommes et 1 % des femmes) sont concernés, soit un peu plus de 1 million de personnes. Le niveau de ce risque varie en fonction de l'âge : entre 45 et 64 ans, plus d'un consommateur sur cinq présente un risque élevé d'usage problématique ⁽¹⁾.

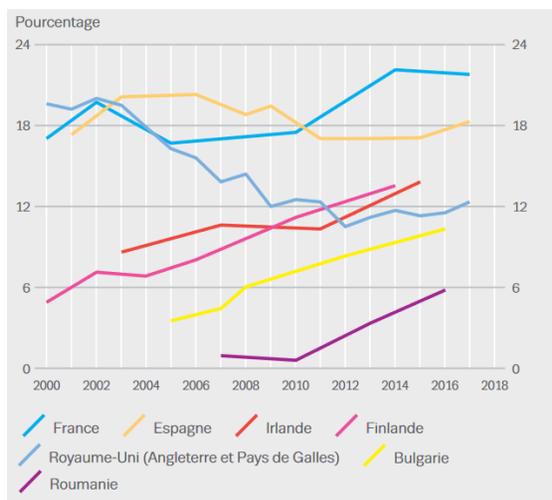
c. La consommation de cannabis des Français : un record en Europe

Lors de son audition le mercredi 22 janvier 2020, **M. Julien Morel d'Arleux, directeur de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT)** rappelait que « selon l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), la France est, depuis le début des années 2000 le pays avec la prévalence de consommation de cannabis la plus élevée de l'Union européenne ».

Les niveaux d'usage de cannabis opposent schématiquement l'Europe du Nord, peu consommatrice, à l'Europe de l'Ouest et du Sud au sein de laquelle la prévalence de la consommation de cannabis est beaucoup plus forte.

La France devance les autres membres de l'Union européenne avec une **prévalence d'usage dans l'année de 11 %, nettement supérieure à celles observées en moyenne dans les autres pays européens (7 %) (voir graphique)**. L'Italie, la République tchèque et l'Espagne sont, après la France, les pays où les usagers sont les plus nombreux ⁽²⁾.

PRÉVALENCE DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS AU COURS DE L'ANNÉE ÉCOULÉE CHEZ LES JEUNES ADULTES (15-34 ANS)



Source : OEDT, Rapport européen sur les drogues, 2019.

(1) Spilka S., Richard J.-B., Le Nézet O., Janssen E., Brissot A., Philippon A., Shah J., Chyderiotis S., Andler R., Cogordan C. « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017 ». Tendances, OFDT, 2018, n° 128, 6 p. Consultable en ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/eftxssyb.pdf>

(2) Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), French country drug report 2019, consultable en ligne : https://www.emcdda.europa.eu/publications/country-drug-reports/2019/france_en

Les consommations européennes moyennes rappelées par M. Alexis Goosdeel, directeur de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) lors de son audition le 27 janvier 2021 soulignent le niveau élevé des consommations françaises de cannabis : **27,2 % des Européens ont expérimenté le cannabis au cours de leur vie** (contre 45 % des Français) tandis que **7,6 % ont consommé cette substance au cours de l'année écoulée** (contre 11 % des Français).

2. Une consommation juvénile, qui a connu un infléchissement, mais qui demeure extrêmement élevée et se caractérise par une forte prévalence des consommations problématiques

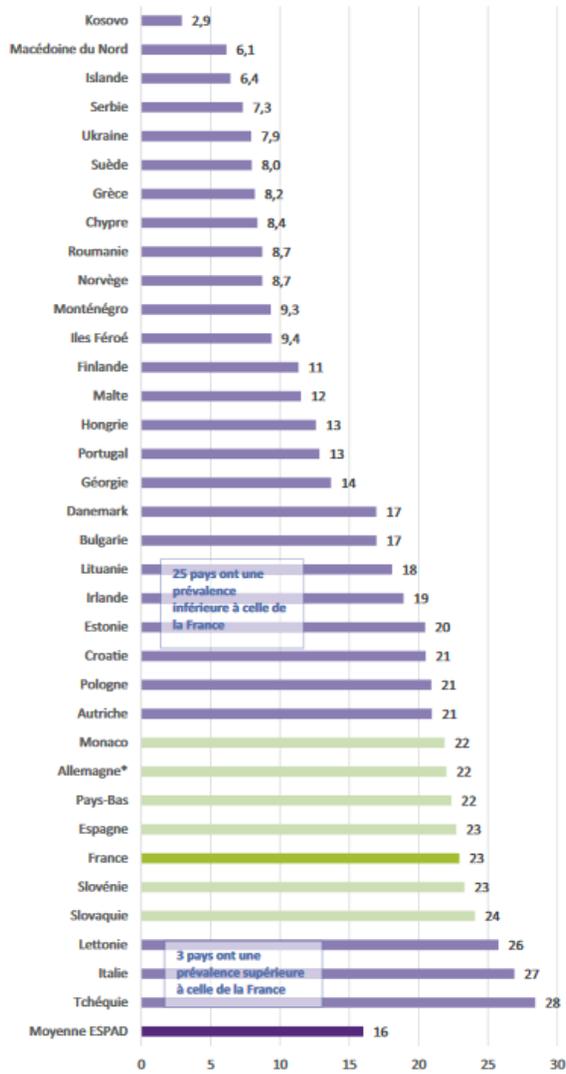
a. Une consommation parmi les plus importantes d'Europe

L'expérimentation des jeunes Français (16 ans) a fortement diminué, passant de 35 % en 1999 à 23 % en 2019, tandis qu'au cours de la même période, **les niveaux d'usage au cours du dernier mois ont suivi une évolution similaire, passant de 21 % à 13 %**.

Les derniers résultats de l'enquête ESPAD ⁽¹⁾ indiquent que, malgré cette tendance positive, **les niveaux de consommation observés en France demeurent très supérieurs à ceux mesurés dans le reste de l'Europe**. La France fait partie, avec l'Espagne, l'Italie, Monaco, les Pays-Bas et la Tchéquie, des pays dans lesquels le niveau d'usage des jeunes de 16 ans dans le mois est près de **deux fois supérieur à la moyenne européenne (12 % contre 7 %)**. La France se situe en quatrième position (avec des niveaux similaires à la Slovénie, la Slovaquie et l'Espagne) en matière d'expérimentation du cannabis par les élèves de seize ans et **en deuxième position concernant les usages dans le mois** (l'Italie occupant la première position) (*voir graphiques*).

(1) OFDT, *Les consommations de drogues en Europe parmi les élèves de 16 ans. Résultats de l'enquête European School Survey Project on Alcohol and other Drugs 2019 (ESPAD)*.

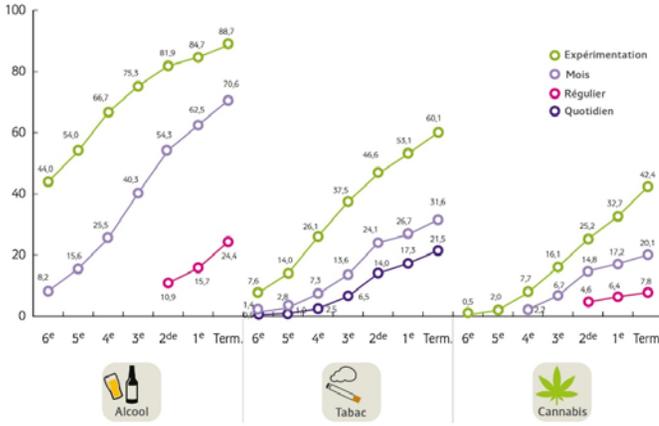
L'EXPÉRIMENTATION DU CANNABIS EN EUROPE PARMIS LES ÉLÈVES DE SEIZE ANS (2019)



Source : Enquête Espad (2019).

Entre la sixième et la terminale, **42,4 %** des jeunes Français ont expérimenté le cannabis et **7,8 %** des jeunes sont devenus des consommateurs réguliers (voir graphique).

Usages d'alcool, de tabac et de cannabis selon le niveau scolaire en 2018 (en %)



Source : EnCLASS 2018

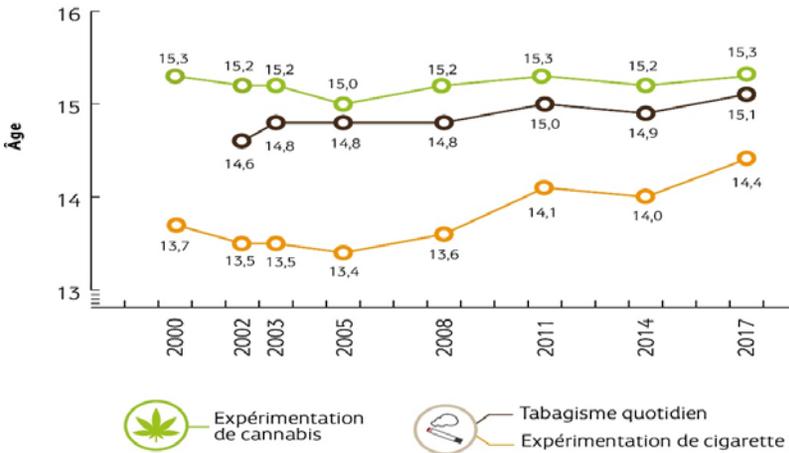
Note : Les progressions des usages d'un niveau à l'autre sont toujours statistiquement significatives à l'exception de l'expérimentation d'alcool, des usages dans le mois et réguliers de tabac et cannabis entre la 2^{de} et la 1^e et la 1^e et la terminale.

Ces usages progressent globalement et de manière statistiquement significatives entre la 2^{de} et la terminale.

[Tendances 132 - Usages d'alcool, de tabac et de cannabis chez les adolescents du secondaire en 2018]

b. Pas de rajeunissement de l'âge de la première expérimentation

On ne constate, en revanche, pas de rajeunissement de l'âge de la première expérimentation, située aux alentours de quinze ans et demi (voir graphique).

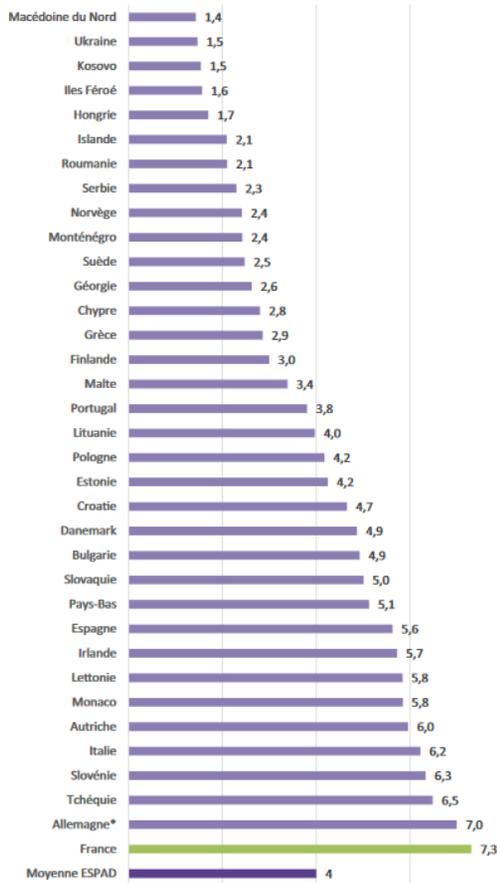


Source : enquête ESCAPAD, OFDT.

c. La France, championne des usages problématiques des jeunes

Alors même qu'il n'existe pas de corrélation systématique entre niveau de consommation et niveau d'usages problématiques ⁽¹⁾, **la France cumule des niveaux de consommation et d'usages problématiques très élevés** chez les plus jeunes. Si, à seize ans, 4 % des jeunes européens seraient susceptibles de présenter un risque élevé d'usage problématique, **cette proportion – la plus importante d'Europe) est presque deux fois plus élevée chez les jeunes Français (7,3 %) (voir graphique).**

PRÉVALENCE DE L'USAGE PROBLÉMATIQUE DE CANNABIS EN EUROPE À 16 ANS



Source : Enquête Espad (2019).

(1) Ainsi, aux Pays-Bas, en Lettonie et en Tchéquie, où la consommation de cannabis est élevée, la proportion d'usagers problématiques est comparativement faible tandis qu'au Kosovo, à Chypre, au Monténégro, en Serbie, en Norvège ou en Suède, où les usages de cannabis dans l'année sont faibles, la prévalence d'usage problématique est relativement élevée (source : enquête ESPAD 2019).

3. Un usage banalisé, répandu au sein de toutes les classes sociales, à rebours d'un imaginaire social qui cantonne le cannabis aux milieux défavorisés

La consommation de cannabis n'est pas limitée à certaines catégories de la population, ni à certaines classes d'âge. Elle constitue, au contraire, **un phénomène social massif, une pratique banalisée dans l'ensemble de la société.**

Lors de son audition le 4 novembre 2020, la sociologue Mme Marie Jauffret-Roustide a battu en brèche le cliché selon lequel la consommation de cannabis était essentiellement le fait de jeunes issus de milieux défavorisés, soulignant que les jeunes issus de milieux aisés expérimentaient davantage cette substance et que les inégalités sociales avaient davantage une influence sur la manière, éventuellement problématique, de consommer : « dans l'imaginaire social on a tendance à associer l'usage de cannabis aux jeunes issus des banlieues populaires mais ce qu'on voit, c'est que les choses sont beaucoup plus diversifiées : à l'inverse de ce qu'on pourrait penser ou, en tout cas, de ce qui est souvent présent dans les discours sur les drogues, ce sont plutôt les jeunes de milieux sociaux favorisés qui vont expérimenter les drogues plus souvent que les jeunes de milieux sociaux modestes (...) En revanche quand on s'intéresse de plus près au rapport à l'usage, en particulier problématique, les inégalités sociales jouent fortement. Ce sont les jeunes issus de milieux sociaux modestes, dont les parents ont des niveaux de revenus faibles ou des professions peu qualifiées qui vont s'inscrire plus fréquemment dans des conduites d'usage marquées par l'abus ou la dépendance » ⁽¹⁾.

Dans ses réponses écrites adressées à la mission d'information, le sociologue Dominique Duprez ⁽²⁾ a également rappelé **les grandes étapes de la diffusion sociale du cannabis à l'ensemble de la société, soulignant que sa consommation relevait davantage des classes moyennes que populaires** : « On est passé d'un usage élitiste du cannabis avec sa dimension contre-culturelle, qui était un usage mondain dans les classes aisées pour la génération post-68 et celle de leurs enfants qui ont associé le cannabis à la fête. Ces trente dernières années, sa consommation s'est prolétarisée et s'est transformée en problème social dans les politiques publiques, même si son usage reste majoritairement celui des classes moyennes, les usages populaires restant majoritairement centrés sur l'alcool et le tabac, sauf dans le monde des cités où il est très présent en raison du commerce qui en est fait. »

(1) Jauffret-Roustide, Marie. « Les inégalités sociales dans le champ des addictions », *Les Tribunes de la santé*, vol. 43, n° 2, 2014, pp. 61-68.

(2) Audition, le mercredi 18 novembre, de Mme Kenza Afsahi, maîtresse de conférences en sociologie, chercheuse au Centre Émile Durkheim (Université de Bordeaux) ; M. Dominique Duprez, directeur de recherche au CNRS, membre du Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP) ; M. Philippe Pujol, journaliste et écrivain.

Si la **consommation de cannabis tend à diminuer avec l'âge**, on note une **diversification des profils des consommateurs**, parmi lesquels on compte davantage de **trentenaires et d'actifs en emploi** ⁽¹⁾. On observe ainsi une **consommation de plus en plus fréquente au-delà de 25 ans**, soulignée par M. Julien Morel d'Arleux, directeur de l'OFDT, lors de son audition. Les niveaux d'usage des actifs occupés et des chômeurs ont triplé entre 1992 et 2017, passant respectivement de 3,5 à 9,6 % et de 5 % à 15,8 %.

B. UNE POLITIQUE INAPTE À JUGULER LES TRAFICS DE CANNABIS

1. Une réponse policière et judiciaire qui n'appréhende qu'une faible partie de la consommation et des trafics

Il est aujourd'hui difficile d'estimer **l'importance du marché du cannabis en France**, du fait de son caractère illégal.

Dans une étude parue en 2017, MM. Christian Ben Lakhdar, Nacer Lalam et David Weinberger soulignent les limites de l'évaluation de la taille des marchés des drogues illicites par les pouvoirs publics qui « se sont longtemps appuyés sur un mode de calcul sommaire qui consistait à agréger les saisies effectuées sur le territoire national, à leur affecter un coefficient multiplicateur et à valoriser au prix moyen de détail » ⁽²⁾. Les auteurs estiment, en se fondant sur les données de l'année 2010, que le **marché des drogues illicite en France serait de l'ordre de 1,5 à 3,2 milliards d'euros, avec une estimation préférentielle à 2,3 milliards d'euros**. Le **cannabis représenterait la moitié de ce chiffre d'affaires (48 %)**. L'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) a actualisé ces données en 2018 pour estimer que ce chiffre d'affaires s'élevait, en 2014, à **2,7 milliards d'euros** ⁽³⁾.

(1) Stanislas Spilka, Jean-Baptiste Richard, Olivier Le Nézet, Eric Janssen, Alex Brissot, Antoine Philippon, Jalpa Shah, Sandra Chyderiotis, Raphaël Andler, Chloé Cogordan, « Les niveaux d'usage des drogues illicites en France en 2017 », consultable en ligne : <https://www.ofdt.fr/publications/collections/periodiques/lettre-tendances/les-niveaux-dusages-des-drogues-illicites-en-france-en-2017-tendances-128-novembre-2018/>

(2) Christian Ben Lakhdar, Nacer Lalam et David Weinberger, « L'argent de la drogue en France. Estimation des marchés des drogues illicites en France », Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice et Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, 2016.

(3) INSEE, « La prise en compte des stupéfiants dans les comptes nationaux en base 2014 », mai 2018.

Estimation des chiffres d'affaires des drogues en 2010 en France

	Fourchette basse	Moyenne	Fourchette haute
Cannabis	809,7	1 117,3	1 424,8
Cocaïne	503,7	902,3	1 300,8
Héroïne	204,1	266,5	328,9
Ecstasy/MDMA	13,2	42,4	71,6
Amphétamines	3,7	12,8	21,9
Total	1 534,4	2 341,3	3 148,0

Source : INHESJ, 2016.

La répression des trafics et de la consommation par les forces de l'ordre et la Justice ne s'exerce donc que sur une part infime d'un marché souterrain dont l'importance ne peut être que sous-estimée.

Par ailleurs, on constate bien souvent que lorsqu'un réseau est démantelé, un autre vient très rapidement prendre sa place : c'est ce qu'a raconté à la mission M. Neil Woods ⁽¹⁾, ancien policier britannique, infiltré pendant 14 ans dans les milieux de la drogue.

Ce marché est, en outre, en **perpétuelle évolution, obligeant les forces de l'ordre à des adaptations rapides** : « (...) les technologies mobiles et le cryptage sont de plus en plus exploités par les réseaux de trafic de drogues. Les plateformes de vente en ligne de drogues illicites constituent encore une composante relativement mineure du marché global, mais ont pris de l'ampleur au cours de ces dernières années. Les marchés en ligne se trouvent soit sur le web de surface (la partie indexée ou accessible par les moteurs de recherche), notamment via des boutiques en ligne ou des plateformes de médias sociaux, soit sur le « darknet » (réseau crypté, nécessitant des outils spéciaux pour y accéder), où vendeurs et acheteurs peuvent dissimuler leur identité. » ⁽²⁾.

En outre, lorsqu'un réseau de trafic est démantelé, il est rapidement remplacé par un autre réseau qui récupère sa clientèle. Ainsi, un agent de police ⁽³⁾ ayant infiltré un réseau de trafiquants au nord de l'Angleterre, explique que les quatre-vingt-seize arrestations réalisées au terme de sept mois de travail n'auront permis d'interrompre l'approvisionnement de la ville en drogues seulement pendant deux heures avant qu'un groupe rival ne prenne le relais. Le démantèlement d'un réseau par la police semble constituer en réalité une « opportunité pour un groupe rival présent sur le même marché ».

(1) *Audition du 20 janvier 2021.*

(2) *Observatoire européen des drogues et des toxicomanies, Rapport européen sur les drogues. Tendances et évolutions, 2019.*

(3) *Audition, le mercredi 20 janvier, de M. Neil Woods, président de l'association LEAP UK et ancien agent de police.*

On comprend, dès lors, **le sentiment des forces de l'ordre d'avoir pour mission de « vider l'océan avec une petite cuillère »** qui nourrit une lassitude dans les rangs de la police et de la gendarmerie ⁽¹⁾. Le trafic est dans les faits simplement retardé ou déplacé. Les dealers interpellés quand une affaire est menée à son terme étant rapidement remplacés et le trafic reprenant de ce fait très rapidement, étant entendu que les quantités de produit saisies ne sont qu'une goutte d'eau dans ce marché très lucratif. L'approche est très court termiste et ne conduit que rarement à l'effet escompté, à savoir celui d'une amélioration tangible de la vie des habitants et d'une action de santé publique ⁽²⁾. Les représentants des syndicats représentatifs de la Police nationale entendus par la mission d'information ont ainsi déploré les moyens insuffisants, humains et matériels, dont ils disposaient pour mener cette mission de répression ⁽³⁾.

2. Une politique de la sanction qui n'a que peu d'effet dissuasif sur des trafics et une consommation qui se banalisent

Les personnes auditionnées par la mission d'information ont unanimement fait état d'une **banalisation tant de la vente que de la consommation de cannabis**.

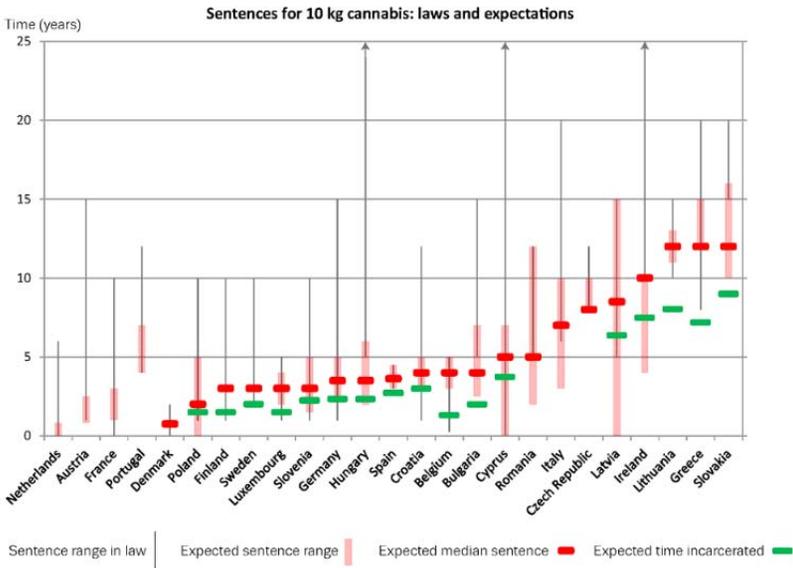
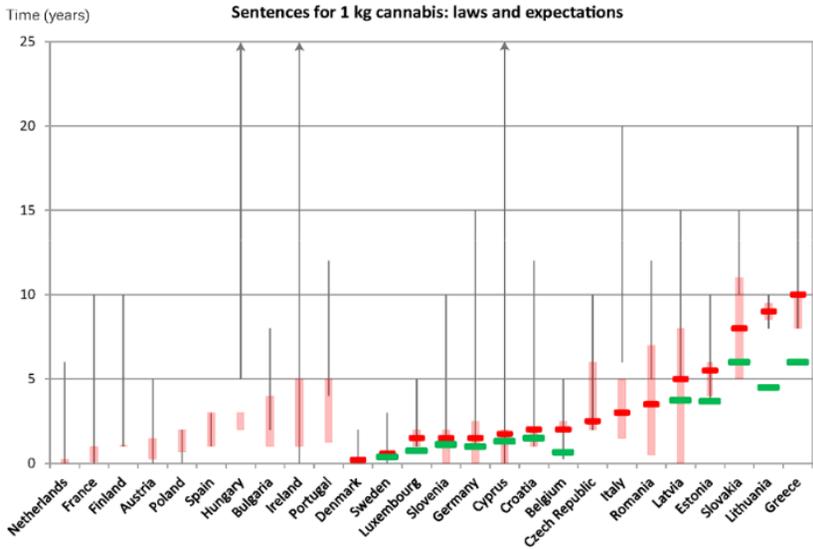
Ainsi, MM. Arnaud Robinet, maire (LR) de Reims, Éric Piolle, maire (EELV) de Grenoble, et Ludovic Toro (UDI), maire de Coubron, entendus par la mission le 4 novembre 2020, ont souligné **le caractère « institutionnel » des trafics, se déroulant dans des « points de deal » connus de tous, dont certains sont implantés en centre-ville et à proximité de commissariats**. MM. Gil Averous, maire (LR) de Châteauroux, Boris Ravignon maire de Charleville-Mézières et Jean-Paul Bret, ancien maire (Soc.) de Villeurbanne, entendus par la mission le 9 décembre partageaient le même constat.

Comme on l'a vu, l'encadrement pénal français se caractérise par des sanctions très élevées prévues pour la détention, l'offre, la cession, l'acquisition et l'emploi de stupéfiants. **Les sanctions effectivement prononcées pour la détention et la consommation de cannabis sont, néanmoins, sans commune mesure avec les peines prévues**, ce qui affaiblit le caractère répressif de ces dernières (*voir les graphiques ci-dessous*).

(1) Cette expression est employée notamment par M. Mathieu Zagrodzki, auditionné le mercredi 3 février 2021 par la mission d'information, dans son rapport « cannabis : pour une autre stratégie policière et pénale », rédigé pour le think tank Terra Nova.

(2) Mathieu Zagrodzki, « Cannabis : pour une autre stratégie policière et pénale », Terra Nova, octobre 2020. Consultable en ligne : <https://tnova.fr/notes/cannabis-pour-une-autre-strategie-policiere-et-penale>.

(3) Audition des représentants des organisations représentatives de la Police nationale, le mercredi 16 décembre 2020.



Note: Where the sentence range in law starts at 0, this excludes any general minimum duration of prison sentence in a country. Expected median sentences were only calculated when immediate imprisonment was expected in 80 % or more of responses; see country profiles for details.

Lecture : les droites verticales noires indiquent, en années, les peines encourues dans le cadre des différentes législations ; les rectangles roses indiquent, en années, le champ des peines qui sont effectivement prononcées ; le rectangle rouge horizontal indique la sanction médiale qui peut être anticipée et le rectangle horizontal vert le temps d’incarcération pouvant être anticipé (ces deux derniers éléments n’ont pas pu être évalués pour la France).

Source : EMCDDA, january 2017, technical report Drug trafficking penalties across the European Union a survey of expert opinion.

La banalisation de la consommation est telle qu'elle aboutit, selon les termes de M. Mathieu Zagrodzki, à une **dépénalisation de fait dans certains grands centres urbains** : « De l'aveu général, les policiers ne ramènent pas au poste une personne contrôlée avec une faible quantité de cannabis, à moins évidemment qu'elle n'ait commis une autre infraction (auquel cas c'est ce dernier motif qui sera utilisé pour une présentation devant l'OPJ) ou que son attitude lors dudit contrôle n'ait été irrespectueuse (...) Cette mansuétude peut parfois découler d'une tolérance morale de la part de policiers jeunes qui voient le cannabis comme un produit relativement banal, mais surtout des faibles suites judiciaires généralement données à ces affaires, à savoir le plus souvent un rappel à la loi. » ⁽¹⁾.

La dépénalisation de fait s'illustre également par le fait que de très nombreux consommateurs n'ont plus à se déplacer pour acheter ou consommer dans un cadre privé du fait du développement de la livraison à domicile.

C. DES TRAFICS QUI ENGENDRENT DES VIOLENCES, NOTAMMENT DANS DES QUARTIERS DÉFAVORISÉS, ET UNE POLITIQUE RÉPRESSIVE QUI NOURRIT DES INÉGALITÉS SOCIALES ET TERRITORIALES

À rebours des idées reçues, les trafics de stupéfiants déstructurent socialement les quartiers défavorisés dans lesquels ils se déroulent, bien davantage qu'ils les « *font vivre* ». En outre, la politique française répressive, inégalement appliquée selon les territoires et le profil social des personnes concernées, est susceptible de créer une **rupture d'égalité devant la loi**.

1. L'insécurité créée par les trafics dans certains quartiers

Lors des auditions menées par la mission d'information, il a été fréquemment affirmé que les trafics de cannabis avaient fait l'objet d'une certaine tolérance des pouvoirs publics car, lucratifs, ils permettaient d'acheter une certaine « *paix sociale* » dans les quartiers les plus défavorisés dont ils finançaient en grande partie l'existence des habitants. Cet argument est fréquemment avancé pour justifier le maintien du *statu quo* lors des débats relatifs à une éventuelle légalisation ou dépénalisation du cannabis.

La question de l'accompagnement et de la réinsertion de l'ensemble des personnes impliquées dans le trafic de cannabis et, plus particulièrement, de ceux qui y assument des fonctions subalternes ne peut être occultée en cas de révision du cadre réglementaire relatif au cannabis. **Elle constitue un enjeu de justice sociale.** Elle ne doit cependant pas faire oublier que **les bénéficiaires du cannabis sont, en réalité, très concentrés entre les mains des dirigeants des réseaux, et sont très loin de faire « vivre » des quartiers entiers.**

(1) M. Mathieu Zagrodzki a été entendu par la mission d'information le mercredi 3 février 2021. L'extrait cité est issu de son rapport Cannabis : pour une autre stratégie policière et pénale, réalisée pour Terra Nova en 2020, dans lequel il souligne que « la consommation est de facto dépénalisée dans certains grands centres urbains ».

M. Christian Ben Lakhdar, dans une étude parue en 2007, soulignait en commentant les études ethno-économiques menées en France que « la conclusion majeure à laquelle aboutissent ces travaux est que l'économie de la drogue dans ces quartiers ne constitue qu'une économie de subsistance où l'enrichissement important individuel et l'enrichissement collectif (au niveau du quartier) ne sont en fait que des idées préconçues » ⁽¹⁾.

Des travaux postérieurs confirment cette analyse : les auteurs de l'étude *L'argent de la drogue en France* soulignent que « la différence de rémunération est très importante entre un dirigeant pouvant gagner 20 000 euros par jour de bénéfices (dont certains coûts nous échappent) et un coupeur rémunéré 600 euros par mois. Ainsi, les coupeurs, nourrices, guetteurs et petits vendeurs ont des rémunérations plutôt faibles alors que les chefs de vente, lieutenant et dirigeants bénéficient de revenus très conséquents. » ⁽²⁾

Rémunérations d'une organisation distributrice de cannabis

Fonction	Min	Max	Moyenne	Temps de travail
Guetteurs	80	100	90	8 heures
Vendeurs	100	200	150	8 heures
Chefs de vente	470	600	535	16 heures
Bras droits	1100	2200	1650	tâche
Nourrice (stockage)	400	1 000	700	1 mois
coupeurs	200	600	150	1 mois

INHESJ, L'argent de la drogue en France, d'après l'analyse des carnets de comptes saisis des trafiquants, 2016.

En revanche, les trafics de cannabis sont source d'une indéniable insécurité dans les quartiers au sein desquels ils se déroulent et contribuent au sentiment prégnant dans ces quartiers d'une « impossibilité de s'en sortir ». Dans sa thèse de sociologie *Trafics et trafiquants de drogue. Une ethnographie des réseaux dans les quartiers pauvres de Marseille* soutenue en décembre 2019, Mme Khadidja Sahraoui met en évidence d'une part l'impuissance des habitants qui subissent des nuisances résultant des trafics de drogues mais aussi les implications sociales de la participation à ces trafics de jeunes qui contribuent à stigmatiser leurs familles.

(1) Christian Ben Lakhdar a été entendu par la mission d'information le 17 février 2021. La citation mentionnée est extraite de l'étude « Le trafic de cannabis en France : Estimation des gains des dealers afin d'apprécier le potentiel de blanchiment », Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, 2007.

(2) Rapport précité, consultable en ligne : https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/rapport_synthetique_30p_argent-droque_inhesj_201611.pdf

Elle écrit ainsi : « ces organisations délinquantes s’inscrivent notamment dans un contexte qui est celui de la pauvreté. En effet, même illégaux, ces réseaux sont des économies de la débrouille dans des territoires socialement relégués. Visible dans les espaces communs et publics, le trafic de drogues s’ancre dans le paysage comme le ferait un commerce de proximité lambda. Avec toutefois une présence ostensible qui alimente le sentiment d’insécurité ainsi que des nuisances – sonores, environnementales...–. Mais tout cela n’est pas la seule problématique affectant les habitants des grands ensembles qui accueillent – involontairement – ces trafics. Ces derniers sont en effet soucieux que leurs enfants ne cèdent à la tentation déviante, tant les perceptives d’avenir notamment en matière d’emploi, s’amenuisent au fur et à mesure du temps ». La participation aux trafics fait auprès de ces jeunes, « office de chants des sirènes » en représentant la possibilité « de percevoir de l’argent mais aussi un statut ». **Elle insiste sur les tensions que la participation à des trafics fait naître au sein des familles, qui voit leur capital social entamé** comme le souligne ce dialogue entre la sociologue et Saliha dont le fils a été condamné pour trafic de drogue :

« Saliha : « Non, c’est la honte pour nous, les gens, même mes amis, parlent de moi »

« KS : « Ils disent quoi ? »

« Saliha : « Que je mange l’argent de la drogue, que ça m’arrange que mon fils vende de la drogue [...] Je suis en colère contre mon fils aussi à cause de ça, il a mis la honte sur la famille, on n’est pas une famille à problèmes, mais à cause de lui les gens parlent de nous en mal [...] »⁽¹⁾

Le sociologue Michel Kokoreff met en lumière **le même phénomène de déstructuration du tissu social et des familles dans les quartiers les plus défavorisés du fait du développement de trafic de drogues** : « L’émergence dans les cités dégradées d’une micro-économie de la drogue a profondément modifié le rapport des plus jeunes à l’école et au travail salarié, faisant du deal l’équivalent d’un travail. Cette économie a profondément remodelé la hiérarchie et le sens des conduites délinquantes, les modes de socialisation déviante, les codes et les territoires des « voyous ». Si ce que les jeunes des cités appellent le business a pris le relais de formes d’économies de la débrouillardise antérieures (petits commerces, récupération de métaux, travail au noir, etc.), il a impliqué un changement d’échelle en irriguant certains territoires de flux financiers considérables et en rendant possible des trajectoires fulgurantes qui ont suscité bien des convoitises et des violences »⁽²⁾.

(1) Khadija Sahraoui, *thèse précitée*, p. 186.

(2) Kokoreff, Michel. « Drogues, trafics, imaginaire de la guerre. Des quartiers aux cartels », *Multitudes*, vol. 44, no. 1, 2011, pp. 119-128.

La violence et les morts violentes qui résultent des rivalités entre trafiquants marquent profondément ces quartiers, créant une insécurité qui contribue à accentuer leur isolement. M. Philippe Pujol dans *Quartiers Shit. La violence sociale au rayon X*, chroniques parues dans *La Marseillaise* et récompensées par le Prix Albert-Londres en 2014 ⁽¹⁾ rend compte de cette violence devenue ordinaire : « Les intimidations sont quotidiennes, bousculades, insultes, menaces. « Tu payes salope ou on fume ton minot ». Plusieurs journaux en feu mis devant la porte d'entrée. Au cœur de la nuit (...) Elle a fait une demande de relogement d'urgence. On a fini par lui proposer une cité des quartiers Nord. Justement celle où règne en maître le frère des caïds qui la harcèlent actuellement. Elle a refusé. On lui a reproché son manque de coopération ».

Il apparaît donc essentiel à la mission d'information de lever le mythe d'un trafic offrant à certains quartiers défavorisés une manne sur laquelle repose la paix sociale. L'argent de la drogue n'enrichit, dans les faits, que quelques chefs de réseau et permet tout juste la subsistance de la plupart des « *petites mains* » qui y contribuent. L'accompagnement social et la reconversion de ces derniers doivent donc être intégrés à une réflexion portant sur l'assouplissement de la législation actuelle relative au cannabis, **sans surestimation des revenus que représentent pour eux ces trafics.** En revanche, **il n'est pas douteux que les trafics de drogue entretiennent un climat de violence au sein de ces quartiers et contribuent à y déstructurer le lien social.** Leur bénéfice supposé au fonctionnement de ces quartiers est donc sans comparaison avec les **nuisances réelles qu'ils y font naître.**

2. Une répression à géométrie variable

Les sanctions prononcées en cas de consommation de cannabis sont aujourd'hui profondément inégales en fonction des territoires et des caractéristiques sociales de la personne interpellée, créant une inégalité de fait devant la loi.

Les inégalités territoriales sont très fortes en matière de réponse pénale. Les taux de poursuites par les parquets pour des faits d'usage de stupéfiants peuvent ainsi varier pratiquement du simple au quadruple, si l'on compare la Seine-Saint-Denis et la Manche (*voir tableau ci-après*).

(1) *Audition, le mercredi 18 novembre, de Mme Kenza Afsahi, maîtresse de conférences en sociologie, chercheuse au Centre Émile Durkheim (Université de Bordeaux) ; M. Dominique Duprez, directeur de recherche au CNRS, membre du Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP) ; M. Philippe Pujol, journaliste et écrivain.*

Département	Nombre de personnes mises en cause	Nombre de personnes poursuivies	Pourcentage de personnes poursuivies
Allier	837	311	37.1
Gers	394	132	33.5
Manche	694	290	41.7
Rhône	5466	918	16.8
Paris	7794	2523	32.4
Seine-Saint-Denis	7098	850	12
Guyane	283	37	13.1

Source : tableau réalisé à partir du rapport de l'Observatoire départemental des juridictions, Pôle d'évaluation des politiques pénales, DACG, septembre 2019.

Tableau issu de la note de M. Mathieu Zagrodzki, "Cannabis pour une autre stratégie policière et pénale" précitée.

Ces **inégalités territoriales dans l'application de la loi pénale se doublent d'inégalités sociales, mais aussi ethniques** que Mme Margane Tanvé et M. Christian Ben Lakhdar ont mis en évidence dans une étude publiée en 2013 ⁽¹⁾ : « Ce faisceau d'évidences empiriques (population concernée par les infractions à la législation sur les stupéfiants (ILS) en Grande-Bretagne, contrôles d'identité parisiens et travail qualitatif sur les ILS en France) pourrait nous amener à conclure que l'implémentation de la loi de 1970 est loin de déboucher sur une distribution statistique conforme aux prévalences de l'usage de cannabis retrouvées en population générale non seulement entre CSP mais peut-être aussi en fonction de caractéristiques ethniques. Alors que la loi de 1970 s'applique à tous les Français, seules certaines catégories d'individus seraient concernées par son implémentation. Son application pourrait se révéler être inéquitable, injuste, en quelque sorte régressive. »

Menant un raisonnement similaire, la **Commission nationale consultative des droits de l'homme** a publié un avis le 8 novembre 2016 consacré à « l'usage des drogues et droits de l'homme » qui, en l'absence de statistiques ethniques en France, s'appuie sur des données anglaises et américaines ⁽²⁾ et souligne également les discriminations ethno-raciales qui ont cours à la fois dans le cadre des contrôles de police et dans la sévérité des sanctions pénales prononcées : « Généralement, une décriminalisation de fait (déclin des poursuites ou des condamnations) précède la

(1) Ben Lakhdar, Christian, et Morgane Tanvé. « Évaluation économique de la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants », *Psychotropes*, vol. vol. 19, no. 1, 2013, pp. 27-48.

(2) « L'absence des chiffres exacts en France peut être partiellement palliée par la comparaison avec des données obtenues dans des pays européens. Ainsi, les conclusions d'un récent rapport sur l'usage et la criminalisation des drogues en Grande Bretagne montrent que si les Noirs et les Asiatiques prennent moins de drogues illicites que les Blancs, l'application de la loi se focalise sur ces communautés, dont les membres sont à la fois arrêtés et fouillés six fois plus souvent que les Blancs, et punis bien plus sévèrement pour la possession des substances en question. Pour toutes les infractions relatives aux drogues, y compris les infractions de trafic, les personnes noires sont condamnées quatre fois plus que les personnes blanches. Des études américaines ont également pointé des pratiques particulièrement discriminatoires aux États-Unis. Malgré des niveaux de consommation relativement similaires, les Afro-Américains sont davantage sanctionnés que les Blancs. Ils sont en moyenne plus de 3 fois plus souvent arrêtés. » (avis de la CNCDH du 8 novembre 2016, page 45).

décriminalisation en droit (abrogation de l'incrimination légale). Un tel processus de décriminalisation de fait est actuellement remarquable en matière d'usage de cannabis pour une masse d'usagers, mais pas tous. Il en résulte une inégalité devant la loi pénale que la CNCDH ne peut accepter. »

Ces biais liés aux caractéristiques sociales des personnes contrôlées sont confirmés par une enquête menée en 2016 par le Défenseur des droits. Celle-ci trouve que, si 84 % de personnes interrogées déclarent ne jamais avoir subi de contrôle d'identité au cours des cinq dernières années (90 % des femmes et 77 % des hommes), près de 40 % des jeunes (18-24 ans) indiquent avoir été contrôlés sur la même période. Parmi cette population, ce sont 80 % des jeunes hommes perçus comme noirs ou arabes/maghrébins qui rapportent avoir été contrôlés au moins une fois au cours des cinq dernières années, soit un taux cinq fois supérieur à celui de la population générale ⁽¹⁾.

III. L'IMPÉRATIF D'UNE POLITIQUE SANITAIRE RENDUE DIFFICILE PAR LA PRIORITÉ DONNÉE AU RÉPRESSIF

Il ne saurait être question d'avoir vis-à-vis du cannabis une attitude permissive et de faire preuve de laxisme : le cannabis est une drogue qu'il convient d'appréhender avec la même rigueur que les autres produits psychoactifs, addictifs et légaux, que sont le tabac et l'alcool.

La question de la prévention, d'éducation à l'usage et du suivi des consommations chez les plus jeunes est tout à fait essentielle et la mission d'information a consacré de très nombreuses auditions à cette question en entendant des médecins addictologues, des acteurs de la prévention mais aussi les acteurs de terrain que sont les parents d'élèves et les directeurs d'établissement scolaire.

Le constat est clair : il est aujourd'hui nécessaire de changer de paradigme afin de considérer un jeune à la consommation problématique non pas comme un délinquant mais comme quelqu'un à accompagner. Malheureusement, la politique très répressive conduite actuellement empêche le développement d'une politique de prévention crédible et aboutie.

(1) https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/170120-cp-ddd_enquete_relations_police_population.pdf

A. LE CANNABIS ET LES JEUNES : ATTENTION DANGER !

La communauté scientifique est unanime à souligner la particulière dangerosité du cannabis pour les jeunes et la nécessité d'une vigilance rigoureuse, visant en premier lieu au retardement maximal dans l'entrée dans la consommation. De diverses natures, les risques sont aujourd'hui clairement documentés.

1. De quoi parle-t-on ?

Avant de présenter les risques que les substances cannabinoïdes font porter sur la santé des populations jeunes, il importe de faire un bref rappel sur les produits en cause et leurs effets.

a. *THC et système nerveux central*

Il faut en premier lieu rappeler que :

– les cannabinoïdes endogènes sont des neuromédiateurs naturels, découverts dans les années 1990, qui agissent sur le système endocannabinoïde intervenant dans les processus cognitifs de l'être humain, tels les apprentissages, la régulation de l'homéostasie, la mémoire ou la coordination des mouvements complexes ;

– le cannabis est une substance composée de plusieurs principes actifs, dont le principal est le tétrahydrocannabinol, THC, avec le cannabidiol, CBD. Aux côtés de ces phytocannabinoïdes majeurs, la plante intègre des cannabinoïdes mineurs, ainsi que deux autres groupes notables de principes actifs : les terpènes et les flavonoïdes ;

– agissant sur les récepteurs cannabinoïdes spécifiques au niveau du système nerveux central, le THC et le CBD **peuvent de ce fait influencer sur les processus cognitifs** : « en ce qui concerne les fonctions cognitives, il a été montré cliniquement que l'usage du cannabis sur le court et le long terme peut modifier, de manière plus ou moins transitoire, la régulation des synapses qui régulent les processus d'apprentissage et de mémoire. L'usage du cannabis est ainsi associé à une moindre capacité attentionnelle et des modifications de la coordination motrice. »⁽¹⁾.

Au cours des dernières décennies a en effet été constaté un déséquilibre croissant entre les taux de THC et de CBD, en faveur de teneurs en THC de plus en plus élevées. La principale différence entre ces deux principes actifs est que le cannabidiol (CBD) ne produit pas d'effet stupéfiant, et, lorsqu'il est présent en quantité suffisante, permet de contrebalancer les effets psychoactifs du THC.

(1) Professeur Amine Benyamina, « Légaliser pour mieux protéger », in « Légaliser le cannabis, arguments légaux et médicaux en faveur d'un changement de modèle », Maître Francis Caballero et professeur Amine Benyamina, note pour *Génération libre*, mai 2018, page 27.

Ainsi, un ratio déséquilibré entre les taux de THC et de CBD a pour conséquence de produire des effets stupéfiants plus puissants pour une quantité consommée constante de cannabis. Il en résulte, comme on le verra dans les développements ci-dessous, une élévation des risques potentiels, notamment chez les gros consommateurs.

b. Les différentes formes de produit

Même si cette question est connue, rappelons que le cannabis à usage « récréatif » se consomme sous diverses formes :

– **l’herbe**, en premier lieu, à savoir essentiellement les sommités fleuries et les feuilles séchées, qui sont ensuite fumées, vaporisées ou infusées, voire ingérées ;

– **la résine**, extraite du végétal et compactée, pour être le plus souvent mélangée à du tabac ;

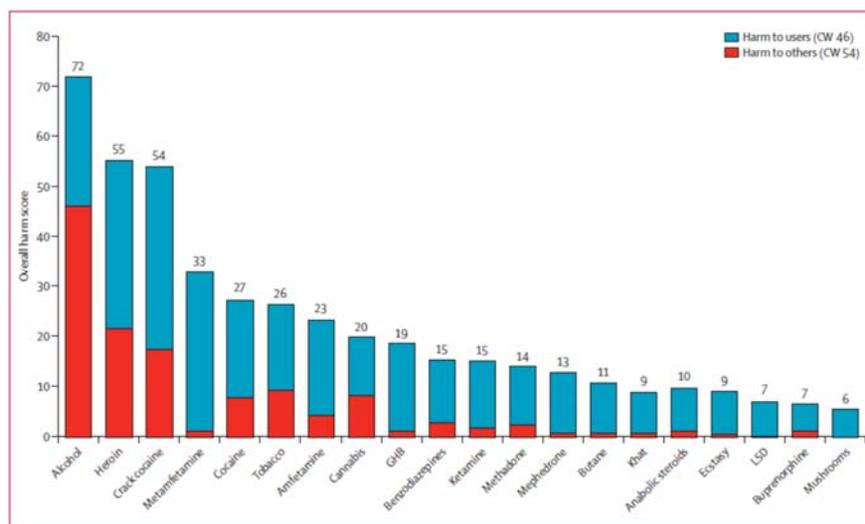
– **les concentrés**, parfois très fortement dosés en THC, obtenues par extraction de cannabinoïdes de la plante selon diverses modalités et consommables notamment par vaporisation en cigarette électronique.

Facteurs de dangerosité des drogues

Les travaux du Professeur Bernard Roques en 1998 avaient mis en évidence dans un rapport au ministre de la santé que, parmi les différentes drogues disponibles – héroïne, cocaïne, MDMA, psychostimulants, alcool, benzodiazépines, cannabinoïdes et tabac – l’alcool et le tabac présentaient des taux de dangerosité parmi les plus élevés ⁽¹⁾.

S’agissant du cannabis, le professeur Roques indiquait notamment : « le cannabis ne possède aucune neurotoxicité telle qu’elle a été définie au chapitre III. De ce point de vue, le cannabis se différencie complètement de l’alcool, de la cocaïne, de l’ecstasy et des psychostimulants, ainsi que de certains médicaments utilisés à des fins toxicomaniaques. Outre leur neurotoxicité, ces substances induisent des altérations comportementales très sévères et une dangerosité sociale dans le cas de l’alcool et de la cocaïne qui ne sont pratiquement jamais retrouvées avec le cannabis. »

Une étude britannique réalisée par un comité scientifique indépendant sur les drogues, a permis de classer vingt drogues différentes selon seize critères de dangerosité : neuf critères relatifs aux dommages individuels, sept portant sur les dommages sociaux. Les résultats de cette étude, publiée dans *The Lancet* en 2010 ⁽²⁾, confirment la forte dangerosité de l’alcool et du tabac, cependant que le cannabis n’arrive qu’au huitième rang, comme le met en lumière le diagramme ci-dessous. En bleu, l’importance des dommages individuels ; en rouge, celle des dommages aux autres



(1) <https://blocpot.qc.ca/fr/rapport-du-professeur-bernard-roques-france-1998>

(2) « Drugs harms in the Royaume-Uni : a multicriteria decision analysis », David J Nutt, Leslis A King, Lawrence D Phillips, on behalf of the Independent Scientific Committee on Drugs, *The Lancet* 2010 ; 376, 1^{er} novembre 2010, pages 1558-1565 <https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2810%2961462-6>

c. La composition problématique des produits

i. Des produits aujourd’hui très fortement dosés en THC

En premier lieu, et même si les chiffres cités par les experts consultés par la mission d’information varient sensiblement, les produits aujourd’hui disponibles sur le marché présentent des **taux de THC incomparablement supérieurs à ce qu’il en était autrefois**.

Au cours des dernières décennies a en effet été constaté un déséquilibre croissant en faveur de teneurs en THC de plus en plus élevées, dont les effets problématiques ne peuvent plus être contrebalancés par ceux du CBD. Il en résulte, comme on le verra dans les développements ci-dessous, une élévation des risques potentiels, notamment chez les gros consommateurs.

M. Alexis Goosdeel, directeur de l’Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), indiquait ainsi ⁽¹⁾ que les produits saisis dans l’Union européenne, qui contenaient auparavant en moyenne environ 4 % de THC, présentent aujourd’hui des taux de concentration d’environ 18 %, voire jusqu’à 24 %, que ce soit pour la résine ou l’herbe. Le **docteur Nicolas Prisse**, président de la Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA), indiquait ⁽²⁾ qu’en 1995, le taux de THC n’était encore que de 6 %. Selon l’ensemble des experts auditionnés par la mission d’information, il n’est pas rare de trouver aujourd’hui des concentrations de THC dépassant les 30 %. Le **professeur Jean-Claude Alvarez**, chef du service pharmacologie-toxicologie au CHU Raymond Poincaré ⁽³⁾ évoque ainsi des sommités fleuries concentrées en THC à 29 %, la concentration des résines ne cessant également d’augmenter.

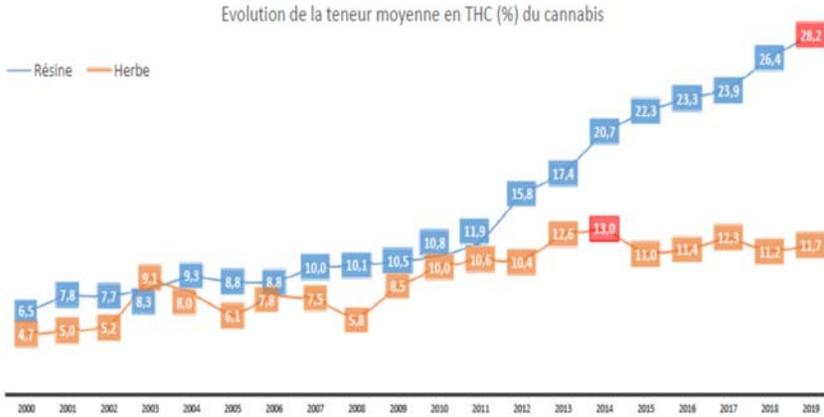
En d’autres termes, **la puissance de la drogue proposée est aujourd’hui considérablement plus forte que dans les années 1970-1980**, et elle a été multipliée par trois au cours des quinze dernières années, comme le met aussi en lumière le tableau ci-dessous ⁽⁴⁾. Elle se caractérise par un déséquilibre entre le ratio entre les taux de THC et de CBD.

(1) *Audition du 27 janvier 2021.*

(2) *Audition du 25 novembre 2020.*

(3) *Audition du 2 décembre 2020.*

(4) « *Légaliser le cannabis* », *op. cit.*, page 52.



Données présentées à la mission d'information par la direction générale de la police nationale (DGPN).

Même si les consommateurs peuvent adapter leur consommation en réduisant la quantité de produit consommé, ce sujet reste majeur dès lors que l'association entre concentration en THC et précocité de la consommation détermine notamment l'addiction, comme le rappelait le professeur Amine Benyamina, président de la Fédération française d'addictologie⁽¹⁾, indépendamment d'autres effets plus immédiats que l'on présentera plus loin.

(1) Table ronde du 2 décembre 2020.

La « théorie de l'escalade », une théorie démentie par les faits

Aucun des spécialistes que la mission d'information a auditionnés n'a argumenté sur le fait que la consommation de cannabis entraînerait celle de drogues dures. En d'autres termes, la « **théorie de l'escalade** » – qui a conduit les promoteurs de la prohibition et de la répression à mettre sur le même plan le cannabis et l'héroïne, sans avoir jamais été démontrée scientifiquement – est aujourd'hui totalement abandonnée.

La « théorie de l'escalade » (« *stepping-stone theory* ») suppose en effet que la consommation de cannabis mène inexorablement vers la consommation de drogues dites « dures », l'usager s'habituant aux effets du cannabis et cherchant à obtenir un état d'ivresse toujours plus fort. La théorie se fonde sur le fait qu'une grande partie des consommateurs de drogues dures (héroïne, cocaïne, métamphétamines, etc.) commence par le cannabis, or, dans les faits, cette corrélation n'entraîne pas un lien de causalité dans la mesure où, si la consommation de cannabis a effectivement augmenté de façon importante dans la population générale, la consommation de drogues « dures » n'a pas suivi.

Un récent rapport de l'**Association Addictions France** ⁽¹⁾ rappelle à ce sujet que les experts en addictologie raisonnant désormais autour de la « théorie de la porte ouverte », selon laquelle « la première expérimentation peut être le "marchepied" vers l'usage d'autres types de drogues, même si la proportion d'expérimentateurs devenant dépendants reste – fort heureusement – faible. »

Dans le cadre de cette théorie, c'est l'environnement du consommateur de cannabis qui favorise l'accès à d'autres types de drogues plutôt que le cannabis lui-même. En effet, c'est au contact des dealers, conséquence du système de prohibition, que la porte est ouverte vers la consommation d'autres substances.

ii. Des produits souvent frelatés

Le deuxième aspect tient à la présence dans les produits disponibles de **substances de coupage**, à savoir des **produits chimiques** de toutes natures et dangereux pour la santé. Les fabricants les insèrent pour augmenter le poids, le volume ou améliorer l'aspect de la marchandise qu'ils proposent. Face à cette réalité, les consommateurs se fournissant sur le marché noir n'ont évidemment **aucune possibilité de connaître la composition exacte et de contrôler la qualité de ce qu'ils acquièrent** auprès de revendeurs intervenant dans l'illégalité du fait de la prohibition en vigueur.

Cet aspect n'est pas sans conséquence pour la santé des consommateurs compte tenu de la nature des produits utilisés par les trafiquants. Parmi les substances les plus fréquentes se retrouvent en effet des colles, des détergents, de la cire, de la terre, du sable, du talc, des laques, du verre, du cirage, mais aussi **des hydrocarbures, tel que du kérosène, ou des huiles de vidange**.

(1) « La loi de 70 sur les stupéfiants : 50 ans de répression (ou pas) », Bernard Basset, Alain Rigaud et Myriam Savy, *Décryptages*, janvier 2021, page 8.

Des échantillons analysés en Allemagne en 2012 ont par exemple montré que 10 % du poids de la résine proposée étaient en fait des **résidus de plomb**. Les ajouts de telles substances sont évidemment de nature à aggraver les risques, notamment d'intoxication, dus à la consommation, et plusieurs cas d'hospitalisation ont ainsi été répertoriés en Allemagne. De même, en France, des agences régionales de santé ont eu également l'occasion d'alerter sur des risques de troubles divers répertoriés – malaises, sueurs, sensations de fatigue, douleurs musculaires, acouphènes, tachycardies, hallucinations, pertes de mémoire ou même évanouissements – dus à du cannabis frelaté ⁽¹⁾, dont on constate la **présence de plus en plus fréquente sur le marché**.

iii. L'urgence du cannabis de synthèse ou néocannabinoïdes

Il faut enfin signaler l'arrivée sur le marché depuis quelques années de nouveaux produits, les **cannabinoïdes de synthèse ou communément appelé « Spice »**, dont les effets sont notoirement plus dangereux pour la santé que les phytocannabinoïdes et représentent de ce fait une problématique d'une particulière acuité.

Selon les informations que donne **le professeur Alvarez**, l'industrie pharmaceutique a arrêté il y a quelques années le développement des cannabinoïdes de synthèse qu'elle commençait à utiliser pour la fabrication d'un certain nombre de médicaments, par exemple contre l'obésité masculine ou l'anxiété, à cause d'effets secondaires indésirables graves, tel le **doublément du taux de suicide** chez les patients traités avec ces nouvelles molécules, résultats de leur action sur le système endocannabinoïde. Ce sont précisément ces molécules qui sont aujourd'hui utilisées par les trafiquants de drogue.

Pour le **docteur Patrick Pelloux** ⁽²⁾, président de l'Association des médecins urgentistes de France, on a quitté l'époque des drogues « naturelles » pour entrer dans celle des drogues synthétiques – Ecstasy, MDMA, etc. – qui sont des mélanges « explosifs », dont les effets sur les récepteurs sont démultipliés, tant au niveau des effets recherchés que des effets indésirables. Selon le **professeur Jean-Claude Alvarez**, on en constate aujourd'hui les ravages, **la concentration de ces nouvelles molécules étant jusqu'à cent fois supérieure** aux normales antérieures, avec des effets induits beaucoup plus violents sur les récepteurs. Les signaux d'alerte au niveau mondial sur leur dangerosité se multiplient.

Pour ces raisons, **les produits consommés sont aujourd'hui plus destructeurs** que ceux qui étaient disponibles dans les années 1970 ou 1980, et l'association entre des taux de THC excessifs et une composition fréquemment frelatée pose un **important problème de santé publique, directement dû à la prohibition**.

(1) <https://www.addictolyon.fr/post/ars-circulation-de-cannabis-frelat%C3%A9-alerte-d-addictovigilance>

(2) *Audition du 20 novembre 2020.*

Cet aspect est en outre à examiner sous un angle social : bien que l'exposition au cannabis touche toutes les classes sociales, une inégalité existe, comme cela a été vu, dans la consommation des jeunes, par exemple plus fréquente dans les lycées professionnels que dans les lycées généraux, et les consommateurs des milieux et quartiers défavorisés sont évidemment ceux n'ayant d'autre possibilité que d'acquérir les produits les plus dangereux.

2. Le risque avéré de troubles psychiatriques chez les plus jeunes

Le premier risque, probablement le plus important compte tenu de ses effets délétères à très long terme, est celui de **dommages d'ordre cérébral** chez les jeunes consommateurs, et par conséquent, de développement de troubles psychiatriques, lesquels inscrivent ensuite les victimes dans une spirale durablement négative.

Il n'est pas inutile de rappeler, en premier lieu, comme l'indiquait à la mission d'information la **professeure Marie-Odile Krebs**, cheffe du pôle hospitalo-universitaire de l'hôpital Saint-Anne ⁽¹⁾, qui a notamment travaillé sur les aspects de neurobiologie du cannabis et sur l'émergence des pathologies, que les maladies psychiatriques **débutent, à 75 %, avant l'âge de vingt-cinq ans**, et surtout, que la schizophrénie, qui touche quelque 400 000 personnes dans notre pays, ou les troubles bipolaires, **diminuent l'espérance de vie des patients de dix à quinze ans**, indépendamment des conséquences en termes de trajectoires de vie ou de désocialisation.

a. Des données statistiques préoccupantes

Une publication récente de la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) du ministère de la santé sur la santé mentale des élèves de troisième, a ainsi démontré que ceux dont la santé mentale est la plus dégradée – classes 5 et 6 du tableau ci-dessous – sont aussi ceux ayant les plus fortes consommations de substances psychoactives (alcool, cannabis et tabac) : « Les consommations de substances psychoactives (alcool, cannabis et tabac) sont toutes associées à une moins bonne santé mentale. La différence entre les six classes se retrouve aussi bien concernant les comportements rares en troisième, comme l'expérimentation du cannabis et le tabagisme régulier, que ceux un peu plus fréquents de consommation d'alcool et d'usage de la cigarette électronique. » ⁽²⁾.

(1) Table ronde du 2 décembre 2020.

(2) Source : « La santé mentale des adolescents de 3^e en 2017 », Valérie Carrasco et Nathalie Guignon, *Les dossiers de la DREES*, n° 65, septembre 2020, page 24.

INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE DES ÉLÈVES DE TROISIÈME ⁽¹⁾

Variable	modalité	ens	% de la modalité dans la classe					
			classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6
consommations								
cannabis	jamais	97,5%	98,2%	98,2%	98,3%	97,3%	96,8%	90,0%
	1 fois au moins	2,5%	1,8%	1,8%	1,7%	2,7%	3,2%	10,0%
alcool	jamais	77,6%	83,5%	78,2%	77,2%	75,7%	71,6%	62,2%
	< 1 fois/semaine	20,0%	14,9%	19,6%	20,4%	21,9%	25,5%	32,2%
	> 1 fois/semaine	2,3%	1,6%	2,2%	2,4%	2,4%	3,0%	5,6%
ivresse	jamais	82,3%	87,7%	83,8%	80,4%	83,6%	75,3%	61,4%
	1 fois	9,3%	5,9%	9,0%	10,4%	8,5%	12,6%	21,5%
	2 à 3 fois	4,8%	3,2%	3,5%	5,8%	5,2%	6,2%	9,7%
	> 3 fois	3,7%	3,3%	3,7%	3,5%	2,7%	6,0%	7,4%
cigarettes	jamais	91,7%	95,9%	94,0%	90,7%	91,9%	84,3%	75,6%
	< 1 fois/semaine	3,9%	1,7%	2,6%	5,9%	3,9%	7,8%	6,1%
	> 1 fois/semaine	4,4%	2,4%	3,4%	3,4%	4,2%	7,9%	18,3%
cigarette électronique	jamais	78,6%	85,7%	80,0%	77,6%	76,5%	70,6%	60,7%
	1 fois au moins	21,4%	14,3%	20,0%	22,4%	23,5%	29,4%	39,3%

Cette étude, réalisée sur la base d'un auto-questionnaire proposé aux collégiens auquel ont répondu près de 7 000 élèves, montre également que **le mal-être se manifeste plus particulièrement au niveau du risque suicidaire**. Selon le tableau ci-dessous, si dans l'ensemble, 7,4 % des adolescents ont eu des **pensées suicidaires** au cours des douze derniers mois, ceux de la classe 5 sont nettement surreprésentés, **plus des trois-quarts – 78,5 % – étant dans ce cas**. De même, les **tentatives de suicide** touchent 60 % des adolescents de la classe 6, et ont, dans un quart des cas, entraîné une hospitalisation. La détresse psychique et les actes auto-agressifs, ainsi que l'envie de se faire vomir, sont également nettement plus présents dans ces populations des classes 5 et 6, qui représentent 13 % des collégiens de troisième.

Pour la professeure Marie-Odile Krebs ⁽²⁾, la consommation de **cannabinoïdes augmente sérieusement le risque de troubles psychiatriques**, et l'évolution des consommateurs vers la **schizophrénie, les troubles anxieux ou dépressifs**, est désormais bien démontrée et relativement significative : **le risque est en effet doublé pour les jeunes de moins de dix-huit ans** et plus grand encore pour ceux débutant leur consommation de cannabis avant l'âge de quinze ans. Le cannabis semble ainsi agir comme un catalyseur, voire un accélérateur, de troubles psychiques affectant sérieusement la santé mentale des consommateurs.

(1) Source : « La santé mentale des adolescents de 3^e en 2017 », op. cit., page 22.

(2) Table ronde du 2 décembre 2020.

**TYPLOGIE SELON LES INDICATEURS DE SANTÉ MENTALE :
CARACTÉRISTIQUES DES CLASSES ⁽¹⁾**

Variable	Value	ens	% modalité dans la classe					
			classe 1	classe 2	classe 3	classe 4	classe 5	classe 6
risque suicidaire	PS seule	7,4%	0,1%	1,7%	1,3%	1,2%	78,5%	3,4%
	TS	3,9%	0,0%	0,4%	0,4%	2,2%	2,5%	60,4%
	TS hospitalisé	1,6%	0,0%	0,1%	0,3%	0,8%	0,8%	25,7%
détresse psychique score K6	faible	49,8%	96,4%	67,4%	7,3%	42,3%	9,5%	2,2%
	modérée	16,5%	0,1%	2,4%	70,6%	0,0%	0,4%	28,7%
	élevée	25,8%	1,9%	27,9%	18,1%	52,9%	53,8%	25,1%
	très important	7,9%	1,6%	2,3%	4,1%	4,7%	36,3%	44,0%
actes auto-agressifs	aucun	78,0%	97,0%	86,7%	78,8%	72,8%	43,2%	19,0%
	score 1 à 2	13,9%	1,1%	10,6%	16,2%	21,2%	31,2%	27,4%
	score >= 3	8,1%	1,9%	2,7%	5,0%	5,9%	25,7%	53,6%
problèmes sommeil	aucun	10,2	29,4%	0,0%	8,3%	0,2%	0,9%	1,2%
	score 1 à 2	34,9	42,9%	45,8%	28,0%	35,9%	13,0%	15,0%
	score 3 à 5	38,4	23,2%	41,5%	46,0%	47,2%	44,8%	34,9%
	score >= 6	16,4	4,5%	12,7%	17,7%	16,7%	41,3%	48,9%
problèmes comportemental alimentaire	aucun	38,5	91,6%	0,3%	24,7%	28,1%	9,7%	9,7%
	score = 1	24,1	4,9%	98,5%	21,5%	0,0%	18,2%	17,0%
	score 2 à 3	23,7	3,2%	0,5%	18,2%	71,9%	21,8%	33,2%
	score 4 à 6	10,4	0,2%	0,0%	35,6%	0,0%	17,6%	30,3%
	score >= 7	3,3	0,2%	0,8%	0,0%	0,0%	32,7%	9,7%
se faire vomir	oui	4,6%	0,2%	0,8%	0,5%	4,0%	7,1%	56,5%

b. Au-delà des statistiques, une réalité médicale très concrète quant aux effets psychiatriques

Les recherches scientifiques ont désormais prouvé que le cannabis avait un effet sur la maturation cérébrale, encore inachevée à l'adolescence. Pour cette raison, **le risque cognitif est important et sans doute bien au-delà de l'âge de dix-huit ans**. Raisons pour lesquelles la question de l'âge du consommateur est centrale, les effets du cannabis sur les récepteurs n'étant absolument pas les mêmes sur un cerveau mature que sur un cerveau en développement, rappelait aussi le **professeur William Lowenstein ⁽²⁾**.

(1) Source : « *La santé mentale des adolescents de 3^e en 2017* », *op. cit.*, page 17; « Les cases en vert correspondent aux modalités les plus surreprésentées dans la classe (valeur du test de significativité >=20, cf. encadré 2, « typologie des élèves fondée sur leur état de santé mentale » : la valeur du test est positive si la modalité est surreprésentée dans la classe et négative si la modalité est sous-représentée. Plus la valeur absolue est grande, plus la différence est significative. On considère que la différence est significative pour une valeur absolue du test supérieure 2. »

(2) Table ronde du 2 décembre 2020.

Pour le président de SOS addictions, autant le cannabis est une substance psychoactive peu ou pas problématique chez l'adulte, autant elle l'est chez un adolescent et doit pour cette raison être au cœur de la réflexion politique : **plus la consommation est précoce, plus les risques de dépendance et les méfaits sont élevés**. Pour reprendre les termes du **professeur Amine Benyamina**, cette probabilité de développer des symptômes psychotiques, voire une schizophrénie, est une question extrêmement importante et **la consommation précoce avant l'âge de quinze ans doit de ce fait être considérée comme un facteur de très mauvais pronostic**.

Concrètement, les cannabinoïdes, agissant sur un très grand nombre de récepteurs du cerveau, entraînent des troubles du sommeil, de la mémoire, notamment chez les jeunes, des troubles anxigènes, des troubles dépressifs, des troubles psychotiques pouvant aller jusqu'à la schizophrénie. **Les cas sont actuellement en augmentation**, probablement dus à l'augmentation des teneurs en THC ⁽¹⁾. **Le professeur Amine Benyamina** insiste notamment sur le fait que **le cannabis est un produit pouvant entraîner addiction et dépendance**, à savoir une pathologie chronique et récurrente pouvant induire des émotions négatives et autres dommages le plus souvent mineurs mais, dans certains cas heureusement plus rares, majeurs, jusqu'à la psychose ⁽²⁾. La file active de jeunes consommateurs psychotiques qu'il suit à l'hôpital Paul Brousse où il a ouvert la première consultation cannabis dès 2005 et où il exerce comme chef du service de psychiatrie et d'addictologie, est « **extrêmement importante** ».

Pour la **professeure Marie-Odile Krebs** ⁽³⁾, la consommation de **cannabinoïdes augmente sérieusement le risque de troubles psychiatriques**, et l'évolution des consommateurs vers la **schizophrénie, les troubles anxieux ou dépressifs**, est désormais bien démontrée et relativement significative : **le risque est en effet doublé pour les jeunes de moins de dix-huit ans** et plus grand encore pour ceux débutant leur consommation de cannabis avant l'âge de quinze ans.

Le cannabis est de ce fait l'un des plus importants facteurs de risques d'apparition de troubles ou maladies psychiatriques, notamment supérieur à l'alcool, comme l'indiquait aussi **le professeur Amine Benyamina**. C'est aussi l'un des plus facilement évitables. Il s'agit en outre d'un facteur très dépendant de la personne, tous les individus ne réagissant pas de manière identique aux mêmes substances, et cette caractéristique invite fortement à explorer la question de la prévention ciblée en direction des personnes identifiées comme étant à risque et, plus généralement, de l'éducation à l'usage pour l'ensemble des publics jeunes.

(1) *Audition du professeur Jean-Claude Alvarez.*

(2) Pour mémoire, l'article L. 3411-3 du code de la santé publique définit la dépendance comme « un comportement orienté vers la recherche et la consommation d'une drogue en quantité nuisible à la santé du consommateur et à la société. »

(3) *Table ronde du 2 décembre 2020.*

Alors même que le caractère addictogène du cannabis est bien moindre que celui d'autres drogues, comme l'héroïne ou le tabac, le risque de dépendance n'est cependant pas anodin : les dernières données scientifiques montrent en effet qu'environ **un cinquième des consommateurs de cannabis présentent des signes de dépendance** ⁽¹⁾. Encore une fois, c'est dans les tranches d'âge les plus jeunes, ou parmi les catégories de populations présentant des troubles préexistants, que les risques sont les plus élevés.

Cet aspect doit d'autant plus attirer l'attention qu'**un certain nombre de consommateurs actuels de cannabis, notamment jeunes, sont en fait des pluri-consommateurs qui ne se limitent pas au seul cannabis**, l'alcool, l'ecstasy, les benzodiazépines, etc., étant également des drogues utilisées en complément du cannabis. Il y a de ce fait un **effet cumulatif indéniable et très problématique** des consommations que pratiquent les adolescents, chez qui les risques s'additionnent pour ces raisons. Le **professeur Christophe Lançon**, psychiatre et addictologue à la faculté de médecine de Marseille ⁽²⁾, attire notamment l'attention sur **l'importance, dans cette situation, du risque suicidaire**.

D'autres facteurs ont également leur importance, notamment la nature des produits consommés, ou les antécédents familiaux. La question a d'autant plus d'acuité que le cannabis consommé aujourd'hui est, comme on l'a souligné, à la fois de mauvaise qualité et très fortement dosé en THC. Or, comme le rappelait le **professeur Amine Benyamina** ⁽³⁾, les recherches scientifiques montrent que les facteurs de décompensation psychotique, aigus ou chroniques, sont fortement corrélés à la teneur en THC.

En d'autres termes, **la précocité de la consommation, la teneur en THC, les prédispositions familiales, et l'environnement global entourant l'utilisateur, peuvent constituer les facteurs cumulatifs d'un cocktail préoccupant en termes de santé mentale** dont les effets connexes et durables sont graves, au-delà des seuls aspects médicaux, les troubles dépressifs des adolescents entraînant par exemple un **risque suicidaire supérieur à l'âge adulte**.

(1) Selon l'OFDT : « parmi les usagers actuels de cannabis de 15-64 ans, 21 % sont identifiés comme des usagers à risque faible, et **20 % à risque élevé d'abus ou de dépendance**. Ramené à l'ensemble de la population, 1,7 % des 15-64 ans présenteraient ainsi un risque élevé d'usage problématique (2,7 % des hommes et 0,8 % des femmes). » <https://www.ofdt.fr/produits-et-addictions/de-z/cannabis/>

(2) Table ronde du 2 décembre 2020.

(3) Table ronde du 2 décembre 2020.

3. D'autres aspects sanitaires ou sociaux non négligeables

Les conséquences de la consommation de cannabis dépassent le simple champ de la santé mentale et l'on note d'autres effets importants. En outre, certaines incidences psychosociales d'une consommation soutenue de cannabis ne sont pas à négliger.

a. Des effets certains sur la santé

i. Des risques cardiovasculaires accrus

Le cerveau n'est pas le seul organe touché par le cannabis qui semble notamment avoir des **effets cardiovasculaires importants**.

La consommation de cannabis a un effet direct sur l'augmentation de la fréquence cardiaque, due à l'effet psychoactif du THC. **Une augmentation immédiate du risque d'infarctus est désormais avérée**, dans l'heure suivant la consommation ⁽¹⁾.

Le **professeur Jean-Claude Alvarez** précisait à cet égard que, depuis les années 2010 sont apparus avec une certaine fréquence des types de décès autrefois inconnus sur des individus relativement jeunes et sans antécédents cardiaques chez lesquels ont seulement été trouvées des concentrations très élevées de THC. Sont notamment en cause ici les cannabinoïdes de synthèse, beaucoup plus dosés en THC que le cannabis naturel, et de ce fait susceptibles d'**effets indésirables beaucoup plus violents et très rapides**.

ii. Des risques notamment associés aux modes de consommation

Si l'on ne meurt jamais d'overdose de cannabis, l'évolution des produits, notamment disponibles sur internet, dont la consommation augmente, n'est pas sans effets collatéraux. Des signaux d'alerte sont apparus qui incitent aujourd'hui à une certaine vigilance.

En premier lieu, le **professeur William Lowenstein** insistait sur la problématique de la voie d'administration du produit et sur la **nocivité de la combustion**, bien mise en évidence dans le cadre des politiques de lutte contre le tabagisme. Aux effets néfastes du cannabis sur le cerveau des jeunes consommateurs, ou à la possibilité de dépendance, s'ajoutent de ce fait ceux induits par les modes de consommation. La consommation de cannabis fumé peut ainsi entraîner des bronchopneumopathies chroniques obstructives, voire des cancers, dans la mesure où elle est associée au tabac, dont le caractère cancérigène n'est plus à démontrer ⁽²⁾.

(1) Professeur Amine Benyamina, « *Légaliser pour mieux protéger* », *op. cit.*

(2) Professeur Amine Benyamina, *ibid.*

Dans le même ordre d'idées, le **professeur Christophe Lançon** attire surtout l'attention sur les problèmes dus à la **consommation chronique de cannabis**, qui est facteur de risques et de complications sérieuses à l'âge adulte sur un plan médical, tant au **niveau pulmonaire** – cf. les **risques de cancers** – que **somatique d'une manière générale**. Même si les dangers sont moindres que ceux provoqués par le tabac, divers autres effets sont visibles, par exemple sur le système immunitaire, la fertilité ou le foie ⁽¹⁾.

À cet effet, une note récente de notre collègue **Mme Huguette Tiegna**, députée, vice-présidente de l'Office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques (OPESCT), apportait un certain nombre de précisions quant aux effets sur les risques de cancers, sur les risques cardio-métaboliques et respiratoires, sur le système immunitaire, les risques d'accidents, etc ⁽²⁾.

D'autre part, il n'est pas nécessaire d'insister longuement sur les effets nocifs spécifiques, que soulignait par exemple le **professeur William Lowenstein** ⁽³⁾, sur les **femmes enceintes et leur fœtus** : les risques de fausses couches, de naissances prématurées, de faibles poids des enfants sont par exemple plus fréquents. Les experts mentionnent également des incidences sur le fonctionnement cérébral des bébés – sachant que, selon une étude récente, le THC resterait présent six semaines dans le lait maternel ⁽⁴⁾ – et à terme, de prédisposition des adolescents à la consommation, qui sont notamment avérés.

Les travaux coordonnés par le **professeur Jean-Claude Alvarez** ont par ailleurs mis en lumière que, au-delà des risques présentés plus haut, l'action du THC sur les récepteurs endocannabinoïdes avait un effet certain sur la **baisse de vigilance** des consommateurs se traduisant notamment par des temps de réaction aux sollicitations supérieurs.

L'Étude Vigicann ⁽⁵⁾, dont les résultats ont été publiés en mars 2019, a ainsi permis d'évaluer la relation entre la concentration sanguine en THC et les **effets du cannabis fumé sur l'organisme**. Il est tout d'abord apparu que les consommateurs chroniques – fumant un à deux joints par jour – présentaient une concentration de THC dans le sang deux fois supérieure à celle des fumeurs occasionnels – fumeurs d'un à deux joints par semaine – pour une même dose. Cette concentration de THC est à son acmé cinq minutes seulement après consommation. Elle décroît ensuite rapidement et, après vingt-quatre heures, n'est plus décelable que dans la salive des consommateurs chroniques.

(1) « Amine Benyamina, doc addict », *Libération*, 14 janvier 2018.

(2) « Enjeux sanitaires du cannabis », Huguette Tiegna, novembre 2019 : https://www2.assemblee-nationale.fr/content/download/181491/1818183/version/3/file/21.+Enjeux+sanitaires+du+cannabis_.pdf

(3) Table ronde du 2 décembre 2020.

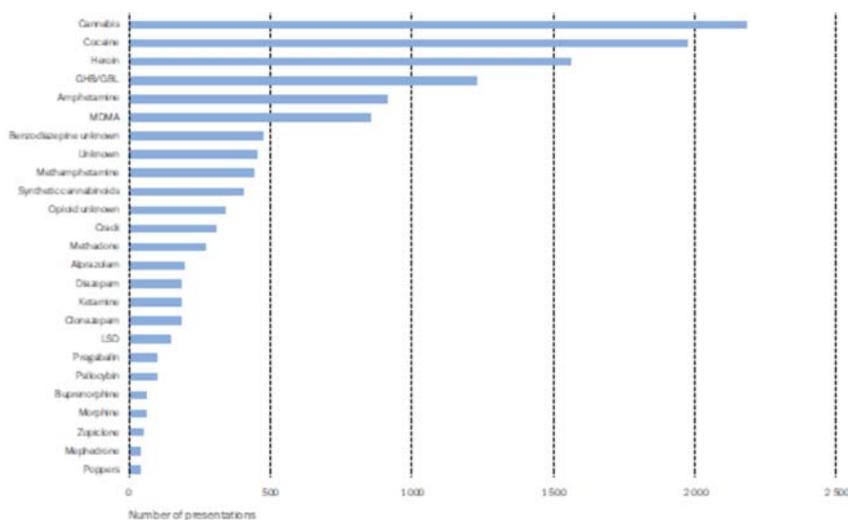
(4) <https://www.newsweed.fr/etude-thc-reste-6-semaines-lait-maternel/>

(5) <https://www.aphp.fr/content/etude-vigicann-une-etude-controllee-confirme-une-baisse-de-la-vigilance-et-une-alteration-des>

Les effets mesurés se traduisent par des temps de réaction considérablement accrus chez les consommateurs occasionnels, de 19 % pour des doses de 10 milligrammes à 27 % pour des doses de 30 milligrammes. En revanche, l'augmentation du temps de réaction n'est que de 11 % et de 19 % respectivement, chez les fumeurs chroniques, malgré une concentration supérieure. Des effets non négligeables sont observés sur **simulateurs de conduite automobile**. Ils sont à leur maximum cinq heures après la consommation et d'une durée variable, de huit heures pour les consommateurs chroniques, mais de treize heures chez les occasionnels, l'association fréquente à l'alcool ayant par ailleurs des effets aggravants. En d'autres termes, est mis en lumière un **effet d'accoutumance** chez les consommateurs chroniques.

On ne saurait en conséquence nier le caractère nocif et l'impact sanitaire du cannabis que confirme le graphique ci-dessous, extrait du **dernier rapport de l'Observatoire européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)** ⁽¹⁾ qui montre la part des différentes drogues disponibles dans les hospitalisations d'urgence pour usages. On constate **l'importance du cannabis**, qui occupe la première place, devant nombre de drogues beaucoup plus dangereuses, étant toutefois soulignée la question de l'augmentation des **cannabinoïdes de synthèse** dans cette situation.

ADMISSIONS EN URGENCE HOSPITALIÈRE - CLASSEMENT
DES VINGT-CINQ DROGUES LES PLUS PRÉSENTES ⁽²⁾



(1) European Monitoring Center for Drugs and Drugs Addiction (EMCDDA), European Drug report, Trends and Development,

https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf

(2) Statistiques portant sur 9 134 admissions dans 27 hôpitaux de dix-neuf pays européens.

b. Des conséquences sociales durables et non négligeables

L'adolescence est une **période de vulnérabilité cérébrale** mais aussi sur les plans psychologique et social. Ce qui se joue alors a des incidences à long terme, en termes de possible survenue de pathologies psychiatriques comme on l'a vu, mais aussi sur les **apprentissages**, dans la mesure où tout ce qui affecte la scolarité durant cette période peut avoir des **effets durables en termes d'échecs** et, consécutivement, **d'insertion sociale et d'emploi**.

On estime que le cerveau atteint sa maturité à vingt-cinq ans environ, selon **Maria Melchior**, directrice de recherche à l'Inserm, épidémiologiste, spécialiste des déterminants sociaux et familiaux de la santé mentale et des conduites addictives⁽¹⁾. Les études de suivi de cohortes menées sur une longue durée par l'Inserm montrent une **probabilité de suivre des études supérieures inférieure à 60 % pour les jeunes ayant commencé à fumer avant l'âge de seize ans**.

Dans le même ordre d'idées, la **probabilité d'être au chômage ou d'occuper des emplois précaires** est aussi supérieure. On peut y voir un **effet cumulatif d'engrenage**, dû aux effets de la consommation de cannabis sur la mémoire, sur les capacités de concentration et la motivation. **Cet effet démotivant** est le principal problème pour le **professeur Bruno Falissard**, directeur du centre de recherche en épidémiologie et santé des populations de l'Inserm⁽¹⁾

Pour la **docteure Marie Choquet**, directrice de recherche honoraire à l'Inserm, les aspects les plus importants constatés par les enquêtes de terrain dans l'enseignement secondaire, sur des élèves de 11 à 19 ans, sont le **lien fort entre consommation de cannabis et absentéisme scolaire**, ainsi qu'avec **la violence**, les deux étant souvent motifs d'exclusion ou prémices de sortie du système scolaire.

Le troisième effet notable chez les consommateurs de cannabis est la **relation avec les tentatives de suicide**, que l'on a évoquée en présentant les conclusions de l'enquête sur la santé mentale des élèves de troisième, plus importantes chez les gros consommateurs, les idées suicidaires étant aussi présentes chez les petits consommateurs. De sorte qu'il y a un continuum entre consommation et pratiques problématiques.

On mesure d'autant plus l'importance de cette question que les personnels de direction des collèges et de lycées soulignent **la banalisation aujourd'hui du sujet** chez les intéressés pour lesquels **le cannabis n'est plus frappé d'interdit ni porteur de l'idée de danger**.

(1) Table ronde du 2 décembre 2020.

Le **changement intervenu** en ce sens en quelques années **est net** ⁽¹⁾, au point que l'absence d'interdit porte dans certains cas, et semble-t-il plus en province qu'en banlieue parisienne, **tant sur la consommation que sur la vente**, et peut même entraîner une forme d'**incompréhension devant la sanction, tant la consommation est devenue normale** ⁽²⁾. Les responsables d'établissements constatent ainsi des pratiques de consommation fréquente, parfois lourdes, accompagnées de comportements traduisant des addictions – pluri-consommations parfois pathologiques, consommation très matinale importante, somnolence en cours – aux effets incontestables sur les **décrochages scolaires et l'absentéisme**.

L'ensemble de ces éléments illustrent **l'impératif absolu d'une politique de prévention solide**, notamment en direction des plus jeunes, que ce soit pour des considérations strictement sanitaires, notamment relatives à la santé mentale des intéressés, que pour des raisons sociales et culturelles. Au regard de ses résultats et de la réalité, cette conclusion amène à s'interroger l'efficacité du dispositif tel qu'il a été institué il y a maintenant près de quarante ans.

B. L'APORIE D'UNE POLITIQUE DE SANTÉ PUBLIQUE DANS UN CADRE RÉPRESSIF

L'échec de la politique menée depuis un demi-siècle est difficilement contestable : malgré les moyens considérables qui lui sont consacrés, l'intransigeance de la politique pénale n'a, comme on l'a vu, en rien réduit les trafics. Elle n'a pas non plus contribué à réduire la consommation dans notre pays – qui reste l'une des plus élevées d'Europe – notamment de la part des jeunes, pour qui le cannabis est désormais totalement banalisé, alors même qu'il n'a jamais été aussi dangereux.

Le bilan mérite d'autant plus d'être tiré que les experts sont unanimes à souligner la **contradiction majeure** dans laquelle se trouve la politique de santé publique en matière de drogue. L'État n'est certes pas inactif, on l'a montré, mais la prévention qui devrait être priorisée, notamment pour détourner les jeunes de la consommation, est objectivement contrariée par le cadre légal et institutionnel en vigueur.

La question de l'efficacité du dispositif est en conséquence clairement posée.

(1) Agnès Prouteau, principale au collège Jean Mermoz de Blagnac, Amand Riquier, proviseur au lycée de Cachan, Lydie Advenier, proviseure au lycée Hector-Guimard de Lyon ; table ronde du 9 décembre 2020.

(2) Gisèle Brunaud, vice-présidente de la Fédération des parents d'élèves de l'école publique, PEEP ; table ronde du 16 décembre 2020.

1. Un corset législatif et réglementaire qui institue une politique pénale inadéquate

Les dispositions en vigueur posent question, notamment en les comparant à celles en vigueur pour le tabac et l'alcool, qui, pour être des drogues licites, n'en sont pas moins également très problématiques en termes de coûts sanitaires et sociaux.

a. Les dispositions en vigueur dans l'esprit de la loi du 31 décembre 1970

i. La dimension pénale

Les dispositions législatives en matière de stupéfiants, qui ont remplacé en 2000 la loi du 31 décembre 1970, ont gardé la même philosophie punitive, dont il n'est pas inutile de rappeler qu'elle a été fortement privilégiée, la dimension sanitaire tardant à être mise en œuvre. Comme le rappelle en effet le plan 1999-2003, « le bilan de l'application de cette loi [de 1970] est contrasté. Si le volet répressif a été immédiatement appliqué, il a fallu attendre 1987 pour que le volet sanitaire, et notamment l'injonction thérapeutique, soit effectivement mis en œuvre. La collaboration entre la justice et la santé a par ailleurs été longtemps marquée par une indifférence, voire une défiance réciproque qui a conduit les magistrats et les policiers d'un côté, les médecins et les intervenants en toxicomanie de l'autre, à évoluer parallèlement, sans échange véritable. »⁽¹⁾.

À l'article **L. 3411-1 du code de la santé publique** qui prévoit qu'« une personne usant de façon illicite de substances ou plantes classées comme stupéfiants bénéficie d'une prise en charge sanitaire organisée par l'agence régionale de santé », s'ajoute l'article **L. 3421-1**, aux termes duquel « l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni **d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende** », peines éventuellement assorties, à titre de **peine complémentaire**, de l'obligation d'accomplir un **stage de sensibilisation** aux dangers de l'usage de produits stupéfiants.

En d'autres termes, il résulte de l'articulation de ces deux dispositions que les usagers de stupéfiants sont **à la fois considérés comme des délinquants et des malades** que l'on contraint à se soigner⁽²⁾. **Ce dispositif semble plus formaté pour des usagers problématiques que pour de simples consommateurs comme le sont dans leur grande majorité les consommateurs de cannabis.**

S'ajoutent à ces premières sanctions de nombreuses autres infractions ou circonstances aggravantes, qui amènent à penser que « le droit a évolué d'une approche sanitaire où la contrainte pénale n'était qu'une éventualité, à une approche

(1) Plan triennal 1999-2003, page 37.

(2) Peut-être en contradiction avec une autre disposition du code de la santé publique, l'article L. 1111-4, selon lequel « Toute personne a le droit de refuser ou de ne pas recevoir un traitement. »

strictement répressive où l'usage est considéré comme une nuisance publique. »⁽¹⁾. De fait, **plus de 3 000 peines de prison sont prononcées chaque année pour usage simple** qui, même si elles sont fréquemment aménagées, conduisent néanmoins à l'incarcération d'environ 140 personnes. Selon les données communiquées à la mission d'information par la **Conférence nationale des procureurs généraux**, l'emprisonnement en matière d'usage représente **environ 10 % des cas**, et **l'emprisonnement ferme est prononcé dans 4 % des cas**⁽²⁾, tous types de drogue confondus.

ii. Articulation avec le volet sanitaire

À ces interdits et sanctions s'ajoutent des **mesures coercitives** qui associent, selon les cas, les **acteurs de la chaîne sanitaire et/ou pénale**.

En premier lieu, la **prise en charge sanitaire** des personnes faisant un usage illicite de stupéfiants se fait prioritairement par voie **d'injonction thérapeutique émise** :

– soit par le directeur de l'agence régionale de santé dans le cas d'un **signalement effectué par un médecin ou par une assistante sociale**, selon les dispositions de **l'article L. 3412-1 du code**, qui précise que l'ARS procède alors à une **enquête sur la vie familiale, professionnelle et sociale de l'intéressé**. En cas d'intoxication avérée après examen médical, l'intéressé a l'obligation de se présenter dans un établissement agréé, qu'il choisit ou, à défaut, qui lui est signifié, pour **suivre une cure de désintoxication** et en apporter la preuve (**L. 3412-2**). Si l'examen médical ne conclut pas à la nécessité d'une cure, l'injonction thérapeutique consiste en une **surveillance médicale** pour la durée nécessaire (**L. 3412-3**) ;

– **soit par l'autorité judiciaire (article L. 3413-1)** ; dans ce cas, l'injonction thérapeutique consiste en une **mesure de soins ou de surveillance médicale**, dont est informé le directeur de l'ARS qui diligente un **examen médical** ou, le cas échéant, une **évaluation socio-psychologique** par tout professionnel habilité, assortie, s'il y a lieu, d'une **enquête**, comme dans le cas précédent. L'autorité judiciaire est ensuite informée de l'opportunité d'une mesure d'injonction thérapeutique laquelle, si elle est confirmée, conduit le médecin à inviter l'intéressé à se présenter dans un Centre de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) ou à se rapprocher d'un médecin pour suivre un traitement médical ou bénéficier d'une prise en charge socio-psychologique (**L. 3413-2**). La durée de la mesure est de six mois, renouvelable trois fois, lorsqu'elle est prise par le procureur (**article L. 3423-1**). Lorsqu'elle est prise par le

(1) Isabelle Boulze-Launay, Yann Bisiou, Nicolas Simon et Benjamin Rolland, « Enjeux juridiques, sociaux et médicaux d'une légalisation du cannabis récréatif en France », *Alcool et addictologie*, 2019, n° 41 (4), page 357.

(2) Source : M. Christophe Barret, *Conférence générale des procureurs généraux. Compte tenu du fait que la peine est inférieure à un an, la proportion de détention réelle est cependant extrêmement faible, eu égard aux modalités d'aménagement existant.*

juge d’instruction envers une personne mise en examen, elle est au plus de vingt-quatre mois (**L. 3424-1**), de même que quand elle est décidée à titre de mesure complémentaire par une juridiction de jugement (**L. 3425-1**).

b. Un cadre qui n’aide ni à la prévention ni à la prise en charge des plus vulnérables

Dans ces conditions, les rapporteurs ne peuvent que suivre les experts qu’ils ont entendus, selon lesquels ce cadre légal, **s’agissant en tout cas du cannabis**, n’est pas le plus propice à une politique de santé publique, et tout particulièrement de prévention de l’usage.

- i. Une comparaison éclairante avec les dispositions relatives à l’alcoolisme et au tabagisme

Il faut tout d’abord remarquer que **l’interdit indiscriminé sur les stupéfiants** prive les pouvoirs publics de certains des outils dont il s’est doté pour agir vis-à-vis d’autres produits, notamment dans une optique de prévention.

En matière de **lutte contre l’alcoolisme**, le code de la santé publique prévoit par exemple la possibilité pour l’État de mener des **campagnes d’information**, l’article **L. 3311-3** indiquant que celles-ci **comportent des messages de prévention et d’éducation**, qui doivent également porter sur la prévention du syndrome d’alcoolisation fœtale et inciter en particulier les femmes enceintes à ne pas consommer d’alcool, et porter sur la prévention de l’alcoolisme des jeunes afin de lutter contre leur consommation excessive.

S’agissant du **tabagisme**, l’attention est spécialement portée **aux établissements scolaires et à l’armée** dans lesquels « **une information de nature sanitaire prophylactique et psychologique est dispensée** », aux termes de l’article **L. 3511-2**. De même, une manifestation annuelle intitulée « **Jour sans tabac** » est organisée par le gouvernement. (**L. 3511-1**).

Rien de tel n’est prévu dans le cadre légal régissant les stupéfiants, catégorie dont relève le cannabis, pourtant infiniment moins addictogène que le tabac et l’alcool ⁽¹⁾. Selon le **professeur Amine Benyamina**, qui prend soin de rappeler que l’addiction est une pathologie personnelle, qui se manifeste différemment selon les individus, « le cannabis affiche une probabilité de transition vers des troubles addictifs inférieure au tabac, à l’alcool et à la cocaïne : **67,5 % pour le tabac ; 22,7 % pour l’alcool ; 20,9 % pour la cocaïne et 8,9 % pour le cannabis**. Des études ont démontré que **l’addiction au tabac, à l’alcool ou à la cocaïne se manifeste plus rapidement chez les personnes et est bien plus forte que pour le cannabis**. Le cannabis est donc globalement moins addictif. » ⁽²⁾

(1) https://www.allodocteurs.fr/maladies/drogues-et-addictions/cannabis/le-cannabis-est-il-plus-nefaste-que-l-alcool-ou-le-tabac_9463.html

(2) « *Légaliser pour mieux protéger* », *op. cit.*, pages 27 et 28.

Certes, l'**article L. 3411-8** du code indique que la politique de réduction des risques et des dommages en direction des usagers de drogue « comprend et permet les actions visant à : 1° Délivrer des informations sur les risques et les dommages associés à la consommation de substances psychoactives ou classées comme stupéfiants (...) » mais cet axe n'est à l'évidence pas le principal.

En outre, **en aucune manière, la personne alcoolique – a fortiori le fumeur – n'est considérée avec une sévérité comparable à celle avec laquelle l'usager de cannabis** est traité, seule l'ivresse publique étant passible d'une amende. Certes, l'**article L. 3413-1** du code de la santé publique prévoit qu'une personne ayant « une consommation habituelle et excessive d'alcool » peut aussi être soumise à une mesure d'injonction thérapeutique par l'autorité judiciaire, mais, d'une part, on n'imagine mal que cette disposition puisse être appliquée autrement que comme accessoire d'une poursuite pénale contre l'intéressé et, d'autre part, elle ne concerne que ceux dont la consommation est « **habituelle et excessive** », **précision absente concernant les usagers de stupéfiants** qui peuvent en conséquence n'être qu'occasionnels.

Dans le même esprit, il est utile de remarquer qu'il résulte aussi des **articles L. 3424-1 et L. 3425-1** précités que les décisions des juges d'instruction et des juridictions de jugement en matière d'injonctions thérapeutiques ne concernent que les seuls usagers de stupéfiants.

ii. La perception unanime du corps médical

Il n'est pas surprenant dans ce contexte que les acteurs de terrain, professionnels de santé ou associations, que la mission d'information a rencontrés, **expriment de manière unanime leur grande réserve vis-à-vis de cet appareil juridique**, qui, en pénalisant fortement l'usage **stigmatise et éloigne de la prévention et du soin les populations intéressées** », comme le disait le **docteur Jean-Michel Delile**, président de la Fédération Addiction ⁽¹⁾.

Pour les **professeurs Marie-Odile Krebs, Amine Benyamina, William Lowenstein ou Christophe Lançon**, les caractéristiques de la consommation de cannabis, notamment chez les jeunes, rendent impérative une politique de prévention, qui devrait être débütée le plus tôt possible. Or, **interdire n'est pas prévenir** et les dispositions en vigueur reviennent en premier lieu à faire la guerre aux usagers dont une minorité est constituée de personnes fondamentalement en situation de vulnérabilité auxquelles il conviendrait de dispenser les soins dont elles ont besoin. Il y a en la matière une injustice que les médecins invitent à mesurer.

(1) Table ronde du 13 janvier 2021.

Pour ces professionnels de santé, la loi devrait tout au contraire être un outil de **prévention ciblée destinée à protéger les populations les plus vulnérables** ⁽¹⁾, dont on sait qu'elles sont en outre dans les faits, en situation d'exclusion, et **souvent dans l'ignorance des dispositifs existants et hors des systèmes de soins et administratifs**, et par conséquent, difficiles d'accès pour les acteurs de la prévention. Inversement, **persister dans la prohibition en vigueur depuis cinquante ans ne peut que nuire à la protection de la jeunesse**, faute, entre autres, de pouvoir correctement informer sur la réalité des produits en cause. Cela est d'autant plus important que le cannabis bénéficie aujourd'hui, comme on l'a vu, d'un **statut particulier dans l'imaginaire des jeunes**, par rapport à autres drogues plus addictives et dangereuses légales – l'alcool et le tabac – ou illégales – les benzodiazépines, l'héroïne – et participe de leur construction sociale par rapport au monde des adultes.

Le bilan de cette politique fondée sur la prohibition est négatif. Pour le **professeur William Lowenstein**, par exemple, elle a fait prendre beaucoup de retard à notre pays et elle **n'a permis de protéger ni la société démocratique ni les individus**, non plus de faire baisser la consommation et ses conséquences. Cette situation n'est tout simplement plus tenable, et il faut désormais s'orienter vers des politiques cohérentes vis-à-vis des risques évitables. En ce sens, il serait essentiel de développer une **politique de santé des addictions**, transversale et pluridisciplinaire, qui permette par exemple de travailler la question centrale du retard de l'âge d'entrée dans la consommation.

iii. Le constat des acteurs de terrain

Les principales associations intervenant dans le champ de la prévention partagent entièrement l'avis des experts du corps médical.

Ainsi, avec **Nicolas Baujard**, représentant l'**APLEAT-ACEP**, **Alexis Grandjean**, pour la **Fédération Addiction**, soulignait ⁽²⁾ la **nécessité d'une approche globale**, associant notamment **acteurs éducatifs, sociaux et sanitaires**, et constatait **l'échec patent de la prohibition** qui invitait à une réflexion générale, en particulier en ce qui concerne les jeunes consommateurs et leur accès aux soins. Le modèle de réglementation actuel pose problème, en ce qui concerne les produits légaux et les autres.

Nombre d'élus territoriaux partagent aujourd'hui ces préoccupations. **Gil Averous, maire (LR) de Châteauroux**, dénonçait à son tour l'échec de la politique nationale de prohibition, non seulement sur le plan de la sécurité publique, mais aussi de la consommation de cannabis qui ne cesse d'augmenter à la différence de celles de l'alcool et du tabac. Il constatait que, quels que soient les moyens engagés et les actions entreprises au niveau de la municipalité avec ses partenaires locaux, notamment l'ANPA, en matière de prévention et d'accompagnement des consommateurs – prévention en milieu scolaire, professionnel, en marge des

(1) « *Légaliser pour mieux protéger* », *op. cit.*, page 33.

(2) *Table ronde du 16 décembre 2020.*

événements festifs ou auprès des personnes précaires, notamment – **les efforts ne sont pas à la hauteur des besoins, compte tenu du nombre de personnes concernées, et le suivi sanitaire, le conseil ne sont pas assez performants.**

Boris Ravignon, maire (LR) de Charleville-Mézières, tout en insistant sur la dimension sécuritaire de l'échec de la politique de prohibition, partageait totalement cette appréciation en ce qui concerne les **aspects de santé publique**, notamment compte tenu de la dangerosité actuelle des produits aujourd'hui disponibles que le dispositif en vigueur ne permet absolument pas de traiter, et de la progression de la consommation que rien n'arrive à juguler.

2. Un cadre politique et institutionnel qui ne facilite pas non plus la politique de santé publique et notamment la prévention

À la question du cadre juridique – qui ne facilite pas la prise en charge sanitaire des usagers et lui donne un caractère punitif fortement problématique – s'ajoute celle des structures interministérielles et des plans gouvernementaux de lutte contre la drogue qui se sont succédé.

a. Une architecture institutionnelle évolutive

L'historique de la coordination interministérielle en matière de lutte contre la drogue, disponible ⁽¹⁾ sur le site de la **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives, MILDECA**, montre **une succession rapide d'instances aux tutelles variées que la Cour des comptes n'a pas manqué de critiquer**. Dans un rapport publié en 1998, la Cour estimait en effet que « ce dispositif a été fluctuant et peu opérationnel : les incertitudes résultant des réorganisations successives du comité interministériel chargé de la lutte contre la toxicomanie ont été amplifiées par les insuffisances fonctionnelles de l'organe administratif qui devait mettre en œuvre ses orientations », d'autant que « la structure interministérielle de coordination a pâti depuis sa mise en place, en 1982, d'une instabilité chronique résultant de remaniements successifs, de rattachements fluctuants et de la succession rapide des responsables. » ⁽²⁾.

De fait, un premier **décret** ⁽³⁾ a institué le premier **Comité interministériel de lutte contre la toxicomanie**, chargé de définir, animer et coordonner la politique du gouvernement en la matière, et « notamment les actions de prévention et de réinsertion sociale relatives aux toxicomanes ». Il était assisté de la **Mission permanente de lutte contre la toxicomanie** créée simultanément, chargée d'en préparer les délibérations et de veiller à leur exécution, ainsi que d'orienter et de coordonner les **actions d'information et d'éducation sanitaire** du public ainsi que la **formation des personnes** appelées à intervenir dans la lutte contre la toxicomanie et de définir les mesures tendant à la **réinsertion sociale des toxicomanes** et de veiller à leur mise en œuvre.

(1) https://www.drogues.gouv.fr/sites/drogues.gouv.fr/files/atoms/files/historique_mildeca_2020_10.pdf

(2) *Cour des comptes, Rapport public particulier relatif à la lutte contre la toxicomanie, juillet 1998. La Cour soulignant en outre les moyens budgétaires limités octroyés à la structure de coordination.*

(3) n° 82-10 du 8 janvier 1982.

La **Mission interministérielle de lutte contre la toxicomanie**, MILT, a ensuite été créée en 1985 ⁽¹⁾, avec pour tâche l'animation et la coordination des actions des ministères compétents dans les domaines de la **prévention de la toxicomanie** : information et éducation sanitaire de la jeunesse, des familles et du public, assistance aux initiatives privées dans les domaines de la prévention et de l'information ; de la lutte contre la toxicomanie ; de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes ; de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la toxicomanie ; de la recherche en toxicomanie. Une **Délégation générale à la lutte contre la drogue** a ultérieurement été créée ⁽²⁾, avec autorité sur la MILT, avant que les deux instances fusionnent l'année suivante pour former la **Délégation générale à la lutte contre la drogue et la toxicomanie (DGLDT)**.

Le 24 avril 1996, un nouveau **décret** ⁽³⁾ modifiait le dispositif en renforçant la dimension relative aux trafics : « le comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie a pour mission de préparer les décisions du Gouvernement, tant au plan national qu'international, en ce qui concerne la lutte contre, d'une part, la production, la transformation, le transport, la revente des produits stupéfiants ainsi que les transactions financières qui s'y rapportent et, d'autre part, la consommation de ces produits et la toxicomanie. À cette fin, il favorise la prévention, les soins, l'insertion sociale, l'information, la recherche et la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie ». Parallèlement, la MILT devenait **Mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie**, MILDT, notamment chargée d'animer et coordonner « les actions des ministères compétents en matière de lutte contre la drogue et la toxicomanie, en particulier dans les domaines de l'observation et de la prévention de la toxicomanie, de l'accueil, des soins et de la réinsertion des toxicomanes, de la formation des personnes intervenant dans la lutte contre la drogue et la toxicomanie, de la recherche. ».

Suivront le **décret n° 99-808 du 15 septembre 1999**, « relatif au comité interministériel de lutte contre la drogue et la toxicomanie et de prévention des dépendances et à la mission interministérielle de lutte contre la drogue et la toxicomanie » et celui du **11 mars 2014** ⁽⁴⁾ modifiant la MILDT en MILDECA dont les attributions sont ainsi définies : « (...) anime et coordonne les actions de l'État en matière de lutte contre l'usage nocif des substances psychoactives et les conduites addictives, tant dans le champ de la réduction de l'offre que dans celui de la réduction de la demande. À ce titre, elle intervient en particulier dans les domaines de l'observation, de l'information et de la prévention, de la prise en charge et de la réduction des risques sanitaires et des dommages sociaux, de la lutte contre les trafics, de la recherche et de la formation. En lien avec le secrétariat général des affaires européennes et le ministère des affaires étrangères, elle contribue à l'élaboration de la position française en matière de lutte contre les drogues et les conduites addictives dans les instances européennes et internationales. ».

(1) Décret n° 85-191 du 7 février 1985.

(2) Décret n° 89-880 du 6 décembre 1989.

(3) n° 96-350.

(4) Décret n° 2014-322.

b. Les plans gouvernementaux de lutte contre la drogue et les conduites addictives

L'action de pouvoirs publics s'est déclinée depuis le début des années 1980 par l'adoption et la mise en œuvre de « **plans** » (initialement triennaux, désormais quadriennaux), de « **programmes d'action** » et autres « **mesures de lutte contre la toxicomanie** ». Ces dispositifs ont souvent, selon la Cour des comptes, comporté des propositions identiques restées lettre morte ou insuffisamment suivies d'effets, par exemple en matière de formation des médecins ou de réinsertion sociale des toxicomanes incarcérés. C'est notamment le cas du **champ de la prévention** qui intéresse particulièrement les rapporteurs.

- i. Les difficultés récurrentes d'une action de santé publique cohérente, notamment en matière de prévention

La Cour des comptes relevait tout d'abord le **manque de réflexion interministérielle** en matière de prévention, qui aurait pu être menée par la DGLDT et la MILDT. De sorte que les axes des plans successifs adoptés depuis 1985 énuméraient les mesures proposées par les différents départements ministériels impliqués, chacun travaillant isolément, sans cohérence, et avec son approche particulière ⁽¹⁾ : « prévention des conduites à risque pour les services de l'éducation nationale et de la jeunesse et des sports, rappel de la loi et du danger des produits pour les services répressifs, prévention de la délinquance pour les services chargés de la politique de la ville, points écoute spécialisés ou non dans les problèmes de toxicomanie pour la direction de l'action sociale du ministère chargé de l'action sociale. Les actions propres de prévention de la structure interministérielle se caractérisent par une grande hétérogénéité, comme dans la campagne "Combat pour la vie" engagée en 1990 à son initiative et poursuivie jusqu'en 1995. **Les plans d'action tendent ainsi à se réduire à des catalogues d'effets d'annonce dont l'efficacité est, par force, limitée.** » ⁽²⁾.

La Cour des comptes soulignait néanmoins les efforts entrepris à partir de 1996 par la MILDT, notamment pour une meilleure coordination des actions de prévention. Cela étant, à la date de rédaction de son rapport, la MILDT n'avait toutefois pas encore réussi « à animer une véritable politique interministérielle sur des thèmes tels que la prévention, la communication, la formation ou la recherche. **Dans ces domaines, les ministères concernés conduisent leurs propres actions sans concertation aucune avec les autres administrations.** » ⁽³⁾.

Quelques années plus tard, le plan d'action 2004-2008 ne dira cependant rien d'autre en ouvrant le chantier de la prévention ainsi présenté : « Jusqu'à présent inorganisée et hétérogène, la prévention sera orientée par des objectifs prioritaires, elle sera structurée dans des programmes régionaux, assise sur des dispositifs pérennes et professionnalisés » ⁽⁴⁾.

(1) Comme l'avait déjà souligné le rapport au premier ministre de Catherine Trautmann, alors présidente de la MILDT, en 1990.

(2) Cour des comptes, rapport, op. cit., page 37.

(3) Cour des comptes, op. cit., page 42.

(4) Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool, 2004-2008, page 10.

ii. Qu'en est-il aujourd'hui ?

Depuis le rapport de la Cour des comptes de 1998, cinq autres plans gouvernementaux ont été adoptés : le « Plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances 1999-2000-2001 » ; le « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues illicites, le tabac et l'alcool 2004-2008 » ; le « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les toxicomanies 2008-2011 » ; le « Plan gouvernemental de lutte contre les drogues et les conduites addictives 2013-2017 » ; enfin, le « **Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022** », actuellement en cours d'exécution.

Au-delà de la présentation des axes et des actions, qui évolue au fil des documents, un triptyque de thématiques se retrouve systématiquement dans les plans gouvernementaux : la prévention et le soin ; l'application de la loi et la lutte contre les trafics ; l'information et la formation. D'autres sujets sont également présents, telles l'action internationale ou la coordination institutionnelle.

Pour s'en tenir à la période actuelle, et aux préoccupations centrales de la mission d'information, le plan qui court jusqu'en 2022 est articulé en **six axes**, dont le premier – « **Une prévention pour tous et tout au long de la vie** » – est décliné en **cinq priorités** :

– **éclairer pour responsabiliser**, dont les objectifs visent à changer de regard sur les consommations, donner les moyens à la prévention des addictions, renforcer la pertinence et la visibilité des avertissements sanitaires, rendre les connaissances scientifiques sur les addictions accessibles aux jeunes ;

– **protéger l'enfant à naître de l'exposition aux substances psychoactives pendant la grossesse et améliorer les prises en charge** en développant l'information et la prise en charge des femmes et en améliorant le repérage et la prise en charge des enfants exposés ;

– **faire grandir nos enfants dans un environnement protecteur**, grâce à la mise en œuvre de six objectifs : aider les parents dans leur rôle éducatif ; donner à l'école les moyens d'une prévention efficace ; savoir réagir dès les premiers usages problématiques de produits ou d'écrans/jeux ; accorder une attention particulière aux enfants relevant de l'aide sociale à l'enfance et de la protection judiciaire de la jeunesse ; assurer le respect des interdits protecteurs ; réduire l'exposition des jeunes au marketing des producteurs ;

– **promouvoir le bien-être et la réussite des jeunes**, en soutenant l'investissement de l'enseignement supérieur dans la prévention, en mobilisant les jeunes, en encadrant mieux la vente des boissons alcooliques et en préservant l'esprit de fête dans un espace public tranquillisé ;

– **faire de la lutte contre les conduites addictives une priorité de la santé au travail**. Cinq objectifs sont prévus pour cette priorité : Améliorer les connaissances et les compétences des acteurs du monde du travail dans le domaine

des addictions ; Sensibiliser les acteurs de la formation professionnelle des jeunes ; Mettre en place des mesures ciblées pour des secteurs ou des catégories professionnelles particulièrement exposés à des conduites addictives ; Réduire les accidents du travail en lien avec la consommation de substances psychoactives ; Encourager les expériences permettant de lutter contre la désinsertion professionnelle en lien avec les conduites addictives.

Le plan fait également le constat de l'inefficacité de la réponse pénale, alors même, est-il rappelé, que l'activité des services répressifs a été multipliée par cinquante entre 1970 et 2013, et doublée depuis 2000.

Pour autant, pour pallier ce manque de visibilité et de crédibilité, ainsi que la lourdeur et le caractère chronophage de la procédure relative au traitement des infractions, qui mobilise quelque 1,2 million d'heures par an des forces de l'ordre, les pistes choisies s'articulent essentiellement autour de la réduction de l'usage de stupéfiants en la réaffirmation de l'interdiction de consommation, de la restauration de la crédibilité de la loi par une sanction perçue comme effective et du recentrage significatif de l'activité des forces de l'ordre sur les trafics et autres formes de délinquance ⁽¹⁾.

3. L'heure du bilan

Envers et contre tout, l'architecture du dispositif conserve l'orientation qui lui a été donnée il y a maintenant cinquante ans, indifférente aux changements introduits dans nombre de pays voisins.

On assiste même à une évolution qui n'est pas sans effet dommageable d'un point de vue sanitaire, cependant que des manques assez criants sont constatés dans des secteurs qui devraient être considérés comme prioritaires entre tous, tel le milieu scolaire.

a. Une évolution problématique

i. Les effets pervers du glissement progressif vers le répressif

De l'opinion de certains magistrats, l'évolution intervenue ces dernières années dans la politique pénale de la drogue n'est pas sans effet pervers dans une perspective de prise en charge sanitaire des usagers les plus visibles.

En effet, il ne faut pas oublier, plaide **Katia Dubreuil, présidente du syndicat de la magistrature** ⁽²⁾, que **le code de la santé publique met sur un plan équivalent prise en charge sanitaire des usagers et réponse pénale de l'usage**, sans que l'articulation de ces deux aspects soit très nette.

(1) *Plan national de mobilisation contre les addictions 2018-2022, op. cit., page 72.*

(2) *Audition du 18 novembre 2020.*

Or, **le développement des procédures simplifiées** tend à mettre *de facto* des intervenants – policiers, gendarmes et magistrats – en première ligne en lieu et place des acteurs du champ sanitaire, alors même **qu'ils ne sont absolument pas compétents ni formés pour évaluer les problématiques personnelles de santé des usagers**. De sorte que **la politique pénale apparaît comme un obstacle à une prise en charge efficace des consommateurs**, notamment ceux en situation d'addiction, pour lesquels on sait que la gestion de leur consommation doit être faite au long cours avec leur médecin addictologue, et peut passer par des phases de rechute. Dans ces conditions, **faire intervenir la sanction en première instance ne peut qu'être contre-productif d'un strict point de vue de santé publique**.

Raison pour laquelle d'autres observateurs ⁽¹⁾ jugent également sévèrement les dernières évolutions législatives. Certes, l'acquittement par l'usager de **l'amende forfaitaire** de 200 euros introduite par la loi du 23 mars 2019 éteint l'action publique, même en cas de récidive. Cela étant, ce dispositif revient à renforcer la logique de pénalisation en **sanctionnant les usagers de manière standardisée** et sans intervention d'acteurs médico-sociaux et ni effet sur la qualité des produits.

Cette situation ne peut qu'induire un **hiatus entre les acteurs judiciaires et sanitaires** et des difficultés à travailler ensemble. Le plan triennal 1999-2001 indiquait que la collaboration entre la justice et la santé avait longtemps été « marquée par une indifférence, voire une défiance réciproque qui a conduit les magistrats et les policiers d'un côté, les médecins et les intervenants en toxicomanie de l'autre, à évoluer parallèlement, sans échange véritable. » ⁽²⁾ Les choses ont-elles fondamentalement changé en près de vingt ans ? Les nombreuses auditions que la mission d'information a menées tendraient à montrer qu'il n'en est rien : les logiques d'action et d'intervention des uns et des autres, acteurs de la chaîne sanitaire et acteurs de la chaîne répressive, restent les mêmes dans un cadre globalement inchangé, alors que la prévention devrait être mise en exergue. **C'est exactement pour les mêmes raisons** que celles avancées par les professionnels de santé et de l'addiction, que les services de police et de gendarmerie **refusent, pour l'essentiel, toute idée de légalisation** : risques sanitaires notamment pour les personnes vulnérables, liés à l'évolution des produits ; risques liés à la conduite sous l'emprise du cannabis ; risque pour les jeunes devant une offre plus abondante ; protection des mineurs. ⁽³⁾

ii. L'injonction thérapeutique, un dispositif en voie de disparition ?

Dès la fin des années 1990, la Cour des comptes faisait le constat dans son étude de la relative inadaptation de ce dispositif, dont l'application restait alors limitée. Pourtant, alors qu'une recommandation avait été formulée en 1987 pour qu'il y soit recouru plus fréquemment, le garde des Sceaux et le ministre de la santé

(1) Mathieu Zagrodzki, « Cannabis, pour une autre stratégie policière et pénale », *Terra Nova*, 9 octobre 2020.

(2) *Op. cit.*, page 37.

(3) *Audition de M. Vincent Le Beguec, contrôleur général, chef du pôle judiciaire de la Direction générale de la police nationale, le 25 novembre 2020.*

avaient de nouveau constaté en 1993 un faible taux de mise en œuvre, au demeurant très variable selon les territoires : dans dix-neuf départements aucune n'avait été prononcée, et dans quatorze autres, le nombre d'injonctions restait inférieur à cinq ⁽¹⁾. Mieux, dans les départements les plus touchés par la toxicomanie comme les Alpes-Maritimes, les Bouches-du-Rhône, le Var, le Nord et le Val-de-Marne, le constat était identique.

Si la Cour soulignait que les circulaires ministérielles invitaient à l'harmonisation des pratiques et qu'il était demandé expressément que « ne fassent l'objet d'injonctions thérapeutiques que les usagers de stupéfiants tels que **l'héroïne ou la cocaïne, ou ceux qui s'adonnant au cannabis en font une consommation massive, répétée ou associée à d'autres produits** (médicaments, alcool) » ⁽²⁾ et « qu'il n'y aurait que des avantages à ce que l'autorité sanitaire soit associée aux réunions organisées à cet effet », c'est la **tendance inverse qui a été constatée**, au point que le Plan triennal 1999-2003 relevait **qu'elle s'appliquait « aujourd'hui majoritairement à des usagers de cannabis**. En 1997, seules 36 % des mesures concernaient les héroïnomanes, contrairement aux orientations interministérielles » ⁽³⁾.

Pour la **Conférence nationale des procureurs généraux**, depuis plusieurs décennies maintenant, l'usager de stupéfiants n'est pas seulement considéré comme un délinquant mais comme un toxicomane qui relève de soins médicaux, raison pour laquelle l'injonction thérapeutique est présentée dans le code comme une **mesure alternative** aux poursuites pénales, selon l'article L. 3423-1, au même titre que d'autres : rappel à la loi, classement sous condition, etc. Au-delà de considérations procédurales qui ont pu jouer dans cette évolution, la réduction importante et continue ces dernières années de l'injonction thérapeutique – qui a diminué des deux-tiers en six ans ⁽⁴⁾ – peut amener à **se demander si l'option punitive n'a pas pris le pas sur la dimension sanitaire** lorsqu'on remarque en parallèle que l'augmentation des **poursuites pénales pour usage** a été de 25 % entre 2012 et 2018, selon les indications du procureur général **Christophe Barret** ⁽⁵⁾ et même **multiplié par trois en vingt ans**, comme les rapporteurs l'ont rappelé plus haut, le recours à la réponse étant facilité par les procédures simplifiées.

(1) Au total, un peu moins de 9 000 injonctions thérapeutiques avaient été décidées en 1996, en augmentation par rapport au début des années 1990 : un peu moins de 5 000 en 1992.

(2) Cour des comptes, *op. cit.*, page 69.

(3) *op. cit.*, page 49.

(4) Selon la CNPG, sur un total de 60 584 procédures alternatives pour usage engagées en 2012, 2 530 comportaient une injonction thérapeutique. 819 ont été recensées en 2018 sur un total de 63 544 procédures alternatives (- 67,6 %).

(5) Audition du 18 novembre 2020. Étant entendu que la moitié des affaires font toutefois l'objet d'un classement sans suite, n'excluant pas les mesures alternatives.

b. Focus sur la prévention en milieu scolaire

Compte tenu de l'importance de prévenir la consommation de cannabis chez les plus jeunes, les collèges et lycées devraient être des instances particulièrement actives. Selon les informations recueillies par la mission d'information, la réponse apportée n'est pas à la hauteur des enjeux.

i. La politique mise en œuvre

Selon les indications qui ont été données à la mission d'information par **Mme Françoise Pétreault**, sous-directrice de l'action éducative et **M. Benoît Rogeon**, chef du bureau « santé-social » de la direction générale de l'enseignement scolaire, DGESCO ⁽¹⁾, la prévention des conduites addictives en milieu scolaire s'inscrit dans une démarche globale de **promotion de la santé et d'éducation à la citoyenneté**, inscrite au code de l'éducation, dont **l'article L. 312-18** prévoit qu'« une information soit délivrée sur les conséquences de la consommation de drogues sur la santé, notamment concernant les effets neuropsychiques et comportementaux du cannabis, dans les collèges et les lycées, à raison **d'au moins une séance annuelle**, par groupes d'âge homogène. Ces séances pourront associer les personnels contribuant à la mission de santé scolaire ainsi que d'autres intervenants extérieurs. ».

En 2010, un guide d'intervention en milieu scolaire, « **Prévention des conduites addictives** », a été publié sous l'égide de la DGESCO, afin d'outiller les équipes éducatives dans cette démarche, dans la ligne des orientations définies par le plan de lutte contre les drogues et les toxicomanies de la période 2008-2011, tout en s'inscrivant dans les exigences du décret n° 2006-830 du 11 juillet 2006 relatif au socle commun de connaissances et de compétences.

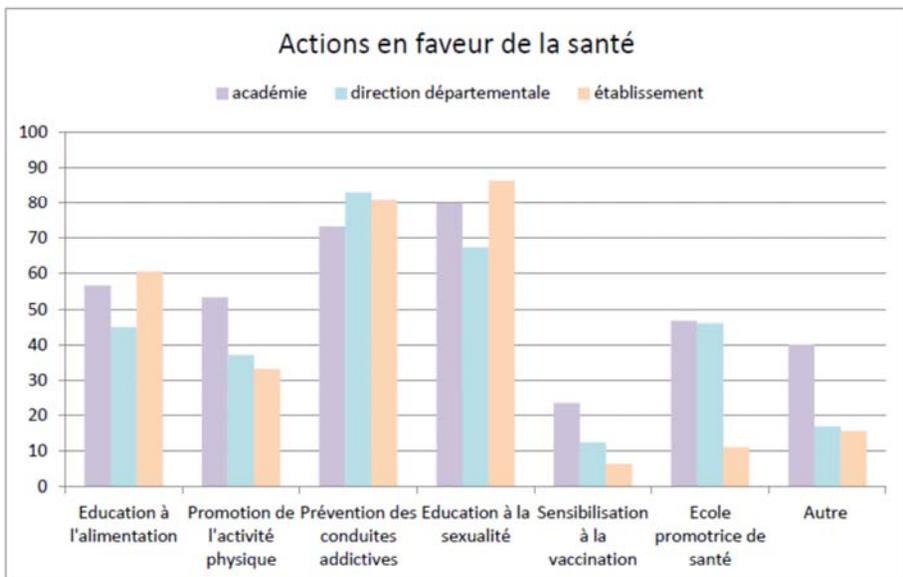
Indépendamment des informations mises à disposition des acteurs de la communauté éducative sur les modes et prévalence de consommation des jeunes, sur le cadre légal ou encore sur les pistes de réflexions pédagogiques et éducatives à mettre en œuvre dans le cadre de la prévention des conduites addictives, ce guide propose une approche de la **prévention par les compétences psychosociales** dans une continuité éducative et une démarche projet mobilisant l'ensemble de la communauté éducative. Au-delà de l'apprentissage des connaissances nécessaires sur les risques sanitaires, sociaux et au plan légal, il s'agit de développer les capacités des élèves à comprendre, à respecter les règles et à évaluer les conséquences de leurs actes. Il valorise aussi des **comités d'éducative à la santé et la citoyenneté (CESC)** au niveau de chaque établissement du second degré.

Divers éléments législatifs ou réglementaires ont ultérieurement complété ce cadre initial afin de définir des orientations sur le rôle de l'école en matière de promotion de la santé : loi n° 2019-791 du 26 juillet 2019 pour une école de la confiance, orientations de la Stratégie nationale de santé (SNS) et du Plan national de santé public (PNSP) 2018-2022, conventions de partenariats entre les rectorats et les agences régionales de santé.

(1) *Audition du 9 décembre 2020.*

Selon les éléments statistiques fournis, les actions de prévention et de lutte contre les conduites addictives représentaient en 2017-2018 la **troisième thématique impulsée à l'échelle académique** après l'éducation à la sexualité et l'amélioration du climat scolaire. Vingt-deux académies, soit près des trois-quarts, étaient actives dans ce champ. Au niveau départemental, quatre-vingt-trois directions départementales (74 %) développaient également cette thématique dans le cadre du comité départemental d'éducation à la santé et à la citoyenneté. Cela représentait la première des thématiques mises en œuvre à cet échelon. Enfin, **81 % des établissements mettent en place des actions et des projets sur cette thématique**, soit la deuxième thématique la plus développée dans le cadre des CESC, comme le montre le graphique ci-dessous.

ACTIONS EN FAVEUR DE LA SANTÉ ⁽¹⁾



ii. Les moyens de la prévention

Le document de politique transversale, DTP, « **Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives** », publié à l'automne 2020 indiquait que vingt-huit programmes différents, relevant de vingt ministères, étaient mobilisés dans le cadre de la « Politique de lutte contre les drogues et les conduites addictives ». Trois programmes gérés par le ministère de l'éducation nationale comportent de crédits destinés à ces problématiques.

(1) Source : Enquête CESC 2017-2018, DGESCO, ministère de l'éducation nationale et de la jeunesse.

Le budget inscrit au **programme 140 Enseignement public scolaire du premier degré**, représentait 5,6 millions d'euros en 2019 et 5,3 millions en 2021. Les crédits du **programme 141 Enseignement public scolaire du second degré**, étaient de 138,7 millions en 2019 ; ils se montent à 125,5 millions d'euros en 2021. Enfin, les crédits inscrits au **programme 230 Vie de l'élève** d'un montant de 170,9 millions d'euros en 2019, augmentent légèrement en 2021 et sont fixés à 171,1 millions d'euros.

En outre, un certain nombre d'opérations de prévention sont mises en œuvre par des établissements – CSAPA, CAARUD et CJC – relevant de l'ONDAM et financées en loi de financement de la sécurité sociale. Leur financement s'est élevé en 2018 à 452 millions d'euros et ont été accrus en 2019 et 2020, à hauteur de 6 millions d'euros, notamment consacrés à la poursuite du déploiement de la réduction des risques à distance et des CSAPA référents en milieu pénitentiaire ; à la mise en place de consultations avancées de CSAPA vers les structures d'hébergement social (CHRS, etc.) et à l'amélioration de l'offre en matière de prise en charge et de réduction des risques et des dommages pour les usagers de drogues illicites.

Selon les informations complémentaires communiquées par la MILDECA à la mission d'information, la transformation, en décembre 2018, du Fonds de lutte contre le tabac en **Fonds de lutte contre les addictions** a en outre permis de déployer des actions de prévention portant sur les autres addictions aux produits, notamment l'alcool et le cannabis. Ont notamment été privilégiées les actions ciblant le public des jeunes et de leurs familles. En milieu scolaire, plusieurs programmes de prévention sont soutenus :

– **programme GBG** (« *Good Behavior Game* ») 374 enseignants formés chaque année pour l'appliquer dans leurs classes, au bénéfice de 7 500 élèves désormais, contre seulement 450 il y a encore trois ans ; accompagnement de 480 enseignants chaque année pour encadrer 9 600 élèves ;

– **programme Unplugged**, développé en 2020 dans cinq régions ; soixante collèges et 3 900 élèves de 6^e et 5^e ont été sensibilisés en 2019-2020 ;

– d'autres programmes sont également soutenus, par exemple le Programme de soutien aux familles et aux parents (PSFP) ou Primavera.

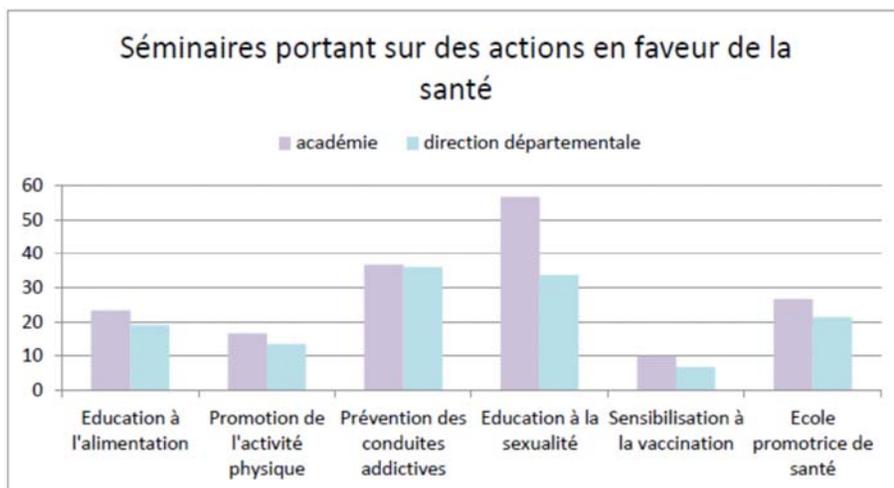
Le Fonds, doté d'environ **115 millions d'euros par an** depuis 2020, permet également d'outiller et de soutenir les pratiques des professionnels de santé et du secteur socio-éducatif en matière de prévention des consommations à risque de substances psychoactives ou de réduction des risques et des dommages liés à ces consommations.

iii. La perception des acteurs

Pour autant, aux dires des personnes concernées, il semble y avoir **un réel hiatus entre le cadre global, les intentions et la réalité.**

Selon les **personnels de direction d'établissements** que la mission d'information a entendus, il y a ainsi de grandes différences d'approches et de travail concret fait au niveau des collèges et lycées, compte tenu de la **disparité des moyens des uns et des autres**. La **qualité des ressources disponibles**, la **densité du tissu associatif** susceptible d'intervenir dans les établissements, la question de **la formation des enseignants à ces problématiques**, jouent une grande importance dans la manière dont les orientations politiques se voient traduites sur le terrain. C'est la raison pour laquelle il n'est pas rare qu'en milieu rural, ce soit des gendarmes qui interviennent, ce qui n'est pas sans poser de problème en termes de **perception de la part des adolescents** ⁽¹⁾, raison pour laquelle les maires de plus grandes villes évitent autant que faire se peut d'y recourir.

Il apparaît en outre que, s'il leur est relativement facile de détecter des addictions, en revanche **les enseignants peuvent être relativement mal à l'aise** avec des problématiques qui s'écartent du champ de leurs compétences, malgré les actions de formation qui sont proposées dans le cadre des plans académiques de formation, dont le tableau ci-dessous montre que la thématique de la prévention des conduites addictives est la deuxième en importance parmi les séminaires organisés au niveau académique ou départemental en faveur de la santé.



Source : Enquête CESC, DGESCO, *ibid.*

(1) Audition précitée de Gil Avérous, par exemple.

Surtout, les responsables d'établissements confient que, **au final, relativement peu de choses sont mises en œuvre de manière concrète, les moyens humains et matériels manquent**, d'autant que les **programmes scolaires sont denses** et les charges de travail lourdes. Le travail de prévention repose en conséquence sur des **volontaires, enseignants ou infirmiers**, et se traduit par conséquent par des **disparités importantes**, en fonction du degré d'engagement et du niveau de disponibilité des uns et des autres ⁽¹⁾

De leur côté, les **associations de parents d'élèves** partagent ce sentiment, en soulignant aussi de grandes différences de pratiques selon les types d'établissements, général ou professionnel, notamment, et insistent sur la nécessité qu'il y aurait d'être dans une **approche globale des problématiques de drogue et d'addiction**, qui ne soit pas uniquement tournée vers le seul milieu scolaire. Ils soulignent en outre **l'insuffisance des dispositions** du code de l'éducation : **la séance annuelle prévue ne permet qu'une information minimale**, sans impact réel, ni suivi et aucun approfondissement du travail engagé n'est de ce fait possible ⁽²⁾. Il ne permet pas non plus une approche qui faciliterait une meilleure perception des enjeux par les élèves. Cela étant, l'enquête CESC 2017-2018 montre aussi que, dans le cadre des « espaces parents », la mobilisation est faible sur les thématiques en lien avec les projets des CESC, moins de 20 % des établissements déclarant que les parents s'impliquent ⁽³⁾.

Tout se passe comme si un certain nombre de dispositifs coexistaient, empilés **sans avoir la cohérence systémique qui leur donnerait de l'efficacité**. Dans ces conditions, rien ne peut être solutionné, et il n'est pas surprenant que les établissements scolaires soient aujourd'hui dans certains quartiers contaminés par les trafics, celui du cannabis en premier lieu.

Les acteurs de la prévention mènent cependant pour certains des actions de grande envergure. Le **docteur Bernard Basset**, indiquait ⁽⁴⁾ ainsi que l'Association Addiction France, ex-ANPAA, qu'il préside, avait effectué des interventions dans quelque 2 500 établissements en 2020, ayant permis de toucher 130 000 élèves et de former 3 600 enseignants.

Pour mémoire, on rappellera que 7 230 collèges et 4 150 lycées accueillent actuellement en France plus de 3,4 millions de collégiens, près de 2,3 millions de lycéens, dont 645 000 en lycées professionnels.

(1) Constat auquel était arrivé en novembre 2014 le Comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques de l'Assemblée nationale dans son rapport n° 2385 sur « L'évaluation de la lutte contre l'usage de substances illicites », Anne-Yvonne Le Dain et Laurent Marcangeli, rapporteurs, page 23.

(2) Gisèle Brunaud, représentant la PEEP, table ronde du 16 décembre 2020.

(3) Soit dans 130 établissements sur les 1 074 ayant répondu à l'enquête.

(4) Audition du 13 janvier 2021.

DEUXIÈME PARTIE : SUCCÈS ET ÉCUEILS DES EXPÉRIENCES ÉTRANGÈRES

La France est loin d'être isolée dans ses tentatives de résorber les problèmes de société liés aux drogues et, plus particulièrement, à la consommation et au trafic de cannabis. Quelle que soit la région du monde où ils se situent, les États sont confrontés à la délicate question des méthodes les plus pertinentes pour faire face à ces questions.

Compte tenu de l'échec, tout aussi indéniable qu'inquiétant, de la politique répressive menée par la France depuis 1970, la mission d'information a décidé de **passer au crible un certain nombre d'expériences étrangères**, notamment celles qui ont consisté à rompre avec l'option d'une prohibition absolue (production, distribution et usage) en Europe (Pays-Bas, Portugal et Luxembourg) et sur le continent américain (Uruguay, Canada et États-Unis). Une fois encore, les parlementaires se sont efforcés de ne pas porter un quelconque jugement « moral », positif ou négatif, sur les orientations mises en œuvre par ces pays, mais de **jauger l'efficacité des mesures prises au regard des objectifs affichés**, tant en termes de sécurité que de santé publique.

À chaque fois, la rapporteure ne s'est pas contentée d'effectuer une description du contenu des dispositifs mis en œuvre : elle s'est également attachée à présenter **les conditions d'émergence, tant politiques que sociales, de ces réformes**. Au-delà des aspects techniques des textes votés et des structures mises en place, les politiques de résorption ou de régulation des drogues ne font souvent que refléter une trajectoire historique propre au pays concerné. En effet, il importe d'avoir conscience de ces spécificités nationales afin d'éviter l'écueil méthodologique d'une application sans discernement de mesures étrangères à un pays comme la France, dont les traditions sociologiques et politiques sont parfois bien différentes de celles de ses partenaires.

Bien évidemment, **il n'a pas été possible d'effectuer les déplacements envisagés ni d'auditionner l'ensemble des pays concernés** : seuls les représentants de l'État du Colorado et du service portugais anti-drogues⁽¹⁾ ont par ailleurs pu être entendus par la mission d'information. Toutefois, la documentation disponible, qu'il s'agisse des données rendues publiques par les autorités nationales elles-mêmes ou des présentations effectuées dans des revues spécialisées, est suffisamment vaste pour permettre une revue de chacune des législations ciblées. Par ailleurs, la mission a appuyé ses analyses à partir des éléments figurant dans les synthèses européennes et internationales publiées par l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).

(1) Service portugais d'intervention pour les comportements d'addiction et de dépendance (SICAD), dont le président (professeur João Goulão) a été auditionné le 3 février 2021.

Pour chacun des pays concernés, la rapporteure a rappelé le cadre juridique international dans lequel ces réformes ont été menées. **Celui-ci constitue une donnée centrale du problème.** Depuis la première conférence sur l’opium, qui s’est tenue à Shanghai en 1909, un volet important du droit international public s’est constitué en matière de contrôle des produits stupéfiants.

Tout en élargissant son périmètre géographique, ce corpus juridique s’est durci au fur et à mesure des années jusqu’à **constituer l’expression quasi parfaite d’un consensus international autour de la prohibition à la fin du siècle dernier** ⁽¹⁾. Face à l’échec mondial des politiques répressives et à la multiplication des initiatives nationales destinées à sortir du cercle vicieux de l’échec, ce consensus est aujourd’hui fragilisé et pourrait être sérieusement remis en cause dans les prochaines années.

Parmi ces expériences étrangères, celles engagée par **l’Uruguay** en 2013 ont indubitablement été perçues comme la rupture la plus nette du consensus international. La réforme, initiée au plus haut niveau du pouvoir politique, s’est logiquement traduite par la mise en place d’un modèle de légalisation du cannabis appuyé sur **un fort contrôle de l’État**, depuis la production jusqu’à la distribution. Sans doute les retards dans la mise en œuvre des infrastructures de production et de distribution ont-ils joué un rôle majeur dans le bilan de cette légalisation, pour l’instant en demi-teinte.

À l’inverse de l’Uruguay, **les États-Unis** ont rapidement évolué sous l’influence de certains États « précurseurs » tels que le Colorado, Washington, l’Oregon et l’Alaska qui se sont engagés au début des années 2010 dans la voie d’une légalisation du cannabis **sur le modèle de l’économie de marché**. La production et la distribution s’articulent autour d’un système de licences professionnelles confiées à des opérateurs privés. **Le Canada** a, pour sa part, opté en 2018 pour **une voie médiane** associant, selon la province ou le territoire considéré, des monopoles publics et des opérateurs privés sous licence. Dans les deux pays, des règles strictes ont, par ailleurs, été édictées pour protéger les mineurs et une fiscalité spécifique a été mise en place.

Les expériences américaines et canadiennes sont encore trop récentes pour que l’on puisse en tirer un bilan définitif. Toutefois, il ressort des premières données disponibles que la consommation des plus jeunes n’a pas été stimulée par le changement de législation et, **dans le cas du Canada, il semble même qu’elle ait légèrement diminué**. Par ailleurs, la part du marché noir dans la consommation, même si elle n’a pas totalement disparu, apparaît de plus en plus clairement en perte de vitesse par rapport aux circuits légaux de distribution.

(1) Une troisième convention internationale anti-drogues, consacrée à la lutte contre les trafics, a été signée le 20 décembre 1988 dans le cadre des Nations unies.

Face aux réformes de grande ampleur menées outre-Atlantique, la situation européenne paraît encore relativement figée. À l'exception du Portugal, qui se distingue par une législation audacieuse consistant, depuis 2000, à dépénaliser l'usage de tout produit stupéfiant en deçà d'un certain seuil et à traiter le consommateur comme un « patient » nécessitant un traitement médical, aucun pays ne s'est engagé, pour le moment, sur la voie d'une véritable rupture du consensus international. Même le Luxembourg, qui avait annoncé une réforme en ce sens en 2018, semble aujourd'hui hésiter à avancer. Quant aux Pays-Bas, sa réputation de « paradis des fumeurs de joints » cache, en réalité, **un simple modèle de dépénalisation non entièrement assumée.**

I. FACE À L'ÉCHEC DE LA « GUERRE CONTRE LA DROGUE », UNE SITUATION INTERNATIONALE EN PLEINE ÉVOLUTION

L'édifice juridique prohibitionniste construit tout au long du vingtième siècle au niveau international n'échappe pas aux débats agitant actuellement les États autour des questions de **dépénalisation** et de **légalisation** des drogues.

A. LA LENTE CONSTRUCTION D'UN DROIT INTERNATIONAL PROHIBITIONNISTE TOUT AU LONG DU VINGTIÈME SIÈCLE

Contrairement à ce que l'on pourrait croire, la construction d'un droit international consacré au contrôle et à la répression des produits stupéfiants est le fruit d'un **long processus historique qui s'est étalé tout au long du vingtième siècle**, depuis la conférence de Shanghai sur l'opium en 1909 jusqu'à la Convention des Nations unies sur le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes du 20 décembre 1988.

1. L'opium au cœur des efforts de structuration d'un dispositif de contrôle international des produits stupéfiants (1909-1936)

Historiquement, ce sont les problèmes de consommation d'opium en Chine, notamment quand celui-ci était importé de l'Inde britannique, qui ont conduit les États concernés à mettre en place **un premier dispositif de contrôle international** sous la forme d'un accord de réduction de la production chinoise et des exportations indiennes vers l'Empire du Milieu en 1907 puis d'une **conférence internationale à Shanghai en 1909.**

LES ORIGINES DE LA CONFÉRENCE DE SHANGHAI SUR L'OPIUM

La guerre hispano-américaine en 1898 amène les États-Unis à contrôler les Philippines, où l'État disposait d'un monopole dans l'approvisionnement en opium. Pour le nouvel évêque épiscopal des Philippines, Charles Henry Brent, l'opium est le « plus grand fléau de la société philippine ». Il convainc le président américain Theodore Roosevelt d'organiser à Shanghai une conférence internationale sur l'opium. Celle-ci se tient du 5 au 26 février 1909 entre 13 pays : États-Unis, Chine, France, Japon, Royaume-Uni, Allemagne, Autriche-Hongrie, Pays-Bas, Portugal, Russie, Perse et Siam.

La conférence de Shanghai n'aboutit pas immédiatement à la mise en place d'un cadre contraignant : les efforts diplomatiques des États-Unis aboutissent à la conclusion d'une **convention à La Haye** le 23 janvier 1912, qui impose la mise en place dans chaque pays signataire d'un dispositif de contrôle de la production et de la distribution de l'opium brut et **officialise le principe d'une restriction des usages (fabrication, vente et emploi) de l'opium aux seules fins « médicales et légitimes » (article 9).**

Une convention signée à Genève le 19 février 1925 sous l'égide de la Société des Nations (SDN) élargit le champ d'application du dispositif instauré en 1912 à d'autres produits stupéfiants listés à l'article 1^{er} : cocaïne, morphine et « chanvre indien ». **C'est la première fois que les exportations de cannabis, en particulier de sa « résine », font l'objet d'un mécanisme de contrôle international (chapitre IV de la convention).**

LES REPRÉSENTATIONS NÉGATIVES DU CANNABIS EN FRANCE ET AUX ÉTATS-UNIS

L'émergence du cannabis dans les négociations internationales à visée prohibitionniste s'est faite progressivement à partir de 1925. Elle n'en demeure pas moins liée aux **représentations négatives des usagers du produit dans les sociétés concernées**.

Dans la France du XIX^{ème} siècle, le cannabis est dénommé « **haschich** », qui signifie « herbe » en arabe, et est considéré comme une plante responsable de divers troubles mentaux chez les « indigènes ». Dès les années 1850, le docteur Alphonse Bertherand, directeur de l'école préparatoire de médecine et de pharmacie d'Alger écrit que « l'habitude et même la consommation accidentelle du *kiff*⁽¹⁾ pouvant [...] entraîner l'homme à des actes dangereux pour la sécurité publique, on s'est demandé s'il n'y aurait pas lieu de **prohiber la vente** des différentes préparations du *cannabis Indica*⁽²⁾ ».

Aux États-Unis, le mot est désigné sous son acronyme d'origine espagnole « **marijuana** » (Marie-Jeanne en français) et renvoie à un produit consommé par la main-d'œuvre mexicaine des États du Sud qui, d'ailleurs, sont les premiers à s'engager dans la voie de la prohibition (Utah en 1914, Texas en 1916, Nevada en 1923, etc.).

Dans l'entre-deux-guerres, **le dispositif international de contrôle des produits stupéfiants se perfectionne** : un « comité central permanent », ancêtre de l'actuel Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) des Nations unies, est mis en place par la Convention de Genève de 1925 afin de permettre la collecte de données sur les consommations de produits stupéfiants auprès des pays signataires. **Le droit évolue également dans un sens de plus en plus répressif** : une convention signée également à Genève le 26 juin 1936 invite les États à « punir sévèrement, et notamment de prison ou d'autres peines privatives de liberté » les trafics illicites de produits stupéfiants⁽³⁾.

Avec la mise en place de l'Organisation des Nations unies (ONU) en 1945, le suivi des conventions internationales sur les stupéfiants incombe à la « **Commission des stupéfiants** » (CDS), comité technique issu du Conseil économique et social (ECOSOC). Des négociations sont engagées à la fin des années 1940 afin de réunir tous les textes existants dans une « convention unique ». La plupart des États du bloc occidental, en particulier les États-Unis et le Canada, souhaitent que **le processus de centralisation soit l'occasion de mettre en place un système prohibitionniste global des stupéfiants**.

On peut observer que la France était l'un des membres les plus actifs en faveur de l'interdiction la plus large possible, **y compris sur les drogues de synthèse**. Le Français Charles Vaillat, pharmacologue et président de la CDS en 1954 et en 1955, publie à cette période un ouvrage où il définit les stupéfiants comme un « fléau social »⁽⁴⁾.

(1) Du mot « *keif* » en arabe, signifiant originellement « plaisir » et que les Français ont appliqué au cannabis.

(2) *Gazette médicale d'Alger*, 1^{er} janvier 1857, page 143.

(3) Article 2 de la convention de 1936.

(4) *Les stupéfiants, fléau social* (Expansion scientifique, 1955). On peut remarquer que des termes similaires se retrouvent au quatrième alinéa du préambule de la Convention unique de 1961

2. L'option résolument prohibitionniste de la Convention de Vienne de 1961

La Convention signée à Vienne le 30 mars 1961 par 61 États⁽¹⁾ instaure **un dispositif de contrôle unifié sur une palette très large de stupéfiants** incluant à la fois des matières brutes et des produits transformés. Les parties sont ainsi invitées à « limiter **exclusivement aux fins médicales et scientifiques** la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention des stupéfiants » (article 4 paragraphe c).

Les États s'engagent, **sous réserve de leurs règles constitutionnelles**, à **sanctionner pénalement** « la culture et la production, la fabrication, l'extraction, la préparation, la détention, l'offre, la mise en vente, la distribution, l'achat, la vente, la livraison, à quelque titre que ce soit, le courtage, l'envoi, l'expédition en transit, le transport, l'importation et l'exportation de stupéfiants non conformes [aux dispositions de la Convention] » (article 36). Les **importations** et **exportations** de produits stupéfiants doivent, comme c'était le cas depuis 1925, être soumises à autorisation (article 31). La **coopération des États** dans la lutte contre le « trafic illicite » est encouragée (article 35). Le dispositif de **remontée d'informations**, en particulier statistique, à destination de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) est confirmé (articles 19 et 20).

Afin de permettre d'opérer un traitement différencié au profit de certaines drogues de synthèse, notamment celles à base de codéine, la Convention de 1961 **répartit les produits stupéfiants en quatre tableaux** (I, II, III et IV). Le classement d'un produit dans l'un ou l'autre de ces tableaux entraîne l'application d'un régime de contrôle plus ou moins strict (*cf. infra*). **Les décisions relatives à ce classement deviennent donc éminemment stratégiques** : elles relèvent de la compétence de la Commission des stupéfiants sur proposition, notamment, de l'Organisation mondiale de la santé (articles 3 et 8, paragraphe a).

(1) L'ONU recense aujourd'hui 154 parties à la Convention de 1961.

LES QUATRE TABLEAUX DE LA CONVENTION UNIQUE DE 1961

Le tableau I liste les produits stupéfiants soumis à des obligations de contrôle visant à réserver aux seules fins « médicales et scientifiques » la production, la fabrication, l'exportation, l'importation, la distribution, le commerce, l'emploi et la détention de ces produits (article 4, paragraphe c). **Le cannabis, la résine de cannabis et les extraits et teintures de cannabis sont inscrits au tableau I.**

Le tableau II liste des substances pour lesquelles les obligations de contrôle sont allégées en raison, notamment, de leur usage médical. Le tableau III s'applique aux « préparations » qui ne sont pas considérées comme susceptibles de « donner lieu à des abus » ou « produire des effets nocifs » et dont le stupéfiant qu'elle contient n'est « pas facilement récupérable » (article 3, paragraphe 4). **La codéine et les préparations à base de codéine sont inscrites respectivement aux tableaux II et III.**

Le tableau IV reprend les substances du tableau I qui, en raison de leurs « propriétés particulièrement dangereuses », doivent faire l'objet d'interdictions très strictes, seule la « recherche médicale et scientifique » étant autorisée (article 2, paragraphe 5). **Jusqu'à la décision de la CDS du 2 décembre 2020 (cf. infra), le cannabis et la résine de cannabis étaient inscrits au tableau IV.**

L'entrée en vigueur, le 13 décembre 1964, de la Convention de 1961 n'a pas figé de manière définitive le dispositif international de contrôle des produits stupéfiants. En effet, celui-ci n'avait pas inclus dans son périmètre les **nouvelles drogues de synthèse** dont la consommation s'est développée dans les pays occidentaux au cours des années 1960 (amphétamines, barbituriques, LSD, etc.). Au lieu de se risquer au remodelage du texte de 1961, les États décident d'engager des négociations en vue d'aboutir à la formalisation d'une nouvelle convention applicable aux seuls produits de synthèse. **La « Convention sur les substances psychotropes » est finalement signée à Vienne le 21 février 1971.**

Le dispositif de la Convention de 1971 est similaire à celui de 1961 : classification des produits en quatre tableaux, remontée d'informations auprès de l'OICS, engagement des États à la mise en œuvre de sanctions pénales, coopération dans la lutte contre le trafic illicite, mécanismes d'autorisation en matière d'importation et d'exportation, etc. **La philosophie du texte apparaît, toutefois, légèrement moins stricte** : les politiques visant à « prévenir l'abus de substances psychotropes » sont, pour la première fois, expressément encouragées (article 20), des mesures alternatives aux peines privatives de liberté (« traitement », « éducation », « réadaptation », « réintégration sociale ») peuvent être appliquées aux usagers (article 22) et les critères permettant l'inscription dans un des tableaux sont plus restrictifs ⁽¹⁾.

(1) L'Organisation mondiale de la santé doit constater (1) que la substance est apte à engendrer « un état de dépendance et une stimulation ou une dépression du système nerveux central » ou « des abus et des effets nocifs comparables à ceux d'une substance déjà inscrite » et (2) « qu'il y a suffisamment de preuves que la substance fait l'objet d'un abus ou fera probablement l'objet d'un abus, au point de constituer un problème social ou de santé publique justifiant que la substance soit placée sous contrôle international » (article 2 de la Convention de 1971). L'article 3 de la Convention de 1961 évoque simplement le critère des « abus et effets nocifs comparables » à ceux d'un produit déjà inscrit, ce qui permet de soumettre plus facilement un produit au dispositif de contrôle.

3. L'approfondissement de la logique répressive internationale dans le cadre de la « guerre contre la drogue » lancée par les États-Unis (1972-1988)

Le 17 juin 1971, soit quelques mois après la conclusion de la Convention sur les substances psychotropes, le président des États-Unis, Richard Nixon, fait de l'abus de produits stupéfiants « l'ennemi public numéro un » du pays ⁽¹⁾. **C'est le lancement de la « guerre contre la drogue »**. L'actualité internationale des années 1970 et 1980 se fait l'écho des violences croissantes liées au trafic de stupéfiants, notamment en Amérique du Sud : en Colombie, le « cartel de Medellín » est fondé en 1976 et les règlements de comptes entre trafiquants colombiens émergent en plein cœur des États-Unis quelques années plus tard ⁽²⁾.

Le droit international applicable au contrôle des produits stupéfiants évolue logiquement dans un sens plus répressif. Dès le 25 mars 1972, les pays signataires de la Convention de Vienne de 1961 concluent un **protocole modificatif** qui renforce les pouvoirs de l'OICS et facilite la mise en œuvre des procédures d'extradition en matière de trafic de stupéfiants : en l'absence de convention *ad hoc*, un État est autorisé à considérer la Convention de 1961 comme « **la base juridique de l'extradition** » des trafiquants (article 36 rectifié).

Dans les années 1980, les préoccupations pénales dominent les discussions menées dans le cadre de la CDS. Dans une **déclaration signée à Quito** le 14 août 1984, sept États sud-américains ⁽³⁾ appellent à une « intervention juridique internationale » susceptible d'aboutir à la réalisation d'une campagne « efficace » contre les trafics de stupéfiants transfrontaliers et à **la mise en œuvre de sanctions contre les contrevenants**, « où que ceux-ci se trouvent ».

Une troisième Convention internationale, consacrée au « trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes », est signée à Vienne le 20 décembre 1988 afin d'harmoniser les sanctions appliquées par les pays signataires des deux Conventions précédentes. L'article 3 du texte liste ainsi **les activités illicites devant obligatoirement être qualifiées d'infractions pénales en droit interne**, à savoir :

- la production, la fabrication, l'importation, l'exportation, la distribution ou la vente de produits stupéfiants ou de substances psychotropes, mais aussi la culture du « pavot à opium », du « cocaïer » et du « chanvre » ;

- la possession ou l'achat de ces produits aux fins de trafic illicite ainsi que la fabrication, le transport ou la distribution de matériaux, d'équipements et de substances destinés à la production ou à la fabrication de stupéfiants ;

- l'organisation, la gestion ou le financement des infractions ci-dessus.

(1) Le président Nixon ajoute : « La toxicomanie aux États-Unis a maintenant pris l'allure d'une catastrophe nationale. Si nous ne venons pas à bout de ce fléau, c'est lui qui viendra à bout de nous. »

(2) L'assassinat de deux Colombiens dans un centre commercial de Miami (Dadeland Mall) le 11 juillet 1979 inaugure une série de violences liées au trafic de cocaïne sur le territoire américain.

(3) Bolivie, Équateur, Pérou, Venezuela, Nicaragua, Panama et Colombie (A/39/407).

Parmi les innovations de la Convention de 1988 figure **la pénalisation du simple usager de produits stupéfiants** : en effet, l'article 3 encourage la sanction de la détention et de l'achat de produits stupéfiants « **destinés à la consommation personnelle** » sous réserve des « principes constitutionnels » et des « concepts fondamentaux » propres à chacune des parties. L'extension du dispositif répressif au consommateur reflète **la vision des pays signataires à cette époque**, exprimée clairement au niveau du préambule de la Convention : la « demande illicite » de produits stupéfiants fait partie des « causes profondes de l'abus » de drogues en ce qu'elle génère des « gains énormes » pour les trafiquants ⁽¹⁾.

La Convention de 1988 vient, dès lors, **couronner l'édifice juridique prohibitionniste** érigé de manière progressive tout au long du siècle au niveau international.

B. UN ÉDIFICE JURIDIQUE INTERNATIONAL AUJOURD'HUI EN PLEINE RECOMPOSITION

Les rédacteurs des trois Conventions internationales avaient cru figer pour longtemps leur vision d'une large prohibition des drogues. Quelque trente ans après l'entrée en vigueur de la Convention de 1988, **il ressort qu'il n'en est rien** : l'échec global de la prohibition et le coût humain, considérable, qui en a résulté amènent progressivement à une prise de conscience de la nécessité de réformer. Au-delà de la **dépénalisation**, déjà reconnue juridiquement, la **légalisation** est aujourd'hui au cœur des débats internationaux.

1. Face à ses échecs de plus en plus visibles, le « consensus global » autour du régime prohibitionniste se fissure

Lors de son audition par la mission d'information, le 27 janvier dernier, Mme Ruth Dreifuss, ancienne présidente de la Confédération suisse et membre fondatrice de la Commission globale sur les politiques en matière de drogues ⁽²⁾ qu'elle a présidée entre 2016 et 2020, a rappelé que la transposition des conventions internationales anti-drogues dans les droits nationaux avait « **créé une espèce de consensus global** » sur l'idée que seule une politique de « répression » était susceptible de résorber partiellement, voire intégralement, la consommation de produits stupéfiants dans le monde.

La Convention unique de 1961 fixe même en son article 49, paragraphe 2 f, un objectif de **cessation de l'usage du cannabis** à des fins autres que médicales et scientifiques « dans un délai de vingt-cinq ans à compter de l'entrée en vigueur » du texte. L'usage récréatif du cannabis aurait donc dû disparaître de la quasi-totalité des pays du monde à la fin de l'année 1989...

(1) Huitième alinéa du préambule de la Convention de 1988.

(2) Organisation non gouvernementale créée en 2011 afin de réformer les politiques anti-drogues au niveau international et dont le siège est installé à Genève. La Commission comprend actuellement 25 membres, notamment des anciens responsables internationaux, des anciens chefs d'État ou de gouvernement, des industriels ainsi que des intellectuels.

Le maintien d'un niveau de consommation élevé de produits stupéfiants dans le monde ⁽¹⁾ n'a pas, dans un premier temps, rompu ce consensus international. Dans les années 1990 et 2000, plusieurs sessions spéciales de l'Assemblée générale des Nations unies se réunissent sur le « problème mondial de la drogue » et réaffirment la nécessité d'appliquer de la manière la plus large possible les Conventions de 1961, 1971 et 1988.

RÉITÉRATION DU CADRE TRADITIONNEL À L'ONU EN 1998 ET EN 2008

1/ Dans sa résolution n° 51/64 du 28 janvier 1997, l'Assemblée générale des Nations unies constate « avec une vive préoccupation que, en dépit des efforts redoublés des États et des organismes internationaux compétents, on voit augmenter mondialement la demande, la production et le trafic illicites de stupéfiants et de substances psychotropes [...] » et conclut qu'il faut « **redoubler d'efforts pour appliquer le cadre général** qu'offrent les conventions existantes sur le contrôle des drogues ». En 1998, lors de sa 20^{ème} session extraordinaire, elle réaffirme la volonté des États à atteindre les objectifs fixés par les Conventions internationales, notamment ceux liés à la réduction de la demande, en deux étapes, avec un premier palier en 2003 puis un second en 2008 : « **Ensemble, nous pouvons relever le défi** » (résolution n° 20/2 du 10 juin 1998).

2/ Dix ans plus tard, le 18 décembre 2008, l'Assemblée générale « **exhorte** tous les États à redoubler d'efforts pour atteindre les objectifs qu'elle avait fixés pour 2003 et 2008 » et « **demande instamment** » aux pays qui n'ont pas adhéré aux Conventions internationales, ou qui ne les ont pas ratifiées, de le faire (résolution n° 63/197).

En définitive, cette succession d'annonces similaires d'une décennie à une autre est un aveu d'échec. Les données disponibles au niveau international sur la drogue font état d'une hausse continue de la consommation des trois principaux produits stupéfiants (cannabis, opiacés, cocaïne) entre 1998 et 2018. **Pour le seul cannabis, la progression s'établit à + 30 % sur la période.**

USAGERS (15-64 ANS) DE PRODUITS STUPÉFIANTS DANS LE MONDE (EN MILLIONS)

Produit stupéfiant	1998	2008	2018	Progression (1998-2018)
Cannabis	147,4	160	192	+ 30 %
opiacés	12,9	17,35	30	+ 133 %
cocaïne	13,4	17	19	+ 42 %

Sources : rapport de la Commission globale sur les politiques en matière de drogues (2011) et rapport de l'ONUDC sur la drogue (2020).

Au cours de son audition précitée, Mme Ruth Dreifuss a rappelé que les effets négatifs des politiques répressives menées sous l'égide des Conventions internationales ne se limitaient pas à la « grandeur de l'échec » dans la réalisation des objectifs de consommation, mais **qu'ils apparaissent également au travers du « coût humain et financier » de ces politiques sur les sociétés concernées.**

(1) Dans son rapport mondial sur les drogues de 2012, l'Office des Nations unies contre la drogue et le crime (ONUDC) estimait à 180 millions le nombre d'usagers de produits stupéfiants dans le monde à la fin des années 1990.

Lors de sa 52^{ème} session en 2008, la CDS reconnaît que le dispositif de contrôle international des drogues avait favorisé le développement « d'un marché criminel dans des proportions préoccupantes », **ce qu'elle qualifie de « effet indésirable alarmant »** ⁽¹⁾. Ce marché était estimé à environ 400 milliards de dollars par l'ONUDC à la fin des années 1990 ⁽²⁾ et, selon Mme Ruth Dreifuss, le chiffre s'établirait aujourd'hui autour des **500 milliards de dollars**.

La concurrence féroce que se livrent les organisations criminelles sur ce marché favorise naturellement les phénomènes de violence : dans son rapport précité de 2008, la CDS évoque les « guerres de rue » engendrées par les trafiquants dans « de nombreuses villes du monde » ⁽³⁾. **Avec le recul, il semble que les politiques répressives de lutte anti-drogues contribuent parfois elles-mêmes à l'explosion des violences** : selon les résultats d'une étude universitaire américaine menée en 2015 sur la politique mexicaine ⁽⁴⁾, les mesures de « ciblage des barons de la drogue » menées par les autorités dans le cadre de la « guerre des cartels » ⁽⁵⁾ n'aurait abouti qu'à la reconstitution d'organisations moins contrôlées et seraient ainsi responsables d'une **hausse de 150 % du taux d'homicide** dans le pays entre 2006 et 2010. Il n'est, d'ailleurs, pas exclu qu'un tel climat de violence ait joué un rôle majeur dans **le recul de l'espérance de vie** constaté au niveau national à partir de la fin des années 2000 (2005 : 75,3 ans ; 2015 : 74,9 ans ⁽⁶⁾).

(1) Vienne, rapport final de la CDS des 11-20 mars 2008 : *Criminalité organisée et la menace qu'elle constitue en termes de sécurité : Comment s'attaquer à une conséquence préoccupante de la lutte contre la drogue*.

(2) Rapport mondial sur les drogues de 1997.

(3) Rapport final de la CDS des 11-mars 2008 précité (page 3).

(4) « Kingpin Approaches to Fighting Crime and Community Violence » (Jason M. Lindo et alii, Université A&M du Texas, *Research briefs in economic policy* n° 31, juillet 2015).

(5) En décembre 2006, le président mexicain Felipe Calderon envoie 5 000 militaires dans l'État du Michoacan, initiant une longue période de « guerre » entre les cartels et le gouvernement.

(6) Source : Banque mondiale.

LE BILAN NÉGATIF DE LA « GUERRE CONTRE LA DROGUE »

« Dans un rapport de 2014 intitulé « *Ending the Drug Wars* », cinq prix Nobel et des personnalités politiques de tout premier plan dressent un réquisitoire sans appel contre cette politique. Elle a produit des effets négatifs incommensurables à l'échelle de la planète : incarcération de masse aux États-Unis, politiques ultra-répressives et violation des droits de l'Homme en Asie, vaste système de corruption et de déstabilisation en Afghanistan et en Afrique de l'Ouest, vagues de violence sans précédent en Amérique latine, épidémie de sida en Russie. Et malgré un coût humain et fiscal exorbitant, elle a été incapable d'éradiquer la toxicomanie. Le rapport mondial sur les drogues 2018 des Nations unies estime que **275 millions de personnes, soit 5,6 % de la population mondiale âgée de 15 à 64 ans, avaient consommé une drogue illicite en 2016.** [...] »

Comme ces millions de consommateurs ne peuvent se procurer leurs drogues légalement, **une des conséquences extrêmement dommageables de la prohibition a été de favoriser l'émergence du crime organisé.** Le trafic de drogue en est sa première source de revenus. Les volumes financiers, estimés en 2005 à 360 milliards de dollars par an, dont **142 milliards pour le seul cannabis**, sont tels qu'ils permettent de corrompre des centaines de milliers de fonctionnaires et d'élus. Ils corrompent également le réseau de la finance mondiale à travers des opérations de blanchiment de grande envergure. Finalement, ils alimentent la violence, la guérilla et le terrorisme. » ⁽¹⁾

Par ailleurs, le **bilan sanitaire** de ces politiques apparaît tout aussi peu reluisant. Indépendamment des effets sur la santé humaine d'un niveau élevé de consommation de produits stupéfiants, le dispositif de contrôle international des drogues de synthèse réduit *de facto* **l'accessibilité des populations civiles à des traitements médicaux adaptés, notamment ceux à base d'opiacés (codéine et morphine).** Régulièrement, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) évalue à plusieurs dizaines de millions le nombre de personnes qui souffrent, voire décèdent, faute d'accès à ces traitements ⁽²⁾.

Sans aller jusqu'à remettre en cause frontalement la logique des Conventions internationales dont il est issu, l'OICS a identifié très tôt les problèmes que le dispositif de contrôle pouvait poser en termes **d'accessibilité des patients aux traitements à base de produits stupéfiants.** Dans un supplément à son rapport annuel de 1994, l'Organe rappelle que l'offre de quantités adéquates de drogues à des fins médicales et scientifiques est une obligation énoncée dans les Conventions et précise que « les mesures nationales de lutte contre les détournements ne devraient jamais empêcher que des drogues soient disponibles à des fins médicales légitimes » ⁽³⁾.

(1) « Cannabis, comment reprendre le contrôle ? », Emmanuelle Auriol et Pierre-Yves Geoffard, *Les notes du Conseil d'analyse économique*, n° 52, juin 2019, page 4.

(2) *Assurer l'équilibre dans les politiques nationales relatives aux substances sous contrôle* : orientation pour la disponibilité et l'accessibilité des médicaments sous contrôle (OMS, 2011) : l'OMS évalue le nombre de patients en souffrance à 1 million pour le VIH en stade final et à 5,5 millions pour le cancer en phase terminale.

(3) *Efficacité des traités internationaux relatifs au contrôle des drogues* (OICS, 1994, page 6).

Vingt ans plus tard, l'OICS constate que le problème d'accessibilité n'a pas été fondamentalement résolu et **admet à demi-mot que le dispositif de contrôle international pourrait avoir joué un rôle** tout en renvoyant la responsabilité aux États qui auraient adopté une interprétation « biaisée ou asymétrique » des Conventions.

EXTRAITS DU SUPPLÉMENT AU RAPPORT DE L'OICS DE 2015

« La plupart des études et des analyses indiquent que, lorsqu'ils ont conçu leurs législations et réglementations en la matière, certains pays cherchaient avant tout à éviter le détournement et l'abus, plutôt qu'à assurer la disponibilité [des produits]. [...] **Cette interprétation biaisée ou asymétrique des conventions** a donné naissance, dans un certain nombre de pays, à des systèmes réglementaires tels qu'il est **très difficile, voire presque impossible, pour les personnes qui en ont besoin de se procurer des analgésiques opioïdes**⁽¹⁾ »

Le « consensus global » évoqué par Mme Ruth Dreifuss se fissure : la création, en 2011, de la Commission globale sur les politiques en matière de drogues (*cf. supra*) illustre parfaitement l'évolution des mentalités. À la différence de beaucoup d'associations militantes, où les représentants du monde médical ou médico-social figurent en bonne place, l'ONG est composée d'anciens responsables politiques de haut niveau qui peuvent se prévaloir d'une expérience dans la mise en œuvre du dispositif de contrôle international des drogues.

On notera que **cinq des commissaires sont des anciens chefs d'État sud-américains**⁽²⁾, c'est-à-dire issus d'une région du monde où les « effets indésirables » des politiques traditionnelles se sont fait particulièrement sentir. Le fait qu'une ONG de cette envergure puisse affirmer, dès sa première publication, que « la guerre contre la drogue est un échec »⁽³⁾ montre que, désormais, **le débat est ouvert au niveau international pour une remise en cause du cadre juridique mis en place au siècle dernier.**

(1) *Disponibilité des drogues placées sous contrôle international* : assurer un accès adéquat à des fins médicales et scientifiques (OICS, 2015).

(2) M. Fernando Caroso, ancien président du Brésil, MM. César Gaviria et Juan Manuel Santos, anciens présidents colombiens, M. Ricardo Lagos, ancien président du Chili et M. Ernesto Zedillo, ancien président du Mexique.

(3) *Propos d'entrée dans le rapport « Guerre contre la drogue » (mars 2011) en page 2.*

2. Les expériences nationales de dépénalisation et de légalisation des drogues conduisent inévitablement le dispositif international de contrôle à évoluer de manière progressive

Enfermés dans un cadre international peu évolutif, **ce sont les États qui**, en première ligne face aux échecs et aux ravages des politiques prohibitionnistes, **ont initié à leur niveau un premier mouvement de réforme**. Tout aussi restrictives qu'elles soient en matière de trafic, les stipulations des Conventions internationales envisagent l'usage de manière plus flexible : on rappellera, notamment, que la détention de produits stupéfiants aux fins de « consommation personnelle » est proscrite **sous réserve des « principes constitutionnels » et des « concepts fondamentaux »** propres à chacune des parties (article 3 de la Convention de 1988).

Historiquement, le Portugal est le premier État d'envergure à s'être engouffré dans la brèche. Selon João Augusto Goulão, président du Service portugais d'intervention pour les comportements d'addiction et de dépendance (SICAD) auditionné par la mission d'information le 3 février dernier (*cf. infra*), c'est la situation sanitaire catastrophique du pays⁽¹⁾ qui convainc les autorités d'adopter une réforme radicale consistant à **dépénaliser la détention** de tous les produits stupéfiants en deçà d'une certaine quantité⁽²⁾. Le contrevenant reste passible d'une **sanction administrative** (et donc non pénale) et est pris en charge par une « commission de dissuasion » à forte dominante médico-sociale.

La **réaction des instances internationales concernées** est très instructive en ce qu'elle témoigne d'une évolution des mentalités en faveur d'un desserrement de la prohibition : dans son rapport de 2004, l'OICS reconnaît que le dispositif portugais consistant à « exempter de poursuites pénales les auteurs d'infractions liées à de petites quantités de drogues est **compatible avec les traités internationaux relatifs au contrôle des drogues** »⁽³⁾. En 2010, le Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme des Nations unies prend position en faveur de la « décriminalisation » qui peut réduire les risques associés à l'usage des drogues et **contribue ainsi au « droit à la santé »**⁽⁴⁾. De nombreux États ont suivi l'exemple portugais dans les années 2000 et 2010 (le Brésil en 2006, le Mexique en 2009, la République tchèque en 2010, l'Argentine en 2012, la Jamaïque en 2015 pour le seul cannabis, etc.).

On remarquera que cette interprétation souple des Conventions s'applique à la dépénalisation, **et non à la légalisation**, que le Rapporteur spécial du Conseil des droits de l'homme refuse dans son rapport précité de 2010 de considérer comme étant un moyen d'assurer le respect des droits fondamentaux.

(1) Au milieu des années 1980, 1% de la population consommait régulièrement de l'héroïne et le nombre de décès liés à la drogue connaissait une croissance exponentielle (22 en 1987 ; 198 en 1995 ; 369 en 1999).

(2) Loi n° 30/2000 du 29 novembre 2000.

(3) Rapport 2004 de l'OICS (page 90).

(4) A/65/255 du 6 février 2010.

En ce sens, le choix opéré par l'Uruguay de s'engager dans la voie d'une **légalisation totale du cannabis** par la loi n° 19.172 promulguée le 23 décembre 2013 (*cf. infra*) constitue une véritable **rupture du consensus juridique international**. Dès le 19 novembre 2013, l'OICS a réagi aux perspectives de réforme en Uruguay en affirmant par un communiqué de presse que **la future loi entrerait en contradiction avec la Convention unique de 1961** ⁽¹⁾. Le pays a réagi en mettant en avant **le respect des droits fondamentaux**, en particulier le droit à la santé et au bien-être, qui, selon lui, prévalent sur les dispositifs de contrôle.

Actuellement, le débat juridique n'est toujours pas clos. On observe, toutefois, que d'autres régions du monde, et non des moindres (Colorado aux États-Unis en 2012, Canada en 2018 avec la loi dite « C-45 »), se sont, à leur tour, engagées dans la voie de la légalisation du cannabis. Pour l'instant, l'OICS s'en tient à la réaffirmation de sa position : dans son rapport annuel de 2017, il rappelle que « toute mesure qui permet ou permettrait l'usage du cannabis à des fins non médicales est **clairement contraire** » aux Conventions de 1961 et 1988 et précise que « la limitation aux seules fins médicales et scientifiques de l'usage des substances placées sous contrôle est **un principe fondamental auquel la Convention de 1961 n'admet aucune dérogation** ⁽²⁾. »

Toutefois, ces déclarations de principe ne sauraient masquer l'évolution progressive des représentations du « problème des drogues » au niveau de la communauté internationale. À l'issue de sa 30^{ème} session extraordinaire, qui s'est tenue du 19 au 21 avril 2016, l'Assemblée générale des Nations unies a publié un communiqué dans lequel les États affirment « **promouvoir activement une société exempte de tout abus de drogues** » ⁽³⁾. Lors de son audition par la Mission d'information avec Mme Ruth Dreifuss, le 27 janvier dernier, M. Khalid Tinasti, directeur de la Commission globale précitée sur les politiques en matière de drogues, a souligné qu'il s'agissait là d'un changement sémantique significatif **indiquant que la communauté avait admis le caractère irréaliste des objectifs de « cessation » des drogues figurant dans les Conventions.**

Selon une logique analogue, ce sont les initiatives menées au niveau national dans diverses régions du monde qui ont abouti à la fin de l'année 2020 au **relâchement** d'une des contraintes juridiques les plus fortes qui pesaient sur le développement de **l'usage médical du cannabis**. Dans son rapport de 2017 précité, l'OICS indiquait que seize pays signataires des Conventions avaient adopté des législations ou des réglementations favorables au cannabis thérapeutique ⁽⁴⁾ et rappelait que ce produit était soumis aux obligations les plus strictes du dispositif de contrôle international du fait de son **classement aux tableaux I et IV de la Convention unique de 1961** (*cf. supra*).

(1) UNIS/NAR/1186.

(2) Rapport 2017 de l'OICS (page 38).

(3) <https://www.unodc.org/documents/postungass2016/outcome/V1603302-F.pdf>

(4) Allemagne, Australie, Autriche, Belgique, Canada, Danemark, Espagne, Finlande, Israël, Italie, Norvège, Pays-Bas, Pologne, Suède, Suisse et Tchèque (page 38 du rapport 2017 de l'OICS précité).

Un pas important vers la normalisation du cannabis à usage médical a été opéré le 2 décembre dernier : la **CDS, réunie à Vienne pour sa 63^{ème} session a décidé de retirer le cannabis du tableau IV de la Convention unique**, tirant ainsi les conséquences du potentiel du produit en matière de traitement de certaines maladies douloureuses.

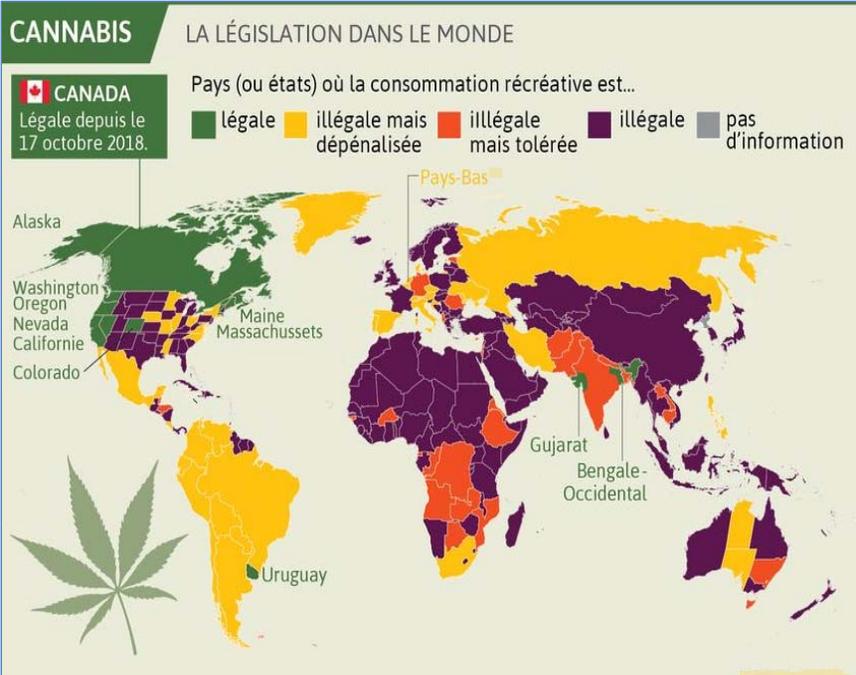
**LA RECONNAISSANCE DU CANNABIS MÉDICAL PAR LA COMMISSION
DES STUPÉFIANTS (2 DÉCEMBRE 2020)**

Le 24 janvier 2019, l'Organisation mondiale de la santé (OMS) a présenté au Secrétaire général des Nations unies six propositions relatives au classement du cannabis et de ses produits dérivés. Parmi ces suggestions figurait la suppression du cannabis et de la résine de cannabis du tableau IV compte tenu, d'une part, de leur **nocivité supposée moindre** au regard des effets des autres produits du tableau (héroïne, opioïdes de synthèse, etc.) et, par ailleurs, de **l'intérêt thérapeutique du cannabis** pour le traitement de la douleur et d'autres pathologies, telles que l'épilepsie ou la spasticité liée à la sclérose en plaques.

L'examen de ces propositions a été inscrit à l'ordre du jour de la 63^{ème} session de la Commission des stupéfiants, qui s'est tenue à Vienne du 2 au 6 mars 2020, puis a été reconvoquée le 2 décembre dernier. **La suppression du tableau IV a été adoptée au terme d'un scrutin serré (27 voix pour, 25 contre, 1 abstention).**

L'édifice juridique patiemment construit tout au long du siècle dernier au niveau international est donc sur la voie d'une recomposition majeure. **Nul doute que la reconnaissance au niveau des Conventions des régimes de légalisation qui émergent dans plusieurs régions du monde sera au cœur des discussions de la décennie actuelle.**

LE CANNABIS RÉCRÉATIF DANS LE MONDE (2019)



Source : France Bleu ⁽¹⁾

(1) Plus de 70 personnalités réclament la légalisation du cannabis dans une tribune (France Bleu, 19 juin 2019).

LE DROIT INTERNATIONAL : UN OBSTACLE DE PLUS EN PLUS FRAGILE À L'ÉVOLUTION DE LA LÉGISLATION

Comme cela a été indiqué, le cadre juridique international en vigueur (Conventions de 1961, 1971 et 1988) n'est pas de nature à faciliter une évolution unilatérale du droit interne. Ainsi, en 2011, l'OFDT considérait que « la légalisation du cannabis en tant que produit est, à ce jour, juridiquement impossible à mettre en œuvre dans les pays signataires des conventions internationales, qui se sont engagés à incriminer et sanctionner la culture, la distribution et la production de tout type de stupéfiants. »⁽¹⁾

Pour autant, Renaud Colson et Henri Bergeron estiment que, si, aux termes de cette contrainte multilatérale, les États-parties aux conventions sont « tenus juridiquement d'interdire la production, le commerce et l'usage de cannabis, à l'exception des opérations dont les finalités sont scientifiques, médicales ou industrielles », **des marges de manœuvre existent néanmoins** et que, en la matière, « traditions juridiques nationales et spécificités culturelles locales déterminent fortement le traitement réservé aux producteurs, trafiquants et amateurs de cannabis. La prohibition mondiale se pense ainsi au singulier mais se décline au pluriel, à travers une variété de modèles nationaux inscrits sur un continuum qui s'étend de la répression la plus rigoureuse à une tolérance bienveillante. »⁽²⁾

Ainsi, au cours de la décennie 2010, la situation s'est complexifiée quant à l'interprétation de la marge de manœuvre laissée par les conventions internationales de l'ONU en matière de stupéfiants. Alors que ces conventions étaient considérées jusqu'alors comme inviolables et alors qu'il existait jusqu'alors un consensus international sur l'interdit de production, la lecture du droit international, c'est-à-dire la compréhension de ce que les conventions permettent ou ne permettent pas, a évolué.

Dans le contexte d'une contestation grandissante de l'efficacité de la "guerre à la drogue", plusieurs États ont légalisé l'ensemble des actes préparatoires à l'usage de cannabis et ouvert un marché légal du cannabis à usage "récréatif". Le premier qui a opéré ce type de réforme à l'initiative du gouvernement, l'Uruguay, a été immédiatement rappelé à l'ordre par l'OICS, gardien des conventions, qui n'a cependant fait jouer aucun pouvoir de sanction. Surtout, la réprobation de l'OICS a été moins catégorique lorsque certains États fédérés des États-Unis, puis le Canada, ont mis en place le même type de réforme : tout se passe comme si la légalisation de la production de cannabis par certains États avait fait l'objet d'une "normalisation" par la pratique. En pratique, l'essaimage des initiatives de légalisation en Amérique du Nord a modifié les frontières de ce qui était admis, considéré comme acceptable et, à l'inverse, condamné dans les instances onusiennes.

Le débat juridique est loin d'être clos au niveau international, comme l'a montré la réaction de l'Organe international de contrôle des stupéfiants (OICS) dans son rapport annuel de 2017⁽³⁾ et les marges de manœuvre offertes par les Conventions internationales semblent plus fortes pour la légalisation de l'usage que pour celle de la production et de la distribution.

Il est ainsi vraisemblable que **la multiplication des initiatives de légalisation au niveau national**, et notamment celle engagée par les États-Unis, aura un impact à plus ou moins long terme **sur la façon d'interpréter, voire d'appliquer, les obligations inscrites dans les Conventions internationales anti-drogues.**

II. L'URUGUAY : UN MODÈLE DE LÉGALISATION FONDÉE SUR UN FORT CONTRÔLE DE L'ÉTAT DE LA PRODUCTION À LA DISTRIBUTION

L'Uruguay est le premier pays au monde à avoir légalisé la production, la consommation et la vente du cannabis. Cette régulation est toutefois très encadrée par l'État. Outre l'autorisation de l'autoproduction individuelle et collective via les clubs associatifs, l'État s'est engagé à permettre la commercialisation en pharmacie du cannabis pour une consommation récréative, ce dernier étant issu d'une production sous la forme d'un oligopole contrôlé par lui. C'est ce dernier aspect qui fait de ce pays un cas unique, mais qui explique aussi les retards et les difficultés auxquels la politique de régulation est confrontée.

A. LE CONTEXTE DE LA LÉGALISATION

1. Le contexte politique et sanitaire

En 1974, durant la dictature militaire uruguayenne (1973-1984), l'usage du cannabis « en quantités minimales, destinées exclusivement à la consommation personnelle », est décriminalisé en Uruguay. La production et la vente sont, en revanche, strictement réprimées, les peines prévues allant de trois à quinze ans d'emprisonnement.

En 1986, aux lendemains de la chute de la dictature militaire, **une première association est créée pour lutter contre les abus de la police envers les consommateurs de drogues, qui sera au fondement du mouvement pro-cannabis qui se développera au cours des années 2000.**

Le cadre légal est assoupli dès 1998, du fait de l'essor de l'usage du cannabis dans la population et du développement du militantisme pro-cannabis. Les peines encourues pour production et vente de cannabis sont réduites à vingt mois d'emprisonnement et des peines alternatives à l'incarcération sont prévues pour les petits revendeurs. La notion de « quantités minimales » est, en outre, remplacée par celle de « quantités raisonnables » laissée à l'appréciation du juge.

Ce sont cependant l'arrivée au pouvoir, en 2004, du Fronte Amplio, qui rassemble différents mouvements et partis situés à l'extrême gauche, à gauche et au centre gauche de l'échiquier politique⁽⁴⁾, et **le volontarisme du Président de la République, José Mujica**, élu en 2009, qui contribuent de manière décisive à l'évolution des politiques publiques en matière de drogue.

(1) « *Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions et état des lieux en Europe* », Ivana Obradovic, *op. cit.*

(2) « *Faut-il légaliser le cannabis ?* », *op. cit.*, page 31.

(3) *Rapport 2017 de l'OICS (page 38)* : « *La limitation aux seules fins médicales et scientifiques de l'usage des substances placées sous contrôle est un principe fondamental auquel la Convention de 1961 n'admet aucune dérogation.* »

(4) *Le Parti démocrate-chrétien, le Parti communiste d'Uruguay, le Parti socialiste d'Uruguay et le Mouvement révolutionnaire oriental (MRO), ainsi que des dissidents des Partis blanco et colorado et le Mouvement du 26 Mars, fondé par les Tupamaros.*

La situation est alors très dégradée du fait d'une consommation croissante de **cocaïne et de « pasta-base »** ⁽¹⁾ ainsi que d'une **hausse de la délinquance urbaine associées** dans la presse et l'opinion publique à ces consommations. La consommation de « *prensado* », un cannabis coupé importé du Paraguay et de très mauvaise qualité posait également des difficultés sanitaires.

2. Le processus politique

Une commission parlementaire est chargée, dès 2010, de la rédaction d'un rapport sur la situation uruguayenne en matière de drogue. Le rapport est publié en octobre 2011 et prône le « réalisme », invitant l'État à concentrer les moyens « sur la réduction des risques des usages problématiques ».

La commission mandate à son tour la *Junta Nacional de drogas (JND)*, autorité en charge des problématiques de drogue placée sous l'égide du Président de la République, pour travailler à la redéfinition des quantités admises pour les consommations personnelles et envisager une « actualisation des législations ».

En mai 2011, un projet de réforme de la loi de 1998 est présenté par les membres de la commission parlementaire et le secrétaire général de la JND, M. Milton Romani. Le projet prévoit :

- la dépénalisation de la possession de quantités de cannabis inférieures à 25 grammes et destinées à un usage personnel ;
- la dépénalisation de la culture de cannabis (jusqu'à huit plants) ;
- la possibilité d'ouvrir des clubs de producteurs/consommateurs de cannabis.

L'exécutif s'empare alors de cette question, sans attendre l'aboutissement du processus parlementaire. La question des drogues est inscrite dans le cadre plus large d'une « *Stratégie pour la vie et le vivre-ensemble* », élaborée à la demande du Président Mujica par un Comité de sécurité, composé de représentants des ministères de l'intérieur, de la défense et des affaires étrangères. Le Comité définit, en juin 2012, 15 « stratégies » parmi lesquelles « la légalisation régulée et contrôlée du cannabis avec un rôle fort de l'État dans la production » qui doit permettre de lutter contre la consommation et le trafic de drogue.

Parallèlement, une certaine implication de la société civile dans ce processus de légalisation doit être relevée. Dès 2011, un « débat national sur les drogues » est lancé, fruit d'une initiative citoyenne, reprise ensuite par les autorités gouvernementales pour tenter de convaincre une classe politique divisée et une population réticente. Les auteurs de l'enquête CannaLex soulignent ainsi, dans leur

(1) Pâte issue de déchets de cocaïne, toxique et très addictive.

rapport synthétique publié en octobre 2017 que « les associations nationales ont toutefois davantage soutenu le processus de réforme uruguayen plutôt qu’elles ne l’ont lancé comme cela a été le cas aux États-Unis »⁽¹⁾.

Un premier projet de loi est présenté au Parlement le 8 août 2012, prévoyant que l’État assume le contrôle direct de toute la chaîne de production du cannabis. Plusieurs mois de négociations s’écoulent avant que la loi 19.172 ne soit adoptée le 13 juillet 2013 par le Parlement, à une courte majorité (50 voix contre 46) ce qui souligne l’absence de consensus au sein de la classe politique uruguayenne et de la population, dont 60 % est opposée à cette légalisation⁽²⁾. La loi est promulguée par le Président le 23 décembre 2013.

Uruguay : une légalisation « par le haut » (« top down »)

La légalisation du cannabis en Uruguay résulte, avant tout, d’un engagement déterminé de l’exécutif et, plus particulièrement, du président José Mujica. Elle s’inscrit dans le cadre d’un programme politique progressiste plus vaste, qui se traduit, au cours de la même période (2012-2013), par l’adoption de la loi 18.987 légalisant l’interruption volontaire de grossesse (IVG) et celle de la loi 19.075 instituant le mariage pour les personnes homosexuelles. La dynamique alliant travaux parlementaires, consultations externes et soutien citoyen semble avoir joué un rôle plus secondaire.

Le processus de légalisation uruguayen est souvent qualifié de « légalisation par le haut » (approche top down), par opposition à une « légalisation par le bas » (approche bottom up), résultant de la mobilisation de la société civile, observée, par exemple, au Colorado⁽³⁾.

(1) Ivana Obradovic, Michel Gandilhon, Nacer Lalam, David Weinberger et Déborah Alimi, « Une analyse comparée des expériences de régulation du cannabis (Colorado, État de Washington, Uruguay) », Enquête CannaLex, INHESJ et OFDT, octobre 2017, page 16. Le rapport final synthétique est consultable en ligne : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/CannalexRFS.pdf>

(2) Angeline Montoya, « Uruguay. Le laboratoire du cannabis libre », Le Monde, lundi 10 février 2020.

(3) Voir, par exemple : Michel Gandilhon, Ivana Obradovic, Nacer Lalam, Déborah Alimi, David Weinberger, « Colorado vs Uruguay : deux modes opposés de légalisation du cannabis », *Drogues, santé et société*, 16 (1), 70-85.

B. UN MODÈLE REPOSANT SUR UN FORT CONTRÔLE DE L'ÉTAT, DE LA PRODUCTION À LA DISTRIBUTION

Les objectifs prioritaires fixés à la légalisation sont :

1. la préservation de **la santé publique**, en contenant, voire en contribuant à faire diminuer la consommation et les niveaux d'usage de cannabis dans la population ;

2. **l'assèchement des trafics**, en privant les dealers de cocaïne et de « *pasta base* » du marché du cannabis qui était considéré comme un « *produit d'appel* » pour ces réseaux ⁽¹⁾.

La loi autorise **les adultes de plus de 18 ans à détenir jusqu'à 40 grammes d'herbe de cannabis par mois, soit jusqu'à 10 grammes par semaine**. Ils ne peuvent en faire une consommation publique.

Trois voies d'approvisionnement sont envisageables :

– **l'auto-culture** dans une limite de six plantes femelles en fleur maximum par foyer ;

– le recours à **une association de consommateurs qui produit et distribue le cannabis** dans une limite de 99 plantes pour 45 membres maximum ;

– **l'acquisition dans une pharmacie** dotée d'une licence l'autorisant à vendre du cannabis (17 en 2020) dans une limite de **10 grammes par consommateur par semaine**. Dans ce cadre, le cannabis délivré est produit par des **entreprises habilitées par l'État dans la limite de deux tonnes par entreprise**. Seules **quatre variétés peuvent être ainsi produites**, contenant des taux de THC compris entre 2 % et 4 %. L'herbe est vendue à **un prix fixé par l'État** (1,30 dollar le gramme).

Il est **strictement interdit aux auto-producteurs et aux membres d'associations coopératives de vendre leur production**, sous peine de sanctions pouvant aller jusqu'à dix ans d'emprisonnement.

Les consommateurs sont tenus de s'enregistrer auprès d'une structure ex nihilo, chargée de la mise en œuvre et de la régulation de ce marché, l'Instituto de regulacion y control del cannabis (IRCCA) qui délivre également les **licences de production** et assume une mission d'éducation et de sensibilisation des populations aux risques liés à la consommation de cannabis. L'enregistrement des consommateurs est destiné à permettre la limitation des consommations et à faciliter le repérage des consommations problématiques.

(1) « On voulait retirer aux dealers de cocaïne basée [pasta base] le marché de la marijuana, comme les Pays-Bas l'ont fait avec les dealers d'héroïne » (propos de M. Julio Calzada, secrétaire général du Conseil national des drogues (JND) de 2011 à 2015, rapportés par Angeline Montoya dans l'article du *Monde* précité.

La vente de cannabis aux touristes étrangers ainsi que la publicité pour le cannabis récréatif sont prohibées.

Concernant la **conduite après consommation de cannabis**, toute trace de THC détectée est **susceptible d’entraîner des sanctions**.

C. BILAN DE LA LÉGALISATION

Le bilan du processus uruguayen est aujourd’hui mitigé : la mise en œuvre a été difficile et les résultats sont incertains.

1. Une mise en œuvre retardée et difficile

La mise en œuvre de la légalisation a été retardée et difficile, tant au stade de la production que de la distribution.

Concernant la **production**, de nombreuses questions demeuraient en suspens – la délimitation et la sécurisation d’une zone de production, notamment – et le processus de sélection des entreprises habilitées à produire se révéla complexe et exigeant, du fait du faible nombre de candidats, découragés par les incertitudes qui demeuraient et par le caractère strict de l’encadrement public. **Un délai de quatorze mois s’écoula donc entre le lancement de l’appel d’offre par le Gouvernement et l’habilitation de deux entreprises privées à produire du cannabis destiné à la vente en pharmacie** – International cannabis Corp et SIMByosis.

En outre, **le corps médical, ainsi que l’ordre des pharmaciens témoignèrent une forte hostilité à l’encontre de la réforme**. Une partie des pharmaciens estimaient incohérent de délivrer au sein de leurs officines des produits récréatifs susceptibles de faire peser un risque sanitaire sur le consommateur et craignaient d’attirer une clientèle violente. **Le « protocole d’entente sur les conditions de fonctionnement de la vente de cannabis en pharmacie » ne fut ainsi signé qu’en mai 2017, avec une mise en place des premières ventes en pharmacie en juillet 2017** – seules une dizaine de pharmacies, sur les 1 200 que compte le pays, ayant accepté de proposer du cannabis.

Les pharmacies ayant accepté de vendre du cannabis se trouvèrent ensuite **confrontées à des difficultés bancaires : le *Patriot Act* entraîna la fermeture de leur compte bancaire**, considérant que cette activité constituait une participation à des trafics de drogues, alors même que l’économie uruguayenne est fortement « dollarisée » du fait de la faible confiance placée dans le peso. Plusieurs pharmacies ont alors renoncé à vendre du cannabis, tandis que d’autres ont mené leurs transactions en liquide, rendant nécessaire le développement de la sécurité privée.

Par ailleurs, **l’arrivée à la présidence de la République de M. Tabaré Vazquez**, qui a remplacé José Mujica en 2015, a contribué à ralentir encore la mise en œuvre de la réforme. Oncologue de profession, bien que faisant partie également du Fronte Amplio, M. Tabaré Vazquez était personnellement opposé à la vente en pharmacie du cannabis.

Enfin, **l'enregistrement des consommateurs désireux d'acheter du cannabis en pharmacie fit l'objet d'une assez forte contestation au sein d'une société marquée par la dictature.** Le registre ne fut officiellement ouvert qu'en mai 2017. **L'enregistrement des clubs fut plus rapide et effectif dès octobre 2015.**

2. Une production insuffisante pour assécher le marché noir

Le marché uruguayen du cannabis représentait entre 25 et 35 tonnes en 2017. Au 19 janvier 2020, 51 555 consommateurs étaient enregistrés auprès de l'IRCCA, 39 423 clients de pharmacie, 7 834 cultivateurs et 4 298 membres appartenant à 145 clubs.

Les deux entreprises habilitées ne sont jamais parvenues à produire les 2 tonnes qu'elles étaient autorisées à mettre sur le marché ⁽¹⁾. Ainsi, seul un tiers des consommateurs de cannabis se sont fournis en cannabis en recourant au marché légal en 2018 ⁽²⁾.

Trois nouvelles entreprises ont été, en conséquence, habilitées à produire du cannabis par l'IRCCA en 2018 – Uruguay Biopharmaceutical Research Co. ; Jabelor S.A. ; Legiral S.A. La production de cannabis légale pourrait ainsi atteindre 10 tonnes.

3. Une augmentation des violences dont le lien avec la réforme est difficile à établir

La légalisation du cannabis constituait une réponse aux violences liées aux trafics et à la consommation de drogue. Sur ce point, il faut noter une **forte augmentation des homicides, dans le cadre notamment de règlement de comptes entre trafiquants de cocaïnes** (+45,8 % d'augmentation entre 2017 et 2018).

Les auteurs de l'enquête Cannalex précitée (2017) soulignent, par ailleurs, **le développement d'une criminalité transnationale en Uruguay**, avec l'implantation de groupes criminels latino-américains spécialisés dans l'exportation mondiale de cocaïne et l'exportation régionale de cannabis.

4. Une augmentation de la consommation à relativiser

Au moment de la légalisation, la crainte d'assister à une augmentation exponentielle des consommations était un argument majeur avancé par les opposants à la réforme. Selon l'Observatoire uruguayen des drogues, la prévalence annuelle de l'usage du cannabis serait passée de **9,3 % en 2014 à 14,6 % en 2018**, ce qui correspond à l'accroissement de la consommation de cannabis dans les pays occidentaux où elle est interdite, selon M. Diego Olivera, secrétaire général du JND ⁽³⁾.

(1) IRCCA, « Mercado regulado del cannabis », Informe VII, 2019.

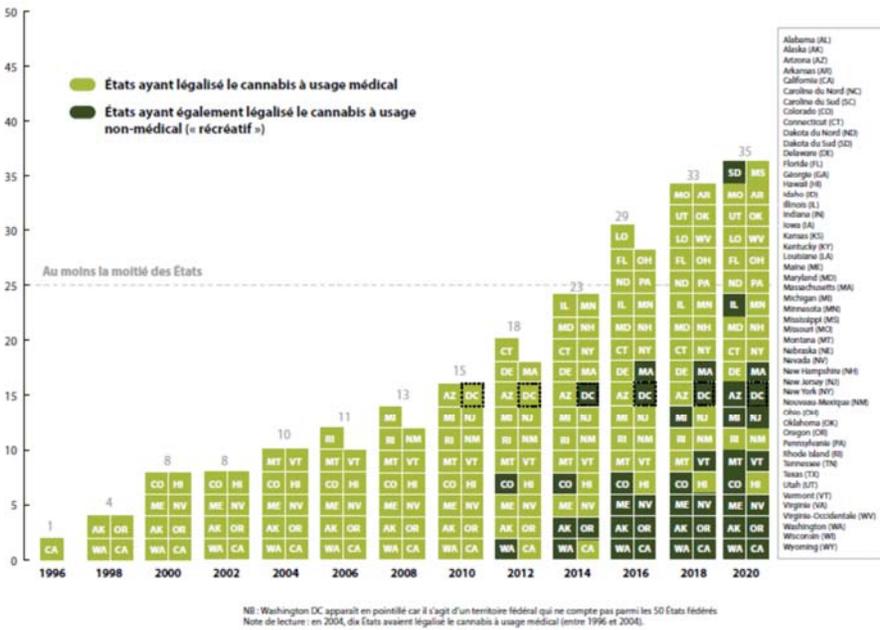
(2) Rapport de l'Observatoire uruguayen des drogues, décembre 2019.

(3) Angeline Montoya, Le Monde, article précité et rapport mondial sur les drogues 2019 (ONUDC).

A. UN REGARD D'ENSEMBLE SUR L'ÉTAT DE LA QUESTION AUX ÉTATS-UNIS

Après un premier mouvement de dépénalisation de la possession de petites quantités de cannabis pour usage personnel, initié parfois dès les années 1970 comme en Oregon (1973) ou au Nebraska (1978), un certain nombre d'États précurseurs ont ensuite ouvert la voie à une évolution réglementaire plus ambitieuse. La Californie en 1996 a ainsi été le premier État à légaliser l'usage thérapeutique du cannabis, suivie par une quinzaine d'autres, jusqu'au début des années 2010. À ce jour, comme le montre la figure ci-dessous, soixante-dix pour cent des États de la fédération, trente-cinq sur cinquante, ont légalisé cet usage qui concerne au total une cinquantaine d'indications thérapeutiques, dont les principales sont la sclérose en plaques, le cancer et le sida.

NOMBRE D'ÉTATS AYANT LÉGALISÉ L'USAGE MÉDICAL ET NON-MÉDICAL (1996-2020) ⁽¹⁾



Le Colorado, l'un des pionniers en la matière, a légiféré dès 1998 et a progressivement élargi le spectre des maladies pour lesquelles les médecins sont habilités à prescrire du cannabis : glaucome, cachexie, épilepsie, nausées sévères et douleurs réfractaires en premier lieu, auxquelles se sont ajoutés à partir de 2017 les troubles dus au stress post-traumatique et à l'autisme et, depuis 2019, toutes les situations pour lesquelles un médecin pourrait prescrire un opioïde. ⁽²⁾

(1) Ivana Obradovic, *op.cit.*, page 9.

(2) Ean Seeb, *conseiller spécial cannabis du gouverneur du Colorado, audition de 27 janvier 2021.*

Depuis 2012, près de la moitié de ces mêmes États ont en outre entrepris de légaliser l'usage « récréatif » du cannabis.

Ce mouvement a été initié par le Colorado et l'État de Washington en 2012, suivis par l'Oregon, l'Alaska et le District fédéral de Washington DC en 2014. Au total, ce sont désormais quinze États qui ont légiféré, pour l'essentiel à la suite de l'adoption de référendums, et souvent après qu'une première votation populaire négative. Seuls le Vermont, l'Illinois et le Dakota du sud ont suivi une voie législative, à partir de 2018 ⁽¹⁾.

B. LES OBJECTIFS POURSUIVIS PAR LA LÉGALISATION

Plusieurs caractéristiques ressortent des processus de légalisation.

En premier lieu, sur un plan politique et sauf exceptions – le Dakota du sud, l'Alaska et le Michigan – ce sont souvent des États traditionnellement démocrates ou plus favorables au Parti démocrate lors des dernières élections, ou encore marqués par un certain libéralisme politique, social et culturel, par exemple en matière de libertés civiques, de mariage homosexuel ou d'appartenance religieuse, qui figurent parmi les pionniers de la réforme.

Ils ont aussi tiré profit du fait que l'administration Obama avait « appelé en 2009 à “déprioriser” la lutte contre le marché du cannabis médical dans les États l'ayant légalisé, à condition que ceux-ci développent un système de régulation protégeant la santé publique » ⁽²⁾, ce que l'administration suivante n'a pas fondamentalement remis en cause, les procureurs fédéraux n'engageant par exemple plus de poursuites contre les États contrevenant aux dispositions fédérales depuis 2018. Cette évolution de la position fédérale a coïncidé avec l'émergence du débat sur l'efficacité et le coût de la « guerre à la drogue », qui en a commencé à en remettre en cause la pertinence.

De même relève-t-on que les États ayant légalisé le cannabis sont tous marqués par des « prévalences d'usage supérieures à la moyenne fédérale, pour tous les indicateurs et dans toutes les classes d'âge » ⁽³⁾, notamment chez les jeunes.

Les États qui ont entrepris de légaliser l'usage « récréatif » du cannabis ont poursuivi trois types d'objectifs : la sécurisation des conditions de production et de distribution ; l'instauration de règles strictes visant à restreindre les possibilités d'accès aux produits, notamment en ce qui concerne les mineurs ; l'obtention de recettes fiscales par l'État.

(1) Selon le site Newsweed, en mars 2021, des processus législatifs de légalisation étaient en phase plus ou moins avancées à Hawaï, au Nouveau Mexique, en Virginie, en Pennsylvanie, au New Jersey ainsi qu'au Wyoming.

(2) Ivana Obradovic, op.cit., page 10.

(3) Ivana Obradovic, op.cit., page 11.

1. La production et la distribution

Si les modes de régulation définis aux États-Unis reposent assez logiquement sur une production et une distribution confiées au secteur privé, des règles précises ont néanmoins été édictées par les différents États.

En matière de production, l'**auto-culture** est tout d'abord généralement autorisée pour l'usage médical comme pour l'usage récréatif, en dehors de tout processus de contrôle, sous réserve, dans la plupart des cas, de respecter un nombre de plants maximal – souvent entre 5 et 8 mais parfois plus élevé, par exemple jusqu'à 24 en Oregon.

Pour le reste, au-delà des divergences, tous les États ont développé **des modes de régulation fondés sur l'attribution de licences professionnelles à des opérateurs privés** ⁽¹⁾ pour tous les types d'activité – culture, production, transport, distribution, etc. – leur permettant d'opérer sur les différents segments du marché : culture et production ; conditionnement et distribution ; vente. Si le type, le nombre et le coût de ces licences varie grandement selon les États, elles permettent toujours aux autorités en charge du suivi du secteur – instance *ad hoc*, autorité fiscale ou de régulation du marché de l'alcool – d'exercer un contrôle renforcé des opérateurs et d'assurer une traçabilité des produits et de leur qualité, depuis la semence jusqu'au consommateur. Ce système de licences, tel qu'il a été conçu, a pour principal inconvénient de favoriser les opérateurs les plus importants en sécurisant juridiquement leur développement. Le marché du cannabis peut ainsi être faussé au profit des acteurs les mieux dotés.

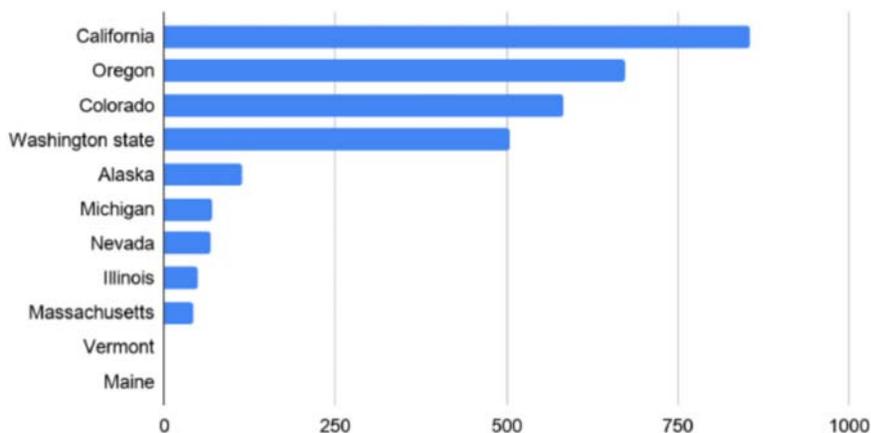
Des **mesures anti-monopolistiques** ont par ailleurs été instaurées pour éviter la répétition de campagnes intenses de lobbying telles que les États-Unis en ont connu de la part de l'industrie du tabac ces dernières décennies. Elles permettent aussi la protection des opérateurs de petite taille et facilitent le contrôle du marché par les autorités de régulation.

L'approvisionnement des consommateurs se fait généralement en **boutique spécialisée**, et les réglementations en la matière sont nombreuses et strictes, portant sur l'emplacement des lieux de vente – notamment éloignés des établissements scolaires et des stations-service – les modalités de vérification de l'identité des acheteurs, les catégories et gammes de produits proposés, les règles de conditionnement – taille, poids, résistance des emballages afin d'assurer une protection des enfants –, la publicité et le marketing – avertissements divers, apposition de logos spécifiques – et l'interdiction de vente en ligne. ⁽²⁾

(1) Au 1^{er} janvier 2021, quelque 2 785 licences professionnelles, tous types confondus, avaient ainsi été attribuées par l'État du Colorado, 1 139 à finalité médicale et 1 646 à finalité récréative. Les opérateurs se répartissaient essentiellement entre producteurs/cultivateurs (462 licences médicales et 715 licences pour usage récréatif), boutiques (431 pour la vente de cannabis thérapeutique et 606 pour la vente de cannabis à usage « récréatif »), fabricants (216 pour usage médical et 290 pour usage « récréatif ») ; source : Dominique Mendiola, directrice-jointe de la division de la législation de la marijuana, Département des finances du Colorado, audition du 27 janvier 2021.

(2) Ean Seeb, audition du 27 janvier 2021. Sur ces questions, Ivana Obradovic, *op. cit.*, pages 4 à 8.

NOMBRE DE BOUTIQUES SPÉCIALISÉES TITULAIRES DE LICENCES DE DISTRIBUTION DE CANNABIS À USAGE « RÉCRÉATIF »



Source : Transform Drug Policy Foundation, « Altered States : Cannabis regulation in the US »

2. Un accès restreint aux produits

À l'identique de la législation relative à la consommation d'alcool, la protection des mineurs est au cœur de la réglementation du cannabis. Elle se traduit essentiellement par l'interdiction de la vente aux personnes de moins de 21 ans.

En outre, les conditions de détention par les adultes autorisés sont strictes et les différents États ont défini des quantités maximales précises, le plus souvent d'une once de produit ⁽¹⁾. La détention de quantités supérieures est passible de peines parfois sévères, comme au Colorado : jusqu'à un an de prison et mille dollars d'amende pour la détention de 2 à 6 onces. Dans le même esprit, la vente interpersonnelle est interdite, afin de lutter contre les petits trafics et de faciliter la professionnalisation des petits opérateurs, encadrés par l'État.

Toujours par comparaison avec la réglementation en matière d'alcool, et même si certains États ont pu récemment introduire des assouplissements, la consommation de cannabis est le plus souvent interdite dans les lieux publics et passible d'amende.

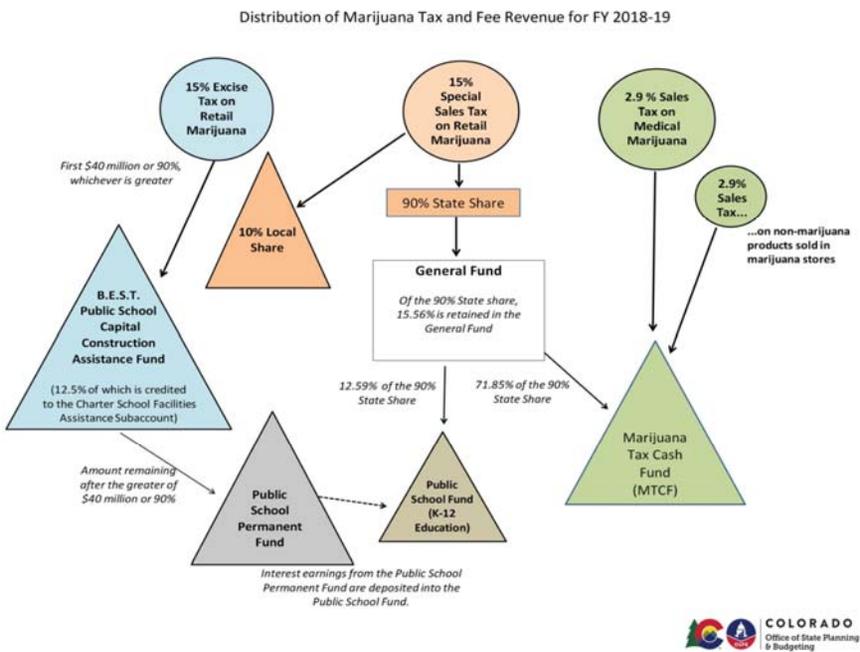
3. Des recettes fiscales importantes

La légalisation du cannabis permet aux États d'instituer une fiscalité sur les revenus du marché et la question du niveau précis de taxation à fixer s'avère cruciale. Elle doit en effet permettre à la fois la génération de recettes importantes sans pour autant obérer le développement des entrepreneurs légaux. Elle doit cependant ne pas être excessive afin que les prix des produits autorisés incitent les consommateurs à se tourner vers l'approvisionnement légal et contribuent ainsi à lutter contre le marché noir.

(1) Soit 28,4 grammes.

Les taux de taxation en vigueur aux États-Unis sont pour autant très variables. Ils varient de 10 %, dans le Maine, à 37 % dans l'État de Washington. L'État du Colorado applique un taux global de 30 %, comme le montre la figure ci-dessous ainsi répartis : 15 % de droits d'accise (« excise tax »), « dont le montant porte sur une quantité de produit : il s'agit d'une taxe associée aux politiques de dissuasion de la consommation excessive » ⁽¹⁾, 15 % sur les ventes. S'y ajoutent des taxes locales additionnelles qui peuvent être fixées par les municipalités et comtés ⁽²⁾. Le cannabis thérapeutique est en revanche grevé d'une taxe de 2,9 %, auxquels s'ajoutent également des taxes locales.

STRUCTURE DE LA FISCALITÉ DU CANNABIS AU COLORADO ⁽³⁾



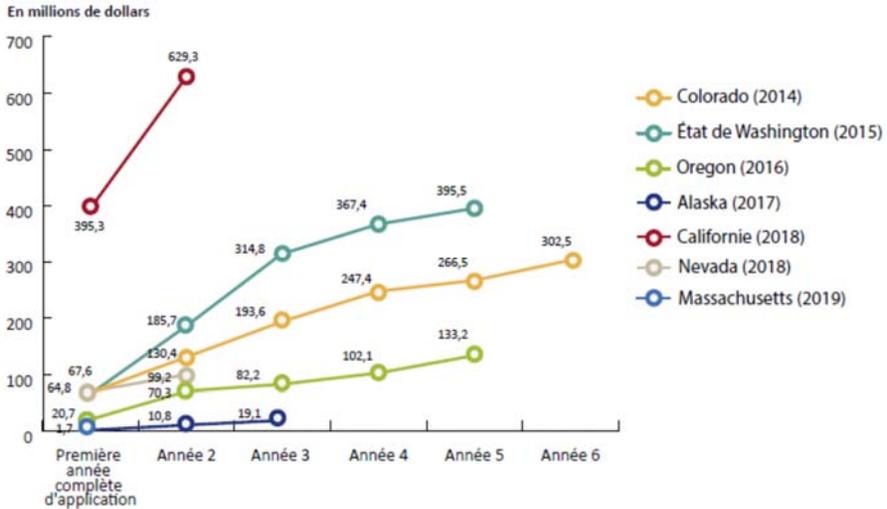
Ces taxes en croissance constante, parfois forte, comme en Californie, comme le montre le diagramme ci-dessous, ont permis à l'État du Colorado de retirer sur les derniers exercices budgétaires des revenus considérables : quelque 302,5 millions de dollars en 2019, et même de 387,5 millions au 31 décembre 2020.

(1) Ivana Obradovic, *op. cit.*

(2) Qui sont également libres de ne pas appliquer la législation de l'État, que ce soit sur le cannabis thérapeutique ou sur l'usage « récréatif ».

(3) Source : Département des finances du Colorado.

ÉVOLUTION DES RECETTES FISCALES GÉNÉRÉES PAR LE MARCHÉ DU CANNABIS À USAGE « RÉCRÉATIF » (INCLUANT TAXES ET LICENCES) ⁽¹⁾



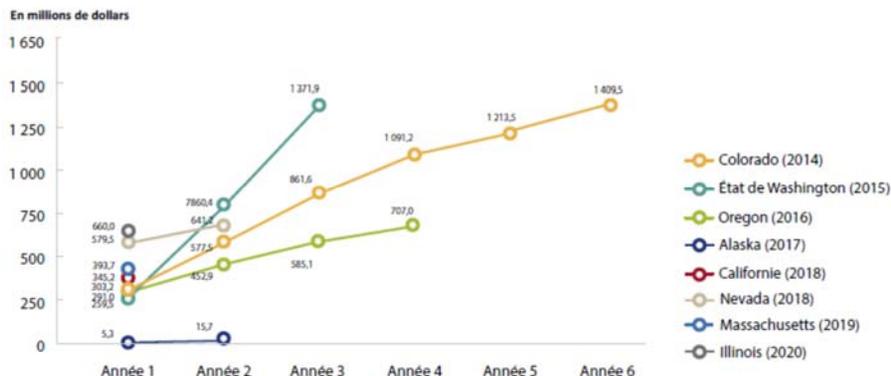
Les recettes importantes ainsi dégagées sont dues à des ventes en constante progression, comme le montre la figure suivante.

Le montant cumulé de 1,4 milliard de dollars de ventes pour le seul cannabis à usage « récréatif » au Colorado qui apparaît sur le diagramme a même dépassé 1,6 milliard en janvier 2021. Même si elle tend à s'atténuer, cette progression est en conséquence toujours très forte d'une année sur l'autre, +16 % en 2019 par rapport à 2018 et +32 % en 2020 par rapport à 2019 dans cet État. Depuis 2014, le cumul des ventes dépasse désormais 10 milliards de dollars ⁽²⁾.

(1) Ivana Obradovic, *op. cit.*, page 17.

(2) <https://cdor.colorado.gov/data-and-reports/marijuana-data/marijuana-tax-reports>

ÉVOLUTION DES VENTES DANS LES HUIT PREMIERS ÉTATS QUI ONT CRÉÉ UN MARCHÉ LÉGAL DU CANNABIS À USAGE « RÉCRÉATIF » ⁽¹⁾



Il n'est pas indifférent de relever que la structure des ventes évolue très nettement et que la part du cannabis thérapeutique tend progressivement à s'effacer au profit des ventes de cannabis à usage « récréatif ». Les ventes de cannabis thérapeutique représentent aujourd'hui un chiffre d'affaires de moins de 340 millions de dollars, relativement stable en valeur sur la durée, mais proportionnellement en diminution.

ÉVOLUTION DE LA STRUCTURE DES VENTES DE CANNABIS AU COLORADO (2014-2019) ⁽²⁾

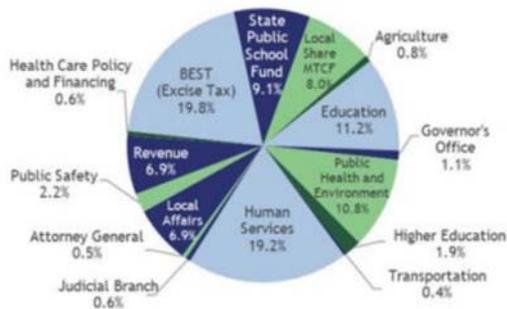


(1) Ivana Obradovic, *op.cit.*, page 16.

(2) Ivana Obradovic, *op. cit.*, page 22.

Ces recettes fiscales contribuent dans une grande mesure au financement de diverses politiques publiques, essentiellement tournées en direction du système scolaire public, notamment pour le financement de constructions ou la rénovation de bâtiments. On peut rappeler, à cette occasion, que l'État de New York, qui vient de légaliser la détention, l'usage, la production, la culture et la vente de cannabis, a annoncé qu'il envisageait de consacrer une partie des recettes perçues sur la vente des produits, soit 350 millions de dollars par an, à des programmes d'éducation publique, de prévention de la toxicomanie et d'aide aux communautés les plus affectées par le trafic et la consommation de cannabis ⁽¹⁾.

RÉPARTITION DES RECETTES FISCALES ISSUES DU CANNABIS AU COLORADO ⁽²⁾



Ce fléchage vers des politiques publiques spécifiques se retrouve dans de nombreux États où la fiscalité du cannabis permet ainsi de financer foyers d'hébergement, programmes prévention et de santé mentale (Illinois), prise en charge des alcoolos-dépendants et toxicodépendants (Oregon), services d'accompagnement des vétérans, services de police, prévention de la récidive, etc., voire remboursement de la dette publique de l'État ⁽³⁾.

4. Les mesures d'accompagnement

La politique de légalisation du cannabis s'est accompagnée de campagnes d'information sur les produits alimentaires, ou à destination des jeunes appelant à la responsabilité des usagers et rappelant les interdits principaux. Elles sont aussi destinées à des publics spécifiques, notamment les femmes enceintes ou les parents, pour rappeler les règles de stockage destinées à protéger les jeunes enfants. Des campagnes à destination des touristes ont également été diffusées.

(1) *Forbes*, 2 avril 2021 « New York devient le 15^{ème} état à légaliser la marijuana ».

(2) Source : Dominique Mendiola, *op. cit.*

(3) Ivana Obradovic, *op. cit.*, et « *Altered States: Cannabis regulation in the US* », Harvey Slade, Transform Drug Policy Foundation, 2020.

EXEMPLE DE MESSAGE D'INFORMATION ⁽¹⁾



Au-delà de cet aspect, les interlocuteurs américains de la mission considèrent qu'il est essentiel que les autorités mettent en place une communication à destination des consommateurs : la régulation doit aussi permettre leur meilleure information, et une collaboration entre autorités publiques et média est opportune en ce sens, sur les risques comme sur la qualité des produits pour éviter une réorientation vers les marchés illégaux ⁽²⁾.

C. UN PREMIER BILAN DU MOUVEMENT DE LÉGALISATION AUX ÉTATS-UNIS

Bien que les législations soient relativement récentes et que les bilans doivent pour cette raison être tirés avec prudence, faute de recul suffisant, quelques tendances peuvent néanmoins être dégagées, qui incitent à conclure en termes de cohérence avec les objectifs assignés à la réglementation, notamment vis-à-vis de la protection de la jeunesse.

(1) Source : Ean Seeb, conseiller spécial du gouverneur du Colorado.

(2) Ricardo Baca, audition du 27 janvier.

1. Enjeux de santé publique et conséquences sanitaires

S'agissant des aspects sanitaires, plusieurs aspects sont à considérer.

En premier lieu, les premières études sur les accidents de la route du fait d'une conduite sous l'emprise du cannabis, montrent une stagnation ou des augmentations non significatives statistiquement. Certaines études tendraient à montrer un impact nul sur la mortalité routière, voire une baisse du nombre d'accidents de la route, quand d'autres concluraient à une augmentation des accidents, sans qu'il soit possible de déterminer le rôle exact du cannabis, le tableau global restant dominé par la question de l'alcool. Selon la note précitée de l'OFDT ⁽¹⁾, « à l'échelle du Colorado, de l'État de Washington et du Nevada, les résultats convergent pour montrer que la proportion de décès liés à des cas de conduite sous influence (Driving Under the Influence) a baissé de manière significative (jusqu'à un tiers dans certains comtés et 45 % en moyenne dans l'État du Nevada). »

En second lieu, il apparaît que les politiques de légalisation du cannabis n'ont nulle part entraîné de hausse de la consommation des mineurs. Toutes les études aujourd'hui disponibles le confirment ⁽²⁾ : non seulement la légalisation du cannabis à usage thérapeutique n'a pas encouragé la consommation chez les jeunes, alors même que l'on a suspecté la production et la distribution de cannabis thérapeutique d'être en partie détournées au bénéfice d'usagers récréatifs ⁽³⁾ notamment dans les États de l'ouest américain – Colorado, Californie, Washington – mais aucune augmentation de la consommation n'a été constatée chez les jeunes après la légalisation de l'usage « récréatif » dans ces mêmes États ⁽⁴⁾. Le graphique ci-dessous tend à montrer une stagnation, voire un recul, de la consommation de cannabis parmi les mineurs dans la plupart des États qui en ont légalisé l'usage « récréatif », à la différence notable de l'État de Washington et, dans une moindre mesure, du Nevada ⁽⁵⁾.

En d'autres termes, la crainte des opposants à la légalisation qui prédisaient une forte augmentation ne s'est pas confirmée.

(1) Ivana Obradovic, *op.cit.*, page 21.

(2) « Effets sur la santé publique de la légalisation du cannabis à usage médical et non-médical aux États-Unis, revue de la littérature (rapport technique) », Adam Darnell, OFDT-DDR Consulting, novembre 2020, page 28.

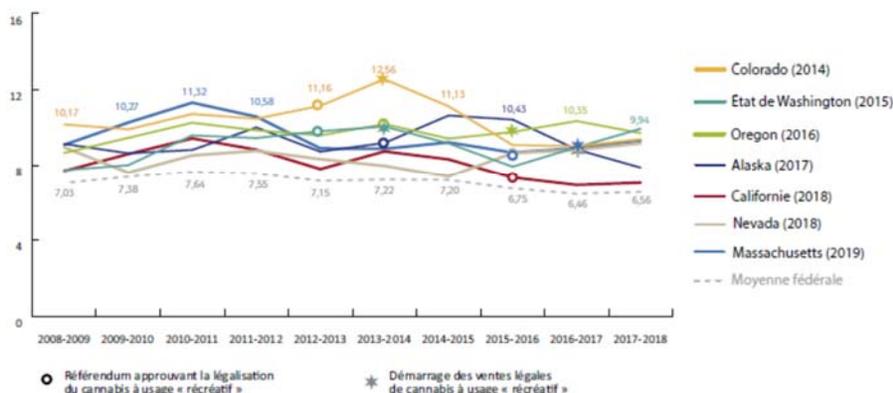
(3) Ivana Obradovic, *op.cit.*, page 10.

(4) Source : Ambassade de France aux États-Unis.

(5) En outre, comme le soulignait le conseiller spécial du gouverneur du Colorado lors de son audition, 81 % des jeunes de l'État ne sont pas usagers de cannabis et la moyenne de l'État est même inférieure à celle des États-Unis : 19 % d'usagers contre 20 %.

ÉVOLUTION DE L'USAGE DU CANNABIS DANS LE MOIS, PAR CLASSE D'ÂGE, (EN %) ⁽¹⁾

Mineurs (12-17 ans)



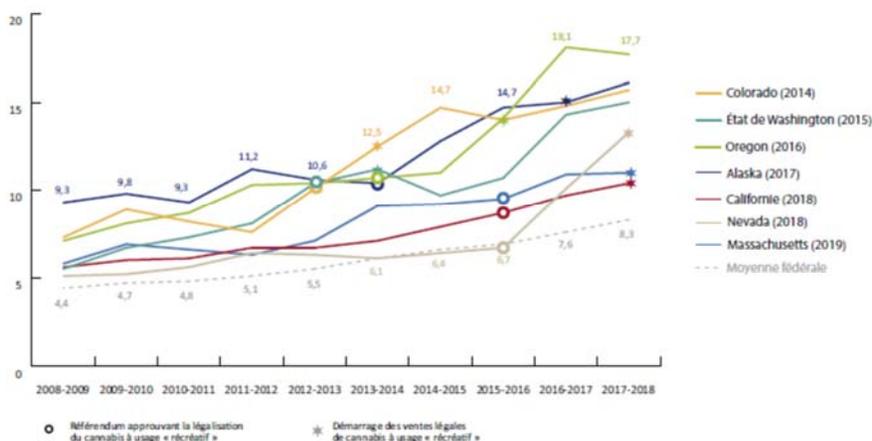
En revanche, l'augmentation de la consommation est nette chez les majeurs. Elle est constatée dans tous les États ayant légalisé l'usage « récréatif », dès l'âge de 18 ans, parfois de manière importante, et encore plus nettement pour les adultes de plus de 25 ans. La proportion de jeunes majeurs ayant consommé du cannabis augmente beaucoup plus vite que la moyenne fédérale dans tous les États ayant légalisé, comme le montre le graphique suivant. C'est notamment le cas dans le Nevada, l'Oregon, l'État de Washington ou en Alaska.

Cela étant, il n'est pas indifférent de relever que le graphique montre aussi nettement que la tendance générale à la hausse de la consommation chez les adultes se dessine avant même les premières légalisations ou les premiers referendums sur le sujet. C'est également le cas au niveau fédéral, où la proportion de consommateurs a quasiment doublé en dix ans, de 4,4 % des adultes de 25 ans et plus en 2008-2009 à 8,3 % en 2017-2018. Les facteurs explicatifs des niveaux de consommation sont probablement à rechercher ailleurs que dans l'adoption de législations plus « permissives ».

(1) Ivana Obradovic, *op. cit.*, page 19.

ÉVOLUTION DE L'USAGE DU CANNABIS DANS LE MOIS, PAR CLASSE D'ÂGE, (EN %) ⁽¹⁾

Majeurs au-delà de 25 ans



Enfin, même si cela reste marginal par rapport à l'alcool, dans un rapport de un à dix, une augmentation certaine des recours aux services d'urgence du fait de l'usage de cannabis a été constatée ⁽²⁾, due à des cas d'ingestion accidentelle ou excessive, provoquant des intoxications. Cet aspect met en relief la nécessité d'une information claire sur les dosages et effets des produits contenant du cannabis, dans la mesure où, notamment, la tranche d'âge la plus concernée est celle des adolescents de 12 à 17 ans.

2. Impacts de la légalisation sur la criminalité et le marché noir

S'agissant de la lutte contre la délinquance, le bilan semble également intéressant. Ainsi, au Colorado, selon les données qui ont été fournies à la mission, entre 2012 et 2018, le nombre total d'interpellations a chuté de 13 200 à 5 800 par an. Cela étant, les conclusions des analyses de l'OFDT montrent qu'une certaine criminalité perdue due au cannabis.

Elle se traduit notamment par le fait que le nombre de saisies de plants est en forte hausse, de + 37 % entre 2016 et 2018. Ce fait traduit une délinquance directement générée par la légalisation et la disparité de législations entre États de la fédération, et met en évidence le développement d'un trafic en direction des États voisins dans lesquels la prohibition est toujours en vigueur. Les autorités du Colorado encouragent celles des autres États à légaliser à leur tour pour y faire face et considèrent que les divergences tendent à s'aplanir ⁽³⁾.

(1) Ivana Obradovic, *op. cit.*, page 19.

(2) De 2012 à 2016, l'hôpital universitaire du Colorado a vu un triplement des visites aux urgences associées au cannabis ; source : Ambassade de France aux États-Unis.

(3) Ean Seeb, conseiller spécial du gouverneur du Colorado, audition précitée du 27 janvier.

En outre, des groupes criminels développent également des trafics sur d'autres produits, afin de contrebalancer les pertes qu'ils subissent du fait de la légalisation du marché du cannabis.

Pour autant, si un marché noir perdure aujourd'hui – qui représente entre 30 % et 40 % du marché selon les estimations dans les différents États concernés – à terme, selon certains interlocuteurs américains de la mission ⁽¹⁾, il ne peut que diminuer inexorablement : en effet, dès lors que les prix sont justes, la fiscalité adaptée, les produits de qualité et les agriculteurs incités à produire pour le marché légal, le marché noir ne peut rester concurrentiel. C'est ainsi que la réglementation peut porter ses fruits.

IV. LE CANADA : UNE POLITIQUE DE LÉGALISATION ET DE RÉGLEMENTATION QUI SE VEUT UNE « TROISIÈME VOIE » ENTRE LES MODÈLES URUGUAYEN ET AMÉRICAINS

Pays pionnier de la légalisation du cannabis à usage médical (dès 2001), le Canada est le deuxième pays, après l'Uruguay, à avoir légalisé la production, la distribution et la détention de cannabis à usage récréatif avec l'adoption d'un projet de loi du gouvernement libéral de Justin Trudeau le 19 juin 2018, entré en vigueur le 17 octobre 2018.

Le Canada est ainsi le premier État fédéral à décliner un modèle décentralisé de régulation du cannabis. La loi fédérale adopte une approche qui met l'accent sur la santé publique et la sécurité des jeunes : elle crée un cadre juridique destiné à permettre le contrôle de la production, de la distribution, de la vente et de la possession de cannabis partout au Canada.

Réglementation et légalisation vont ainsi de pair, dans le cadre d'un modèle pensé comme une « *troisième voie* » entre le modèle uruguayen très strictement encadré par l'État et le modèle ultra-libéral de certains États américains.

La mission a organisé une table ronde rassemblant les différents acteurs du dossier au Canada : régulateurs, entreprises et politiques. La présentation de Mme Anne McLellan, ancienne vice-première ministre du Canada, présidente de la Task Force légalisation du Cannabis fut particulièrement éclairante.

A. LE CONTEXTE DE LA LÉGALISATION

1. Le contexte sanitaire

La légalisation du cannabis non-médical s'est inscrite dans le cadre plus large d'une série de réforme en matière de drogues : autorisation du cannabis à usage médical en 2001, politique pionnière de réduction des risques avec l'ouverture, en 2003, d'une première salle de consommation à moindre risque... **L'éventuelle légalisation du cannabis récréatif faisait l'objet, depuis près d'un demi-siècle, de débats publics et de travaux parlementaires récurrents.**

(1) Notamment Jake Browne, audition du 27 janvier.

Elle intervient alors que le cannabis est **la substance illicite la plus consommée au Canada, avec une consommation particulièrement massive des jeunes : en 2017, 41 % des 16-19 ans et 45 % des 20-24 ans déclaraient avoir consommé du cannabis au cours de l'année** (contre 18 % pour les plus de 25 ans)⁽¹⁾

Il apparaissait, en outre, que **le marché du cannabis médical avait, en partie, bénéficié aux usagers récréatifs**. En septembre 2017, près de 1 % de la population – et 3 % dans certains États – était inscrit comme patients autorisés à détenir du cannabis à usage médical⁽²⁾. **Statistique Canada estimait en 2018 que 90 % des achats de produits à base de cannabinoïdes étaient le fait d'usagers récréatifs**. En outre, depuis le début des années 1990, les centres de distribution communautaire de cannabis à « *titre compassionnel* » (« *Compassion Clubs* ») s'étaient développés, parallèlement au système légal de production et d'autoproduction.

2. Des réseaux criminels puissants

Le **marché noir canadien** était estimé, avant la légalisation, à environ **5,9 milliards de dollars annuels**⁽³⁾, **qui finançaient en grande partie le crime organisé**. Le prix du cannabis n'ayant cessé de baisser, passant de 12 dollars (7,68 euros) le gramme en 1989 à 7,50 dollars (4,80 euros) en 2017, **la demande en avait été stimulée et avait encouragé le développement des réseaux**⁽⁴⁾.

Les ministères canadiens interrogés par la mission⁽⁵⁾ ont souligné que la présence de groupes criminels organisés transnationaux était demeurée stable au cours des cinq années ayant précédé la légalisation du cannabis. 44 % de ces groupes étaient alors actifs sur le marché du cannabis, la plupart en produisant et en distribuant cette substance tandis qu'une dizaine de groupes avaient une activité d'exportation. Au total, le Canada comptait **plus de 350 réseaux de trafic de cannabis**, répartis sur l'ensemble du territoire et plus particulièrement concentrés en Ontario, en Colombie-Britannique et au Québec.

(1) *Enquête canadienne sur le cannabis, 2017.*

(2) Ivana Obradovic, « *La légalisation du cannabis au Canada. Genèse et enjeux de la réforme* », OFDT, note n° 2018-04.

(3) *Réponses transmises par les ministères canadiens à la mission d'information. De nombreuses données utilisées dans cette partie du rapport – relatives notamment au bilan de la légalisation – sont issues des réponses écrites à un questionnaire de la mission d'information commune auquel les différents ministères canadiens ont bien voulu répondre. La mission remercie les administrations canadiennes pour ces informations précieuses.*

(4) Ivana Obradovic, note n° 2018-04 précitée.

(5) *Réponses transmises par les ministères canadiens à la mission d'information.*

3. Le contexte politique

Dans un **contexte de reconquête des électeurs par le Parti libéral**, qui connaît une forte érosion électorale et se trouve dans l'opposition depuis 2006, le candidat aux élections générales de 2015, Justin Trudeau fonde sa **campagne sur le thème du changement** – avec le slogan : « It's time for a real change » – et propose de **légaliser le cannabis afin de l'empêcher de** « tomber entre les mains des enfants et les profits entre celles des criminels ».

Cette promesse électorale s'inscrit dans le cadre d'une opinion publique de plus en plus acquise à cette réforme, qui se déclare à 65 % en faveur de la légalisation. La victoire du **Parti libéral** en 2015 (184 députés sur 308) permet d'envisager une légalisation rapide.

4. Le processus politique de légalisation

De **juin 2016 à décembre 2016**, les ministères de la justice, de la sécurité publique et de la santé mettent en place un **groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis composé de neuf personnalités**, chargé « de consulter et de fournir des conseils au gouvernement du Canada sur la conception d'un nouveau cadre législatif et réglementaire pour l'accès légal au cannabis, conformément à l'engagement du gouvernement de « légaliser, régulariser et restreindre l'accès » tel qu'il est décrit dans son Discours du Trône de décembre 2015⁽¹⁾ ».

Comme l'a rappelé Mme Anne McLellan, **la légalisation constituait une promesse de campagne et le groupe de travail était chargé d'étudier les modalités concrètes de la mise en œuvre de cette réforme et non son bien-fondé** : « J'étais présidente d'un groupe de travail qui devait déterminer comment légaliser le cannabis au Canada. C'est une distinction importante : on ne parlait pas de la question de savoir « si » on devait le légaliser car, en 2015, le programme électoral, c'était de légaliser le cannabis donc la question était de savoir « comment » nous allions le faire. »⁽²⁾

Le groupe de travail procède à la consultation de **30 000 personnes et organisations, dans le cadre d'auditions ou en ligne**. Il organise également des déplacements dans les États du Colorado et de Washington. Il recueille, enfin, des informations auprès de l'administration uruguayenne. Le groupe de travail publie, au terme de ses travaux, **un rapport comportant 85 recommandations, fondées sur une approche de santé publique**.

Le **1^{er} novembre 2016**, le directeur parlementaire du Budget remet un rapport intitulé « *Légalisation du cannabis : considérations financières* ». Il estime le volume à produire à **655 tonnes de cannabis par an** et évalue les **recettes fiscales à hauteur de 418 à 618 millions de dollars en 2018**.

(1) Rapport final du groupe de travail sur la légalisation et la réglementation du cannabis, 30 novembre 2016.

(2) Audition de Mme Anne McLellan par la mission d'information commune, le mercredi 20 janvier 2021.

Le 13 avril 2017, le gouvernement dépose une première version du projet de loi C-45 concernant le cannabis. Ce premier projet de loi était accompagné du projet de loi C-46 *modifiant le Code criminel (infractions relatives aux moyens de transport) et apportant des modifications corrélatives à d'autres lois*.

D'avril à novembre 2017, sont constitués des groupes d'experts et menées des consultations publiques à l'échelle des provinces.

Le 21 novembre 2017 est lancée une consultation publique nationale de deux mois sur la réglementation fédérale du cannabis.

Le **27 novembre 2017**, la Chambre des Communes adopte le projet de loi en troisième lecture par 200 voix contre 82. Néanmoins, en **février 2018**, devant l'insistance des **sénateurs conservateurs, qui craignent que l'âge minimum d'accès à la consommation soit insuffisamment élevé, que la légalisation ne conduise à une augmentation de la consommation de tabac et ne complexifie le travail des forces de l'ordre**, la ministre fédérale de la santé, Ginette Petitpas Taylor, accepte de repousser l'entrée en vigueur de la loi.

Santé Canada publie un rapport de synthèse de la consultation publique sur le modèle de régulation à laquelle 3 200 citoyens ont pris part ainsi que 420 acteurs concernés, dont les provinces et les territoires.

Le Sénat **adopte le texte le 19 juin 2018** par 56 voix contre 30⁽¹⁾. L'**entrée en vigueur est reportée au 17 octobre** afin de laisser aux provinces, aux forces de l'ordre et à l'industrie un délai suffisant pour organiser la production et la distribution du cannabis dans de bonnes conditions.

Le texte reçoit la « *sanction royale* » qui lui donne force de loi le 21 juin 2018.

La légalisation est effective à compter du 17 octobre 2018.

(1) À la Chambre des communes, le projet de loi C-45 a fait l'objet d'une discussion pendant huit jours de réunion, avec 120 témoins et 115 soumissions écrites de personnes et d'organisations de tout le Canada. Au Sénat, le projet de loi C-45 a été débattu pendant 13 jours de séance, puis a été renvoyé à cinq comités sénatoriaux différents, ce qui a donné lieu à 48 réunions de 103 heures et à 240 témoins, dont les ministres de la Santé, de la Justice, de la Sécurité publique et des Affaires étrangères et du Commerce international. Ce débat a été suivi d'une troisième lecture au Sénat, qui a comporté 128 interventions et s'est déroulée sur plus de 24 heures.

B. LES OBJECTIFS DE LA LÉGALISATION

Cette légalisation poursuivait plusieurs objectifs, exprimés en ces termes dans l'exposé des motifs de la loi C-45 : « restreindre l'accès des jeunes au cannabis, protéger la santé et la sécurité publiques par l'établissement d'exigences strictes en ce qui a trait à la sécurité et à la qualité des produits et décourager les activités criminelles par l'imposition d'importantes sanctions pénales aux personnes agissant en dehors du cadre juridique. Elle vise également à alléger le fardeau du système de justice pénale relativement au cannabis ».

Bien que cela ne figure pas parmi les objectifs officiellement affichés, la réforme est également conçue comme un **levier de croissance économique, cohérente avec les ambitions de Justin Trudeau de développer et diversifier l'économie** : il est alors estimé que l'ouverture d'un marché légal du cannabis représente un **potentiel d'au moins 4,2 milliards d'euros par an**. La légalisation permettrait, en outre, **une réduction du déficit public** avec la levée de recettes fiscales estimées à **400 millions de dollars américains par an** (260 millions d'euros).

La légalisation du cannabis au Canada poursuivait donc de multiples objectifs, pour certains concurrents entre eux.

C. UNE LOI FÉDÉRALE ET DES DÉCLINAISONS LOCALES

Contrairement aux États-Unis, la **légalisation procède donc d'une décision fédérale**. Cependant, **chaque province ou territoire est chargé d'organiser la mise en œuvre de la réforme** en ce qui concerne, notamment, la **distribution et la vente de cannabis et de ses dérivés, la fixation de l'âge minimum légal, les quantités qui peuvent être acquises, etc.**

1. Le socle de règles fixé par la loi fédérale

La loi fédérale permet aux adultes **de posséder et partager avec d'autres adultes jusqu'à 30 grammes de cannabis légal**, d'acheter du cannabis sous forme d'herbe (séchée ou fraîche) ou d'huile, soit auprès d'un détaillant agréé par la province, soit en ligne selon les modalités définies par les provinces et les territoires.

Elle permet également **de cultiver à des fins personnelles jusqu'à 4 plants à domicile** (à partir de semences acquises dans un cadre légal). Elle autorise, enfin, **la fabrication à domicile de produits contenant du cannabis légal** (aliments ou boissons, par exemple), à condition de n'utiliser aucun solvant organique dangereux.

La **vente de produits alimentaires contenant du cannabis ou des dérivés du cannabis** n'a été autorisée **qu'un an après la légalisation**, pour éviter les dérives constatées dans certains États américains.

Afin de garantir la protection des plus jeunes, la loi fédérale **interdit de vendre** ou de fournir du cannabis à une personne de moins de 18 ans. **En outre**, sont créées deux nouvelles infractions criminelles passibles de peines allant jusqu'à 14 ans d'emprisonnement (donner ou vendre du cannabis à un jeune et se servir d'un jeune pour commettre une infraction liée au cannabis).

Il est également **interdit de commercialiser, d'emballer et d'étiqueter le cannabis sous une forme attrayante, de vendre du cannabis en libre-service ou dans des distributeurs automatiques et de faire la promotion du cannabis**. Tout contrevenant risque une **forte amende (jusqu'à 5 millions de dollars)** et une **peine de d'emprisonnement de trois ans**.

La **réglementation fédérale** encadre, **dans un souci de proposer des produits de qualité**, la **production commerciale** – en particulier les exigences applicables aux producteurs de cannabis – et les **normes de santé et de sécurité s'appliquant à l'industrie** – règles destinées à éviter un marketing offensif, interdiction d'utiliser certains ingrédients, traçabilité des semences à la vente, taux de THC autorisés.

Les sanctions pénales sont renforcées en cas de contravention à la loi sur le cannabis (*voir tableau ci-dessous*).

Un suivi exigeant de la loi est prévu avec l'obligation pour le ministère de la santé de remettre au Gouvernement un rapport **trois ans après l'entrée en vigueur de la loi**.

SANCTIONS APPLICABLES EN CAS DE VIOLATION DE LA LOI SUR LE CANNABIS

Infraction	Sanction
Possession dépassant la limite autorisée	<ul style="list-style-type: none"> • Contravention pour les petites quantités • Emprisonnement maximal de 5 ans moins un jour
Distribution ou vente illégale	<ul style="list-style-type: none"> • Contravention pour les petites quantités • Emprisonnement maximal de 14 ans
Production de cannabis au-delà des limites fixées pour la culture à des fins personnelles ou utilisation de solvants combustibles	<ul style="list-style-type: none"> • Contravention pour les petites quantités • Emprisonnement maximal de 14 ans
Possession de cannabis au moment de franchir l'une des frontières du Canada	<ul style="list-style-type: none"> • Emprisonnement maximal de 14 ans
Donner ou vendre du cannabis à une personne de moins de 18 ans	<ul style="list-style-type: none"> • Emprisonnement maximal de 14 ans
Se servir d'un jeune pour commettre une infraction liée au cannabis	<ul style="list-style-type: none"> • Emprisonnement maximal de 14 ans

Source : ministères canadiens, réponses écrites à la mission d'information commune

2. Des déclinaisons territoriales

La mise en œuvre de la loi relève de la responsabilité des **gouvernements locaux (provinces et territoires)**. Ainsi, les provinces et territoires ont la charge de garantir le respect de la réglementation fédérale, de réglementer et superviser la distribution et la vente de cannabis, d'attribuer les licences de vente, d'assurer la surveillance de la distribution et de la vente, de garantir la prévention, la promotion de la santé, la sécurité publique, y compris routière, et l'encadrement des usages en milieu professionnel.

Les provinces et les territoires ont adopté **différentes démarches concernant l'octroi des licences et l'exploitation des systèmes de distribution et de vente au détail de cannabis**. Certaines provinces ont établi des **monopoles d'État** tant au niveau de la distribution que de la vente au détail (notamment le Québec, la Nouvelle-Écosse, le Nouveau-Brunswick, l'Île-du-Prince-Édouard, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut).

D'autres ont **un modèle hybride avec un mélange de détaillants et/ou de distributeurs privés et publics** (notamment au Manitoba, en Alberta, en Ontario, en Colombie-Britannique, au Yukon et à Terre-Neuve). D'autres encore, comme la Saskatchewan, ont **à la fois des distributeurs et des détaillants privés**. Les critères d'obtention d'une licence de vente au détail varient selon les administrations.

Les provinces et les territoires peuvent également durcir la réglementation prévue au niveau fédéral, par exemple en augmentant l'âge minimal, en réduisant la quantité maximale pouvant être détenue pour usage privé, en diminuant le nombre de plants autorisé par foyer ou en restreignant les lieux où les adultes peuvent consommer (en public ou dans des véhicules).

3. Prévention et protection des plus jeunes

Des investissements supérieurs à 100 millions de dollars pour une période de six ans (2017-2018 à 2023-2024) ont été prévus pour l'information, la sensibilisation et la surveillance du public en matière de cannabis. Un montant de 46 millions de dollars est ainsi destiné au soutien des activités d'information, de sensibilisation et de surveillance du public et un montant de 62,5 millions de dollars à la participation des organisations communautaires et autochtones qui informent leurs collectivités sur les risques associés à la consommation de cannabis.

Les efforts se sont concentrés sur l'établissement d'une base de données probantes visant à documenter les initiatives d'information et de sensibilisation du public sur le cannabis, notamment en réunissant des organisations actives dans la prestation d'activités d'information et de sensibilisation du public par le biais d'un colloque national annuel, dont le troisième s'est tenu en mars 2020.

D. BILAN DE LA LÉGALISATION

Le **caractère récent de la légalisation** du cannabis récréatif au Canada ne permet pas de disposer des données suffisantes pour établir **un bilan complet de celle-ci**. De manière plus générale, il est difficile d'isoler les effets de la seule légalisation du cannabis sur la situation sanitaire et sécuritaire, sur laquelle influent de nombreux facteurs.

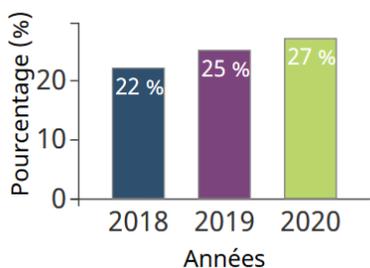
Les éléments proposés dans le cadre de ce rapport sont issus des auditions menées par la mission d'information, des études publiées par l'OFDT et des réponses écrites transmises par les ministères canadiens. **Ce bilan, lacunaire par nature, est évidemment provisoire. La loi relative à la légalisation doit faire l'objet, trois ans après son entrée en vigueur, d'un rapport d'évaluation transmis au Gouvernement par le ministère de la santé (octobre 2021). Plusieurs études et rapports doivent, en outre, être publiés dans les prochains mois par les différents ministères.**

1. Évolution de la consommation de cannabis depuis la légalisation

a. Une consommation générale en légère augmentation mais une consommation quotidienne stable

La consommation générale de cannabis a augmenté depuis 2018, passant, pour l'ensemble du pays, de 22 % de consommation au cours des douze derniers mois en 2018, à 25 % en 2019 et 27 % en 2020 (voir graphique).

ÉVOLUTION DE LA CONSOMMATION DANS L'ANNÉE DE CANNABIS PAR LES + DE 16 ANS AU CANADA (2018-2020)



Source : Gouvernement du Canada, *Consommation de cannabis à des fins non médicales chez les Canadiens (16 ans et plus) (2018, 2019, 2020)*.

En revanche, la consommation quotidienne ou quasi quotidienne est demeurée stable sur la même période. Elle concerne 25 % des Canadiens ayant déclaré avoir consommé du cannabis au cours des douze derniers mois.

b. Une légère diminution de la consommation des jeunes ainsi qu'un recul de l'âge de la première consommation

Les données les plus récentes issues de l'Enquête canadienne sur le cannabis indiquent que la consommation de cannabis a augmenté surtout chez les personnes âgées de 25 ans et plus (de 13,1 % à 15,5 %) et chez les hommes (de 17,5 % à 20,3 %) entre 2018 et 2019. Les taux correspondants chez les jeunes de 15 à 24 ans (de 27,6 % à 26,4 %) et chez les femmes (de 12,3 % à 13,4 %) sont demeurés constants alors que ceux chez les jeunes de 15 à 17 ans ont diminué (19,8 % à 10,4 %) ⁽¹⁾.

Il faut, en outre, noter que l'âge de première utilisation a augmenté au fil du temps, passant de 18,9 ans en 2018 à 20,0 ans en 2020, ce qui semble témoigner de l'efficacité de la réforme en matière de protection des plus jeunes.

(1) <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2020002/article/00002-fra.htm>

2. Évolution du marché noir du cannabis depuis la légalisation

La Gendarmerie royale du Canada (GRC), force de police nationale du Canada, souligne qu'il est « difficile de confirmer les répercussions de la légalisation et la réglementation du cannabis sur les organisations criminelles (crime organisé), alors que la collecte de données pertinentes se poursuit ». Dans leurs réponses écrites à la mission, les ministères canadiens indiquent cependant que « **le crime organisé continue de jouer un rôle important dans l'industrie du cannabis illicite** en organisant ce trafic à la frontière entre le Canada et les États-Unis, en offrant d'autres produits illicites, en établissant des dispensaires illégaux en ligne, en tentant d'infiltrer le marché légal et en tirant parti du Web profond (dark web) pour poursuivre ces activités illégales. **Il est peu probable que les activités de ces groupes soient sérieusement perturbées par la légalisation et la réglementation, étant donné la diversité de leurs sources de revenus de rechange** ».

Il faut cependant noter qu'une part croissante de la population tend à recourir au marché légal. Selon Statistique Canada, les résultats de l'Enquête canadienne sur le cannabis (2020) indiquent que le pourcentage de consommateurs ayant légalement accès au cannabis (au moins pour une partie de leur consommation) a augmenté à près de 80 % en 2020, contre 52 % en 2019 et 23 % en 2018 avant la légalisation et la réglementation.

De plus, Statistique Canada indique que la part des dépenses de consommation des ménages sur le cannabis provenant des marchés légaux du cannabis (médical et non médical) a augmenté de 56 % entre juillet et septembre 2020, contre 50 % au trimestre précédent (avril à juin 2020) et 9 % au dernier trimestre précédant l'entrée en vigueur de la loi sur le cannabis (juillet à septembre 2018).

Un cap important aurait, par ailleurs, été franchi au troisième trimestre de l'année dernière, le total des ventes de cannabis à usage non médical issu du marché légal (**821 millions de dollars canadiens**) ayant, pour la première fois, dépassé celles issues du marché non réglementé (**762 millions de dollars canadiens**)⁽¹⁾.

3. Des effets sur la réorganisation des forces de police et sur le fonctionnement de la justice encore difficile à estimer

L'administration canadienne ne dispose encore d'aucun élément permettant de mesurer les réductions et les réaffectations de ressources policières découlant de la réglementation et de la légalisation du cannabis. Sécurité Publique Canada prévoit qu'une étude sera menée en 2021-2022 pour mesurer les gains et les coûts associés à la réforme.

(1) <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tb11/en/cv.action?pid=3610012401>

Au cours des quatorze premiers mois suivant l'entrée en vigueur de la légalisation, **la police a signalé un total de 18 097 incidents contrevenant à la loi relative au cannabis**. Quatorze mois après l'entrée en vigueur de la loi, **les types d'infractions les plus courants étaient liés à l'importation ou à l'exportation (64 % de toutes les infractions), à la possession (13 %) et à la vente (7 %)** tandis qu'avant la légalisation, la possession de cannabis représentait 75 % des infractions liées au cannabis.

Concernant le fonctionnement de la justice, il apparaît difficile d'isoler les coûts pour le système pénal des seules infractions liées au cannabis alors que d'autres enjeux liés aux drogues – crise des opioïdes – sont concomitants.

4. Des effets sur la sécurité routière qu'il est trop tôt pour mesurer

Il existe peu d'outils permettant de mesurer systématiquement le rôle du cannabis sur la conduite avec facultés affaiblies. La légalisation et la réglementation apparaissent **trop récentes** pour faire l'objet d'un bilan pertinent.

En première analyse, **les données disponibles** (enquêtes sur la population, enquêtes routières, incidents déclarés par la police, ainsi que les analyses toxicologiques des coroners) **indiquent que le phénomène de hausse tendancielle des cas de conduite avec facultés affaiblies par la drogue serait préexistant à la légalisation du cannabis et notable depuis plus d'une dizaine d'années**. Par ailleurs les données issues de l'Enquête canadienne sur le cannabis montrent **qu'un nombre croissant de répondants estiment que la consommation de cannabis nuit aux capacités de conduite**.

Par ailleurs, le gouvernement fédéral a adopté de nouvelles dispositions en 2018 pour renforcer les outils à la disposition des policiers et en soutenir la mise en œuvre. **Cette initiative a permis de former un plus grand nombre de policiers à l'utilisation de l'épreuve de coordination de mouvements (ECM) et de l'évaluation en reconnaissance des drogues (ERD), ainsi qu'à l'acquisition du matériel de détection des drogues approuvé (MDDA) et à la formation à son utilisation**.

D'après les éléments transmis par les ministères canadiens, **les incidents de conduite avec faculté affaiblie par la drogue signalés par la police ont augmenté de 43 % entre 2018 et 2019**. Cette augmentation doit néanmoins être **interprétée avec précaution** : elle s'explique probablement en partie par la formation accrue des policiers notamment sur l'utilisation de l'ECM, par la plus grande disponibilité d'outils de détection dont en particulier le MDDA, ainsi que par l'ensemble des initiatives qui ont permis de renforcer le contrôle des policiers.

5. Recettes fiscales

Des droits d'accise pour les produits du cannabis sont prélevés au stade de la fabrication à hauteur d'un dollar canadien par gramme de cannabis séché et frais vendu 10 dollars canadiens ou moins et de 10 % du gramme lorsque le prix est supérieur à 10 dollars. Les recettes sont réparties entre le Gouvernement fédéral (25 %) et les gouvernements provinciaux (75 %). Un **taux de taxation supplémentaire est appliqué par certaines provinces pour parvenir à des prix de détail relativement égaux des produits finaux dans l'ensemble du pays. D'autres **produits du cannabis**, notamment des extraits (huiles, par exemple), des produits topiques ou comestibles (boissons y compris), sont soumis à un **taux uniforme de taxe d'accise de 0,01 dollar par milligramme de THC.****

D'après les comptes publics du gouvernement du Canada pour 2020, le **composant fédéral des droits d'accise sur les produits du cannabis a totalisé 52 millions de dollars canadiens pour le dernier exercice (du 1^{er} avril 2019 au 31 mars 2020)**, contre 18,3 millions de dollars canadiens pour la même période en 2018-2019 (qui ne compte que la période courant d'octobre 2018 à mars 2019, ce qui explique la très forte variation entre les deux périodes).

Plus généralement, d'après les informations transmises par les ministères canadiens à la mission d'information, **les recettes de taxe d'accise pour les produits du cannabis ont été inférieures aux prévisions établies en vue de la légalisation.**

6. Contribution du cannabis non-médical à la croissance

Statistique Canada estime, en novembre 2020, que l'industrie légale du cannabis représente environ 0,4 % du produit intérieur brut (PIB). Il est estimé, en outre, que le secteur représente 25 000 emplois directs, y compris dans la production, la distribution et la vente au détail.

La mission d'information a entendu plusieurs acteurs économiques canadiens intervenant sur le marché du cannabis légal ⁽¹⁾, permettant de mettre en évidence les différents effets économiques de la réforme. Mme Karine Cousineau, membre du Conseil d'administration au Conseil canadien du cannabis (C3) a notamment insisté sur la croissance économique et la création d'emplois dans des zones rurales permises par le développement d'un marché du cannabis légal : « le Canada est un grand pays qui compte de nombreuses régions rurales et éloignées et l'on constate que la culture du cannabis a permis d'investir des milliards de dollars dont une grande partie consacrée à la croissance de l'emploi dans les régions rurales et non urbaines où la création de nouveaux emplois est parfois plus ardue. Les emplois dans la construction nécessaire à établir l'industrie et les emplois dans la production de cannabis sont souvent bien adaptés aux personnes dont les compétences sont plus générales ».

(1) *Audition, le mercredi 20 janvier 2021, de M. Stéphane Couture, Canopy Growth, directeur, relations gouvernementales et des parties prenantes, M. Ivan Ross Vrana, Eve and Co Incorporated, vice-président relations gouvernementales et développement commercial et Mme Karine Cousineau, membre du Conseil d'administration au Conseil canadien du cannabis (C3), directrice des Affaires gouvernementales et développement durable.*

V. L'EUROPE À LA CROISÉE DES CHEMINS : UN RELÂCHEMENT PROGRESSIF DE LA PROHIBITION SANS VÉRITABLE LÉGALISATION

Le continent européen est loin d'échapper aux débats qui agitent la communauté internationale sur le statut juridique des produits stupéfiants, en particulier celui applicable au cannabis. En dépit du cadre international fixé par les trois Conventions de Vienne et d'un dispositif de coordination spécifique à l'Union européenne, les législations nationales se caractérisent par leur extrême diversité. **Une évolution se fait jour, toutefois, dans certains pays sans qu'une rupture majeure ait été, pour le moment, engagée.**

A. LA DIVERSITÉ DES LÉGISLATIONS APPLICABLES AU CANNABIS EN EUROPE

Au sein de l'Union européenne, la mise en œuvre d'un « socle minimal » de coordination des politiques pénales anti-stupéfiants et l'existence de procédures favorisant l'émergence d'une position européenne commune au niveau international ne peut dissimuler **l'extrême diversité des législations nationales**. Celles-ci ont récemment évolué vers une reconnaissance massive des usages thérapeutiques du cannabis et, parallèlement, plusieurs pays ont dépénalisé de manière plus ou moins assumée la détention de cannabis aux fins d'usage personnel **sans pour autant « sauter le pas », à ce stade, en direction d'une véritable légalisation.**

1. Le « socle minimal » de coordination des politiques pénales anti-stupéfiants au sein de l'Union européenne

Au nom de la « souveraineté pénale » des États, qui est au fondement de la souveraineté nationale, la façon dont le dispositif de contrôle international des drogues s'intègre au sein des différents droits nationaux en Europe **relève de la responsabilité de chaque État**. Ce principe s'applique également au sein de l'Union européenne, comme l'a rappelé la Cour de justice des Communautés européenne dans un arrêt « Casati » du 11 novembre 1981 ⁽¹⁾. Cela ne signifie pas pour autant que l'Union européenne (UE) n'aurait aucun rôle à jouer dans la mise en œuvre des Conventions internationales sur les stupéfiants.

Avec les traités de Maastricht (1992) et d'Amsterdam (1997), l'UE se dote d'un « espace de liberté, de sécurité et de justice » au sein duquel les États sont invités à « adopter progressivement des mesures instaurant des **règles minimales** relatives aux éléments constitutifs des **infractions pénales** et aux sanctions applicables dans les domaines de la criminalité organisée, du terrorisme et du **trafic de drogue** » ⁽²⁾.

(1) CJCE, n° 203/80, 11 novembre 1981 : « En principe, la législation pénale et les règles de la procédure pénale restent de la compétence des États membres » (paragraphe 27).

(2) Cf. e de l'article K.3 du traité d'Amsterdam. La fixation des « règles minimales » en matière d'infractions relatives au « trafic illicite de drogues » peut actuellement faire d'une directive de l'Union adoptée conformément à la procédure prévue à l'article 83 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE).

À l'époque, le Conseil de l'Union disposait du pouvoir d'adopter des « décisions-cadres » aux fins du rapprochement des dispositions législatives et réglementaires, qui « **lient les États membres quant au résultat à atteindre**, tout en laissant aux instances nationales la compétence quant à la forme et aux moyens ⁽¹⁾ ».

Dès la réunion du Conseil « Justice et affaires intérieures » qui s'est tenue à Vienne le 3 décembre 1998, il est envisagé d'élaborer, « **en tenant compte des nouvelles possibilités qu'ouvre le traité d'Amsterdam** », une stratégie intégrée en matière de drogues. À la suite de nombreuses discussions, une décision-cadre est adoptée le 25 octobre 2004 afin de constituer un socle minimal à partir duquel les États membres doivent sanctionner le trafic de « drogues » et de « précurseurs ». Si l'on excepte une modification du champ d'application intervenue en 2017 ⁽²⁾, **ce texte est toujours celui qui régit le socle pénal applicable aux infractions de trafics de stupéfiants dans chacun des États membres.**

La normativité du dispositif, consubstantielle au droit de l'Union européenne, est plus forte que celle découlant du droit international public. Il serait donc **difficile pour un État membre de s'affranchir des planchers de peines fixés par la décision-cadre** pour des trafics illicites, par exemple, de cocaïne. On observera, toutefois, que :

1/ Les critères permettant de déterminer si un trafic de stupéfiants est « légitimé » ou non ne sont pas définis par la décision-cadre, ce qui renvoie donc implicitement aux restrictions posées par la Convention unique de 1961 en son article 4, paragraphe *c supra* (**limitation exclusive aux fins médicales et scientifiques** « sous réserve des dispositions de la [...] Convention ») ;

2/ La **détention** de produits stupéfiants à des fins de **consommation personnelle** peut être exemptée de toute sanction pénale, ce qui laisse une marge de manœuvre non négligeable aux États membres en matière de dépénalisation de l'usage (*cf. infra*).

S'agissant des opérations de production, de distribution et de vente d'un produit stupéfiant, il est donc tout à fait possible pour un État membre de prévoir en droit interne **un dispositif de « légalisation » dès lors qu'il en est fait un usage thérapeutique**. Une légalisation à des **fins récréatives** pourrait, toutefois, poser plus de problèmes dans la mesure où la conformité d'une telle réforme aux Conventions internationales est, pour le moment, contestée (*cf. supra*).

(1) Article K.6 du traité d'Amsterdam.

(2) Directive (UE) 2017/2103 du Parlement européen et du Conseil du 15 novembre 2017 modifiant la décision-cadre 2004/757/JAI du Conseil afin d'inclure de nouvelles substances psychoactives dans la définition du terme « drogue ».

**CONTENU DE LA DÉCISION-CADRE 2004/757/JAI
DU CONSEIL DU 25 OCTOBRE 2004**

L'article 1^{er} de la décision-cadre, consacré au champ d'application du texte, fait explicitement référence aux **définitions données par la Convention unique de 1961**, la Convention de 1971 sur les substances psychotropes ainsi que celle de 1988 sur le trafic illicite de stupéfiants et de substances psychotropes (*cf.* partie I *supra*).

Au titre de l'article 2, les États membres doivent, dans leur droit interne, considérer comme des infractions passibles de sanctions pénales les **actes intentionnels** suivants lorsqu'ils ne peuvent pas être « **légitimés** » :

- la production, la fabrication, la distribution, la vente, l'importation ou l'exportation de drogues, ainsi que la culture du pavot, du cocaïer ou de la plante de cannabis ;
- la détention ou l'achat de ces produits aux fins du trafic illicite ainsi que la fabrication, le transport ou la distribution de produits précurseurs.

Les termes utilisés pour décrire les activités illicites sont quasiment les mêmes que ceux utilisés à l'article 3 de la Convention de 1988 (*cf.* *supra*).

Plusieurs **durées minimales de peine applicable** sont imposées à l'article 4 de la décision-cadre : en principe, maximum de un à trois ans d'emprisonnement (au moins) ; maximum porté à au moins une durée de cinq à dix ans pour les infractions portant sur « de grandes quantités de drogues » ou sur des « drogues parmi les plus dommageables pour la santé » (dix ans en cas de criminalité organisée) ; maximum porté pour les précurseurs à au moins une durée de cinq à dix ans d'emprisonnement pour les infractions portant sur les précurseurs commises dans le cadre de la criminalité organisée.

Tout en s'inspirant fortement des dispositions de la Convention de 1988, le texte de l'UE s'en écarte sur deux points majeurs :

- la possibilité pour un État membre de réduire la peine lorsque l'auteur de l'infraction « renonce à des activités délictueuses » ou « fournit des informations » utiles aux services répressifs (article 5) ;
- la non-application de la décision-cadre aux activités illicites commises « **à des fins de consommation personnelle** » (article 2, paragraphe 2).

Au sein de l'Union européenne, les enjeux juridiques du contrôle des drogues se situent donc, comme dans les autres régions du monde, au niveau des conventions internationales précitées. Comme tous les États membres adhèrent à la Convention unique de 1961, **il importe que l'UE puisse parler d'une seule voix** dans les instances internationales de gestion du dispositif de contrôle, notamment la Commission des stupéfiants (CDS). En tant que telle, l'Union ne peut être membre de la Commission des stupéfiants ⁽¹⁾, mais **treize États membres y bénéficient d'un droit de vote** au sein des quatorze sièges réservés aux États de l'Europe occidentale, notamment la France, la Belgique, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas et l'Italie. À ce titre, le Conseil de l'Union européenne est habilité à adopter des « **positions** » **communes** dans « une instance créée par un accord, lorsque cette instance est appelée à adopter des actes ayant des effets juridiques ⁽²⁾ ».

(1) L'Union a un simple statut d'observateur.

(2) Art. 218, paragraphe 9 du TFUE.

C'est sur ce fondement que les États membres qui ont participé aux dernières sessions de la CDS, en mars et en décembre 2020 (*cf. supra*) ont exprimé leur volonté commune de faire évoluer la Convention unique de 1961 sur le cannabis thérapeutique et donné un avis favorable à la suppression des « extraits et teintures de cannabis » du tableau I de cette Convention ⁽¹⁾.

Si la France devait s'engager dans la voie d'une légalisation de la production, de la distribution et de la vente du cannabis, **il serait opportun d'obtenir en parallèle l'appui de nos partenaires au sein du Conseil** afin que l'Union européenne puisse porter auprès d'une prochaine session de la CDS **une position commune favorable à une interprétation souple de la Convention unique de 1961** et, en particulier, de son article 4, paragraphe c, précité.

2. Panorama des législations applicables au cannabis sur le continent : une évolution progressive effectuée en ordre dispersé

Il serait faux d'affirmer que l'état des législations européennes sur le cannabis n'évolue pas. Toutefois, compte tenu de la marge de manœuvre toute relative laissée par les conventions internationales, les États membres soucieux de réformer leur droit interne ont privilégié **les deux « angles morts » du dispositif de contrôle international**, à savoir le cannabis thérapeutique et la détention pour usage personnel.

Le **domaine médical** est le secteur où l'évolution des législations a été la plus spectaculaire. En 2011 ⁽²⁾, Mme Ivana Obradovic estimait à **onze** le nombre de pays européens autorisant l'usage de cannabis, ou de ses dérivés, à des fins médicales, dont **six États membres de l'Union européenne** (Pays-Bas, Belgique, Allemagne, Espagne, Royaume-Uni et République tchèque). Cinq ans plus tard, le nombre de pays européens cités est de **trente-deux**, dont **vingt pour la seule Union européenne** ⁽³⁾. Aujourd'hui, à l'exception de la Hongrie, de la Bulgarie et de la Lettonie, **tous les pays membres de l'UE** autorisent, à des degrés divers, l'usage thérapeutique du cannabis ou, tout au moins, de produits qui en contiennent.

S'agissant de la **consommation personnelle**, l'environnement juridique au sein de l'UE reste globalement plus restrictif, mais il a évolué sous l'influence, notamment, du Portugal qui, en 2000, a fait le choix audacieux de mettre en place un régime de **sanction administrative** (et donc non pénale) pour la **détention de « petites quantités » de produits stupéfiants à usage personnel** (*cf. infra*).

(1) COM (2020) 659 FINAL (16 octobre 2020).

(2) Note OFDT n° 2011-19 précitée.

(3) *Cannabis : état des lieux des législations européennes sur l'usage* (Psychotropes, 2016/2, Ivana Obradovic).

En 2011⁽¹⁾, **sept pays de l'Union européenne** (Portugal, Italie⁽²⁾, Espagne⁽³⁾, République tchèque, Slovénie, Estonie⁽⁴⁾ et Lettonie⁽⁵⁾) avaient abandonné toute incrimination pénale au profit d'une **sanction administrative**⁽⁶⁾ pour la détention de « petites quantités » de cannabis à usage personnel. En 2016⁽⁷⁾, le nombre d'États membres concernés est passé à **neuf**, avec la Croatie (2013) et Malte (2015). Parmi les États membres de l'UE qui considèrent toujours la détention de cannabis pour usage personnel comme une infraction pénale, même pour des « petites quantités », **cinq d'entre eux** (Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Danemark et Pologne) prévoient des mécanismes juridiques qui permettent de **ne pas appliquer les sanctions pénales théoriquement prévues**. C'est également le cas au Royaume-Uni.

« DÉPÉNALISATION DE FAIT » DE LA DÉTENTION DE PETITES QUANTITÉS DE CANNABIS POUR USAGE PERSONNEL EN EUROPE

1/ **Allemagne** : possibilité pour les Länder d'abandonner les poursuites en deçà d'un certain seuil.

2/ **Belgique** : mécanisme transactionnel instauré par une loi du 16 mai 2003 qui permet de ne pas incriminer le contrevenant s'il accepte de payer une amende ou d'amorcer une démarche de soins.

3/ **Pays-Bas** : poursuites non effectuées en fonction des parquets en application du principe d'opportunité.

4/ **Danemark** : *idem*.

5/ **Pologne** : suspension possible de toute poursuite pénale pour des consommateurs interpellés en possession d'une petite quantité de cannabis, ou pour la première fois, ou bien en situation de dépendance (loi du 26 mai 2011).

Au **Royaume-Uni**, les directives policières recommandent de ne pas interpellier les détenteurs de « petites quantités » de cannabis mais de leur donner un avertissement lorsqu'il s'agit d'une première infraction.

Parmi ces différents pays, une distinction est parfois opérée entre la détention et l'usage proprement dit : **ce dernier cas n'est parfois pas interdit en tant que tel par la loi** (Allemagne, Belgique, Pays-Bas, Pologne et Royaume-Uni).

Source : Ivana Obradovic, *Psychotropes*, 2016/2 (*op.cit.*).

(1) Note OFDT n° 2011-19 précitée.

(2) À partir de la 2^{ème} fois où l'infraction est commise.

(3) Si l'infraction est commise dans les lieux publics.

(4) Les deux premières fois où l'infraction est commise.

(5) La première fois où l'infraction est commise.

(6) Avertissement, amende, suspension ou retrait du permis de conduire ou du passeport, etc.

(7) Ivana Obradovic, *Psychotropes*, 2016/2 (précité).

En 2001, le Luxembourg s'est engagé dans **une voie intermédiaire** en appliquant une **simple amende pénale** aux infractions de détention de « petites quantités » de cannabis pour usage personnel ⁽¹⁾. Comme cela a été indiqué, la France a, l'an dernier, suivi un chemin similaire avec la mise en place, en 2020, du dispositif de **l'amende forfaitaire** ⁽²⁾.

ACCEPTIONS DIVERSES DE LA NOTION DE « PETITES QUANTITÉS »

Dans les pays qui ont mis en place un régime de sanction allégé, les seuils déterminant les « petites quantités » de cannabis ⁽³⁾ sont extrêmement divers : ainsi, pour la résine de cannabis, les seuils sont de 3 grammes en Belgique, 3,5 grammes à Malte, 5 grammes en République tchèque ou au Portugal, de 6 à 15 grammes en Allemagne (selon les Länder), 25 grammes en Espagne, etc.

S'agissant de la production, de la distribution et de la vente de cannabis, **aucun État membre de l'UE ne s'est, pour le moment, décidé à légaliser intégralement** à l'instar de l'Uruguay et du Canada. Un projet de légalisation a été annoncé au Luxembourg (*cf. infra*) mais ses contours ne paraissent pas encore intégralement définis. **A l'extérieur de l'UE, la Suisse a su développer un système original sans modification majeure de sa législation** (*cf. infra*).

LA SPÉCIFICITÉ SUISSE

En Suisse, si la culture, la fabrication, la détention, le transport et le commerce de tous les produits stupéfiants restent interdits et passibles de sanctions pénales ⁽⁴⁾, les modalités de classification du chanvre et de ses produits dérivés comme des « stupéfiants » ont été modifiées en 2011 : en deçà d'une teneur en delta-9-tétrahydrocannabinol (THC) fixée à 1 % ⁽⁵⁾, le « cannabis » est considéré comme un produit ordinaire et, à ce titre, **exempté du dispositif de contrôle**.

Depuis une loi fédérale du 28 septembre 2012, un seuil de **10 grammes** de « stupéfiants ayant des effets cannabiniques » permet de définir la « quantité minimale » en deçà de laquelle **la détention aux fins de consommation personnelle n'est pas punissable** ⁽⁶⁾. En mars 2018, le Tribunal fédéral a précisé qu'aucune amende n'était applicable dans ce cas précis, sauf flagrant délit de consommation.

(1) Loi du 27 avril 2001 modifiant la loi modifiée du 19 février 1973 concernant la vente de substances médicamenteuses et la lutte contre la toxicomanie.

(2) Cf. première partie supra.

(3) Seuils fixés, le plus souvent, par circulaire ou par les parquets locaux.

(4) Article 19 de la loi fédérale n° 812.121 du 3 février 1951 modifiée sur les stupéfiants et les substances psychotropes. Dans le cas d'une simple consommation personnelle de produits stupéfiants (ou d'une détention aux fins de consommation personnelle), le contrevenant est passible d'une amende, qui peut être annulée « dans les cas bénins » (article 19a).

(5) Tableau en annexe à l'ordonnance DFI sur les tableaux des stupéfiants, des substances psychotropes, des précurseurs et des adjuvants chimiques du 30 mai 2011 modifiée.

(6) Art. 19b de la loi fédérale n° 812.121 du 3 février 1951 modifiée.

Dans son ensemble, l'Europe évolue donc progressivement dans sa manière d'appréhender le cannabis **sans, pour le moment, se lancer dans une rupture majeure.**

3. Les incertitudes entourant le projet de légalisation luxembourgeois

En dépit de la dépénalisation partielle intervenue en 2001 pour les « petites quantités » (*cf. supra*), le Luxembourg est loin d'avoir connu une aggravation de la consommation de cannabis chez les jeunes adultes. Selon les données collectées par l'Office européen des drogues et des toxicomanies (OEDT) auprès du Luxembourg lui-même, le taux de prévalence du cannabis au cours du dernier mois auprès des personnes âgées de 15 à 34 ans **a même diminué, passant de 5,6 % en 1998 à 4 % en 2014** ⁽¹⁾.

Pour cette raison, l'annonce par le Premier ministre luxembourgeois, M. Xavier Bettel, d'un projet de légalisation du cannabis à l'issue des élections législatives du 14 octobre 2018 a **constitué une surprise**. Il est possible que le poids croissant des Verts (*déi gréng*) au sein de la coalition gouvernementale ⁽²⁾, qui exclut les conservateurs du parti CSV depuis 2013, ait joué un rôle dans l'émergence de cette question dans l'agenda politique.

Selon les termes mêmes de l'accord de coalition, qui couvre la législature 2018-2023, il est prévu de « **dépénaliser, voire légaliser** sous des conditions à définir, la **production** sur le territoire national de même que **l'achat, la possession et la consommation de cannabis récréatif** pour les besoins personnels des résidents majeurs ».

Selon les premiers éléments qui ont été présentés dans les médias à la fin de l'année 2019 et surtout de l'avant-projet de loi dévoilé au début de l'année 2020 ⁽³⁾, le pays envisagerait de s'acheminer vers une **légalisation de l'usage de cannabis pour les seuls résidents** luxembourgeois (majeurs) avec une **limite d'achat de 30 grammes** par personne et par mois. Le nombre de points de vente serait limitativement défini dans un premier temps (quatorze). La consommation serait interdite dans les lieux publics ainsi que dans tous les lieux où s'applique actuellement une interdiction de fumer.

À la différence des Pays-Bas, le Luxembourg envisage de permettre **la mise en place d'une production nationale sous contrôle**. Dans un entretien du 11 octobre 2019, le ministre de la santé, M. Etienne Schneider, a précisé que les **recettes** provenant de la **vente du cannabis** seraient « investies prioritairement dans la prévention, la sensibilisation et la prise en charge dans le vaste domaine de la dépendance. » ⁽⁴⁾

(1) *Bulletins statistiques 2004 et 2020 de l'OEDT.*

(2) *Les Verts ont totalisé 15 % des suffrages lors des élections de 2018, ce qui a porté à 9 (contre 6) leur représentation à la Chambre des députés. Les autres membres de la coalition ont, au contraire, vu leur représentation décroître : 12 pour le parti démocratique du Premier ministre (-1) et 10 pour les socialistes (-3).*

(3) « *L'achat de cannabis limité à 30 grammes par mois* » (*Luxemburger Wort*, 24 février 2020).

(4) *RTL 5 minutes*, 11 octobre 2019.

Le dossier semble actuellement freiné : à la fin de l'année 2020, la nouvelle ministre de la santé, Mme Paulette Lenert, a simplement déclaré aux médias que le dossier n'était « pas oublié » ⁽¹⁾. Il est possible que le pays ait été confronté aux **réticences de ses voisins européens** qui ne se sont pas engagés dans un tel processus de légalisation. En décembre 2019, M. Etienne Schneider évoquait également **le problème de la conformité du projet aux Conventions internationales anti-drogues** ⁽²⁾.

Il est en tout cas certain que si un pays membre de l'Union européenne s'engageait dans la voie de la légalisation, cela constituerait un changement considérable, en particulier pour les pays frontaliers. Rappelons que la frontière commune franco-luxembourgeoise est longue de 73 kilomètres.

B. LE CONTRE-EXEMPLE HOLLANDAIS

Paradis des fumeurs de joint pour les amateurs, plaque tournante du trafic pour les services répressifs, les Pays-Bas n'ont laissé personne indifférent dans leur façon d'aborder la question du cannabis. Le pays est le premier État européen à s'être engouffré, en 1976, dans une voie originale, **à mi-chemin entre répression et dépénalisation**. En dépit d'indéniables succès, le « modèle de tolérance » néerlandais apparaît aujourd'hui de plus en plus contesté, à tel point que l'on peut parler de « contre-exemple ».

1. Le choix d'une dépénalisation plus ou moins assumée et organisée autour de la distinction entre « drogues douces » et « drogues dures »

Contrairement aux États-Unis ou à la France, les Pays-Bas n'avaient pas, jusqu'à une époque récente, un intérêt particulier pour le cannabis. **Les enjeux du contrôle des drogues se situaient plutôt du côté de l'opium**, qui était produit dans les Indes néerlandaises et faisait l'objet d'un monopole d'État. Sous l'impulsion de la Convention de La Haye de 1912 (*cf. supra*), le pays met en place un dispositif restrictif centré sur le contrôle de l'opium par **une loi du 4 octobre 1919, dénommée « loi sur l'opium »**.

En dépit d'une réforme intervenue le 12 mai 1928, qui inclut le cannabis parmi les produits soumis à restrictions en application de la Convention de Genève de 1925 (*cf. supra*), **la législation évolue peu pendant plusieurs décennies**. La question des drogues est même reléguée au second plan après la Seconde Guerre Mondiale en raison de la perte des Indes néerlandaises, conquises par le Japon à partir de 1942 puis constituées en pays indépendant en 1949.

(1) *Luxemburger Wort*, 11 novembre 2020.

(2) « Luxembourg : plus d'obstacles que prévu sur le cannabis » (*Le Quotidien indépendant*, 4 décembre 2019).

Le développement spectaculaire de la consommation de produits stupéfiants, et notamment de cannabis, chez les jeunes dans les années 1960 ⁽¹⁾ finit par inquiéter les autorités, qui décident d'engager une réflexion sur une éventuelle modification du dispositif législatif en vigueur, à la tonalité répressive. Ces travaux font l'objet de **deux commissions pluridisciplinaires** (Hulsman entre 1968 et 1971, puis Baan entre 1968 et 1972) puis aboutissent à **une réforme d'envergure de la loi sur l'opium le 23 juin 1976**. L'État effectue ainsi une distinction innovante entre les « **drogues douces** », dont le risque est jugé « acceptable » sous réserve de renforcer la protection du consommateur, et les « **drogues dures** », qui représentent un véritable danger et nécessitent le maintien, voire le renforcement, du cadre prohibitionniste.

La réforme de 1976 reprend surtout les travaux de la Commission Baan. Aux côtés de la cocaïne, de l'héroïne et des drogues de synthèse (LSD, codéine, etc.) rassemblées dans une « liste I » de drogues « dures », une « liste II » distingue les « drogues douces » **parmi lesquelles figurent le cannabis et sa résine**. Dans ce cadre, la culture de cinq plants de cannabis et la possession de 30 grammes de cette substance au maximum n'étaient plus passibles de poursuites, mais de simples amendes.

En théorie, la sanction pénale existe donc toujours dans le droit néerlandais, qu'il s'agisse de l'usager ou, bien entendu, du vendeur. **Le pays respecte donc parfaitement ses engagements internationaux**, notamment ceux issus de la Convention unique de 1961, que les Pays-Bas ont signée en 1961 puis ratifiée en 1965.

Dans les faits, le **principe d'opportunité des poursuites** permet aux autorités, dès la fin des années 1970, de **dépénaliser** la culture, la possession, l'usage et même la vente de cannabis en petites quantités : en deçà des seuils légaux, l'amende est rarement prononcée et, s'agissant de la vente, une « **tolérance** » est admise en deçà de 5 grammes afin de permettre aux « *house dealers* ⁽²⁾ » de poursuivre leurs activités dans des lieux fermés et contrôlés.

Le choix opéré par les Pays-Bas est, à l'époque, unique au regard des autres pays européens, ou même occidentaux, qui renforcent leur arsenal répressif dans le cadre de la « guerre contre la drogue ». Sa particularité réside également dans la **relative discrétion** dans laquelle s'est opérée la dépénalisation, **loin des tribunes parlementaires et médiatiques**.

(1) *Un mouvement de jeunes contestataires, qui se désignent eux-mêmes comme « Provo », fait la une des médias dans les années 1960, notamment lors d'émeutes violentes à Amsterdam en juin 1966. Ces jeunes sont connus pour consommer des produits stupéfiants en lieu et place du tabac.*

(2) *Vendeurs situés à l'intérieur des « centres de jeunesse », lieux de la contre-culture hollandaise.*

AUX ORIGINES DU « MODÈLE » HOLLANDAIS : LES COMMISSIONS HULSMAN ET BAAN

1/ La Commission présidée par M. Louk Hulsmans, professeur de droit criminel, a été mise en place par la Fédération nationale des organismes de santé mentale. Composée de **représentants de diverses professions** (policiers, juristes, spécialistes du traitement des alcooliques, psychiatres, sociologues, etc.), elle avait pour mandat de « clarifier les facteurs associés à l'usage de drogues et à présenter des propositions pour une politique rationnelle ».

Dans son rapport, publié en 1971, la Commission insiste sur la nécessité d'améliorer l'accès des consommateurs de produits stupéfiants à des centres de traitement adaptés. Elle suggère surtout de procéder à une « **décriminalisation** » progressive de l'usage et de la possession de toutes les drogues, en commençant par le cannabis en petites quantités. **Les effets pervers de la prohibition sont mis en avant** : « À maintes reprises, le droit criminel a prouvé que les moyens ne correspondent plus aux fins, et les tenants de la répression demanderont une augmentation des mesures de répression, jusqu'à ce qu'elles soient **amplifiées de cent fois par rapport à la situation actuelle** [...] Cela accentuera la polarisation entre les différentes parties de la société et **peut engendrer une violence accrue.** » ⁽¹⁾

2/ La commission présidée par M. Pieter Baan, médecin psychiatre, a été constituée par le sous-secrétaire d'État chargé de la santé. Elle était composée de membres de la commission Hulsmans, de représentants du ministère de la justice, du chef de la police d'Amsterdam ainsi que de psychiatres et de sociologues.

Dans son rapport, publié en 1972, elle préconise de **distinguer les produits stupéfiants selon le risque, « acceptable » ou « inacceptable » qu'ils représentent pour la société.** Ses membres estiment que la consommation de cannabis ne mènera pas à la consommation d'autres drogues (rejet de la « **théorie de l'escalade** ») mais que la criminalisation de l'usager du cannabis favorisera son contact avec les usagers de drogues dites « dures ».

2. Les « coffee shops » au cœur du système de distribution néerlandais

Plus de quarante ans après l'adoption de la réforme de 1976, le « système hollandais » se caractérise par **une remarquable longévité**. La seule modification importante de la loi sur l'opium intervenue depuis lors fut celle qui, le 17 mars 2003, a autorisé la **production, la distribution et l'usage du cannabis à des fins thérapeutiques**, domaine où le pays s'est avéré pionnier en Europe.

S'agissant des usages « récréatifs », les seuils de dépénalisation sont restés inchangés et les principales évolutions ont porté sur les modalités de **régulation de l'offre**. En effet, la vente de petites quantités de cannabis est rapidement sortie du cercle restreint des « centres de jeunesse » pour s'étendre à des établissements spécialisés, dénommés « *coffee shops* ⁽²⁾ ». Leur développement spectaculaire, de **quelques dizaines à la fin des années 1970 à près de 1 500 au début des années 1990**, a amené les autorités à explorer la voie d'une régulation du secteur.

(1) Page 51 du rapport (cité dans *The case of the two Dutch drug policy commission*, Peter Cohen, 1994).

(2) Le premier « coffee shop » (*Mellow Yellow*) a ouvert à Amsterdam en 1972. Il a fermé ses portes en 2016.

Sur ce point, il est intéressant de constater que **les initiatives sont souvent locales**, tout en bénéficiant de temps à autre d'un encadrement national. Ainsi, en 1991, c'est la ville d'Amsterdam qui a mis en place un mécanisme de licence pour les *coffee shops*, ceux-ci étant invités à respecter les critères « AHOJG » suivants :

- A : pas de publicité ou de signe explicite à l'extérieur de l'établissement ;
- H : pas de drogues « dures » ;
- O : pas de nuisances publiques ;
- J : pas d'admission de mineurs ou de vente à des mineurs ;
- G : pas plus de 5 grammes par transaction.

Ces critères ont été généralisés au niveau national en 1994, mais **les municipalités ont l'entière liberté de ne pas octroyer de licence, si elles le souhaitent** ⁽¹⁾.

Le gouvernement est intervenu à un niveau législatif en 2003 afin de permettre explicitement aux municipalités de **refuser l'octroi d'une licence de coffee shop** si le demandeur a un casier judiciaire ou s'il est attesté qu'il a des liens avec une organisation criminelle ⁽²⁾. Un nouveau « tour de vis » est intervenu en 2011 avec la possibilité de **fermer les établissements situés à moins de 250 mètres d'un établissement scolaire**. Enfin, depuis janvier 2013, afin de limiter les nuisances liées au « narcotourisme », chaque municipalité peut décider de réserver l'accès des *coffee shops* aux seuls résidents néerlandais ⁽³⁾.

Le nombre d'établissements a logiquement chuté, passant de **846** en 1999 à **614** en 2013 ⁽⁴⁾. Le ministre chargé de la sécurité et de la justice dénombrait officiellement **573 coffee shops** dans le pays à la fin de l'année 2016 ⁽⁵⁾.

LA CONDUITE SOUS L'EMPRISE DE CANNABIS AUX PAYS-BAS

La législation néerlandaise autorise jusqu'à 3 nanogrammes par millilitre de sang. Des tests salivaires sont effectués auprès des conducteurs qui présentent des signes de comportement altéré et, en cas de positivité, des tests sanguins sont pratiqués. En 2015, sur 621 accidents mortels enregistrés sur la route, au moins 17 % étaient liés à l'absorption de produits stupéfiants (dont à peine 3 % pour le seul cannabis).

Cannabis and driving : regulations, drug testing, and (future) science. The Dutch case
(Office européen des drogues et toxicomanies - 2017)

(1) En 2014, près de 70 % des communes avaient ainsi adopté une « tolérance zéro » à l'encontre des *coffee shops*.

(2) Loi relative à l'évaluation de l'intégrité par l'administration publique dite « BIBOB » (*Bevordering Integriteitsbeoordelingen door het Openbaar Bestuur*) du 1^{er} juin 2003.

(3) En 2012, 3 provinces frontalières (Brabant septentrional, Limbourg, Zélande) avaient même expérimenté un « passeport cannabis » (*wietpas*) transformant ainsi les *coffee shops* en clubs privés réservés aux résidents.

(4) Ivana Obradovic, *Psychotropes*, 2016/2 (précité).

(5) Site Internet d'information *Newsweed*, 5 juillet 2017.

3. La remise en cause actuelle d'un modèle incapable de réguler l'offre de cannabis sur le marché

La réforme de 1976 poursuivait deux objectifs principaux, à savoir la protection du « petit » consommateur et la mise en place d'une séparation stricte entre le marché des drogues « douces » et « dures ». Sur ces deux points, **le « modèle » hollandais semble avoir produit les effets attendus au cours des premières décennies.**

Ainsi, selon les statistiques établies par l'Office européen des drogues et des toxicomanies (OEDT), l'usage du cannabis déclaré chez les jeunes adultes est resté longtemps relativement faible aux Pays-Bas en comparaison de ses voisins à la législation plus répressive : **le taux de prévalence du cannabis au cours de l'année précédente** ⁽¹⁾ chez les 15-34 ans était estimé à 11,8 % en 2000 dans le pays, contre 17 % à la même époque en France ⁽²⁾. Quant à la séparation des marchés, des études effectuées dans les années 1990 ont montré que la multiplication des coffee shops avait eu pour effet **d'éliminer quasiment tous les points de vente illégaux de cannabis**, qui étaient alors proches de ceux consacrés à l'héroïne ⁽³⁾.

Le bilan reste, toutefois, en demi-teinte, car le taux de prévalence du cannabis au cours de l'année précédente chez les 15-34 ans s'est mis à progresser sensiblement dans les années 2000, et surtout 2010, pour s'établir à 17,5 % en 2017 (2010 : 13,7 %), soit **un taux supérieur à la moyenne de l'Union européenne** (14,4 %) ⁽⁴⁾. Par ailleurs, les produits consommés se sont avérés **de plus en plus riches en THC au fur et à mesure des années** (teneur estimée à 15 % en 2016, contre environ 8 % au début des années 1990 et entre 5 % et 7 % dans les années 1970 ⁽⁵⁾).

La difficulté des autorités à réguler la consommation tient précisément au fait **qu'il n'y a pas de « réglementation » officielle mais une dépénalisation plus ou moins assumée**. Il en résulte logiquement une difficulté à connaître précisément l'état du marché : selon un rapport de police publié en 2011, la production nationale de cannabis ne pouvait être estimée qu'assez globalement, à un niveau compris **« entre 187 et 1 196 tonnes par année »**, une part importante (au moins 48 %) étant destinée à l'exportation ⁽⁶⁾.

Les modalités d'approvisionnement des *coffee shops* sont également mal connues : autrefois alimentés par des auto-producteurs locaux, les circuits de distribution auraient été progressivement **accaparés par des réseaux criminels structurés** important la marchandise de Belgique, d'Espagne ou d'Albanie ⁽⁷⁾.

(1) *Le taux de prévalence correspond aux nombres de personnes ayant déclaré avoir consommé du cannabis au moins une fois au cours de l'année précédente au regard de l'ensemble de la population prise en compte.*

(2) OEDT, bulletin statistique 2004.

(3) *Dutch treat: Formal control and illicit drug use in the Netherlands* (Dirk Korf, 1995) - cité dans *Sociograph n° 41, Revue internationale des modèles de régulation du cannabis* (Anne Philibert et Frank Zobel, 2019) à la page 29.

(4) OEDT, bulletin statistique 2019. À la même période, le taux français était de 21,8 %.

(5) *Étude menée par l'Institut national d'études sur les addictions et la santé mentale (Trimbos) en 2018* - citée dans *Sociograph n° 41 (op.cit.)* à la page 27.

(6) *Criminaliteitsbeeldanalyse 2012: Georganiseerde cannabissteelt.*

(7) *The Dutch model of cannabis decriminalization and tolerated retail* (Van Solinge, 2017) - cité dans *Sociograph n° 41 (op.cit.)* à la page 28.

C'est le **paradoxe hollandais** de la « porte de derrière » (« *back door* »), selon Dieter Tops, professeur à l'Académie de police néerlandaise, le pays vit depuis quarante ans dans une situation « **schizophrénique** » où le cannabis est importé illégalement pour être revendu légalement, ce qui a mis les trafiquants « hors de contrôle » et pourrait donner à penser que **le choix de la tolérance opéré en 1976 a pu être une « erreur fondamentale »** ⁽¹⁾.

Contrairement à ce que l'on pourrait penser, **les Pays-Bas n'échappent donc pas aux débats qui agitent de nombreux pays autour de la légalisation du cannabis**. Certains représentants d'intérêts ⁽²⁾ voient dans une telle réforme une occasion « d'assécher » les réseaux criminels. Le gouvernement, pour sa part, pourrait être tenté de faire émerger une production nationale qui, dans un marché estimé à **au moins 1 milliard d'euros par an** ⁽³⁾, lui permettrait d'engranger de confortables recettes fiscales.

L'EXPÉRIMENTATION DE CULTURE NATIONALE INITIÉE FIN 2019 AUX PAYS-BAS : UN PREMIER PAS VERS LA LÉGALISATION ?

À la fin de l'année 2019, les Pays-Bas ont décidé de s'engager dans la voie d'une **expérimentation en matière de culture nationale du cannabis** (*Controlled cannabis supply chain experiment Act* du 13 novembre 2019). Une dizaine de producteurs néerlandais tirés au sort en décembre 2020 devraient être chargés d'approvisionner les *coffee-shops* des municipalités participantes, toutes choisies sur la base du volontariat.

L'objectif affiché est, pour l'instant, de permettre aux établissements de **se libérer du marché noir** et de « mesurer [les] effets [d'un tel dispositif] sur la criminalité, la sécurité, les troubles à l'ordre public et la santé » selon les termes employés par le gouvernement à l'annonce de son projet ⁽⁴⁾.

C. LE PORTUGAL : UNE DÉPÉNALISATION DE L'USAGE DES DROGUES DANS UN OBJECTIF DE SANTÉ PUBLIQUE

Le modèle portugais se distingue très nettement des autres modèles étudiés dans le cadre de la mission d'information commune. Il s'agit, tout d'abord, d'un modèle de dépénalisation et non de légalisation – sous certaines conditions, les consommateurs de drogue ne sont pas sanctionnés, sans que cette consommation et cette détention soit néanmoins considérée comme légale. La dépénalisation concerne, par ailleurs, toutes les drogues et non le seul cannabis. Elle a été mise en place dans le cadre d'une grave augmentation de la consommation d'héroïne dans les années 1980 et **n'avait donc pas pour objectif principal de réduire la consommation de cannabis** – celle-ci a d'ailleurs augmenté au cours de la période.

(1) *High time: Netherlands moves to clean up absurd cannabis policy* (*The Irish Times*, 6 février 2020).

(2) *Notamment la Stichting Drugsbeleid* (Fondation néerlandaise pour une politique des drogues), qui milite pour une légalisation de tous les produits stupéfiants.

(3) *Nederlandse coffeeshops zetten één miljard euro om* (*Journal Trouw*, 2 janvier 2016).

(4) *Site Internet d'information Newsweed* (9 juillet 2018).

Le Portugal a ainsi fait le choix, au début des années 2000, d'une **stratégie de lutte contre la drogue fondée sur des motifs de santé publique** : le consommateur est d'abord considéré comme **un patient et non un délinquant**.

L'ensemble des drogues a, dans ce cadre, fait l'objet d'une dépenalisation, sans *distinguo* entre les substances. Les sanctions qui peuvent être prononcées sont désormais, en cas de première interpellation pour usage et détention de quantité de drogue limitées, de nature administrative et non plus pénale. Après vingt ans de mise en œuvre, **les observateurs saluent la réussite et le maintien de cette politique audacieuse**, mais dont les coûts financiers importants pourraient entraîner la fragilisation du dispositif, dans le cadre de la crise sanitaire et économique actuelle.

1. Le contexte de la dépenalisation

Le contexte de la dépenalisation des drogues s'inscrit dans le cadre très particulier de l'histoire portugaise, marquée par **la dictature d'António de Oliveira Salazar (1926-1974) et les guerres coloniales en Angola, en Guinée-Bissau et au Mozambique (1961-1974).**

Ainsi que le rappelait le professeur João Goulão, président du service d'intervention pour les comportements d'addiction et de dépendance (SICAD), lors de son audition par la mission d'information le 3 février 2021, **le Portugal a longtemps été exempt de difficultés liées à la consommation et au trafic de drogues, du fait de la dictature salazariste.** Les mouvements de jeunesse – mouvement hippies, mouvement étudiant en mai 1968 en France – qui ont contribué à faire émerger la question des drogues, et singulièrement celle du cannabis, en Europe, n'ont connu aucun écho au Portugal.

En revanche, dans les colonies et dans le contexte des guerres coloniales, la consommation de drogues était **tolérée, voire encouragée pour maintenir le moral des troupes et des populations** – selon une dynamique comparable à celle qui avait cours pendant la guerre du Viêt-Nam.

La révolution démocratique dite « des Œillets », en 1974 a entraîné un double mouvement d'attraction des populations **vers des substances qui incarnaient une forme de liberté retrouvée** et de retour des soldats et colons aux habitudes de consommation très ancrées, en particulier de cannabis.

Entre le milieu des années 1970 et la fin des années 1990, l'ensemble des substances psychotropes ont été rendues disponibles au Portugal par des organisations désireuses de tirer parti de ce marché nouveau. Des populations peu familières de ces substances se sont trouvées confrontées non seulement au cannabis, mais aussi à la cocaïne, à l'héroïne et à l'ensemble des drogues illicites, entraînant de très graves problèmes de santé publique et une prévalence des consommations problématiques extrêmement forte dans l'ensemble des catégories sociales.

Le professeur João Goulão a ainsi souligné lors de son audition que « l'explosion de l'expérimentation [avait] été transversale à toute la société : elle ne s'était pas seulement limitée aux marges ou aux groupes défavorisés mais [avait] très largement touché les classes moyennes, la classe politique... ».

À la fin des années 1990, la consommation de drogue constituait la principale problématique de sécurité et de santé publique pour la population portugaise, avec une explosion de la consommation d'héroïne. Environ 1 % de la population consommait de la drogue, soit le taux le plus élevé au niveau européen. Visible dans de nombreux quartiers de la capitale portugaise, cette consommation entraînait une augmentation de la délinquance générale et de la criminalité de rue.

2. Le processus politique de dépénalisation

En 1998, le **Gouvernement portugais décida de nommer une commission d'experts composée de neuf membres appartenant à diverses disciplines** (juge, psychiatre, psychologue...) pour rédiger un rapport sur la situation nationale, et des propositions stratégiques en matière de réglementation des drogues.

La commission proposa, au terme de ses travaux, de dépénaliser l'usage personnel des drogues illicites et d'introduire **la première stratégie nationale antidrogue du Portugal** (*Comissão para a Estratégia Nacional de Combate à Droga*, 1998).

La commission organisa ensuite une session publique relative à ses propositions à laquelle prirent part des centaines de citoyens. Lors de son audition, le professeur João Goulão a insisté sur le fait **qu'une majorité de citoyens était favorable à cette évolution**, soulignant que **la plupart des familles comptait alors en leur sein des individus souffrant de consommation problématique** et que l'amélioration des soins et de la prévention apparaissait à tous comme une priorité.

La loi n° 30/2000 du 29 novembre 2000 et la nouvelle stratégie nationale antidrogue sont directement issues des propositions de la commission⁽¹⁾. Dans un entretien paru en 2016, le professeur João Goulão commente en ces termes les débats au Parlement, plus « polarisés » que les échanges avec les citoyens : « Oui, le débat au Parlement a été un peu plus compliqué... Nous avons fait face à la dualité habituelle : les partis de gauche soutenaient l'idée, les partis de droite votaient contre. Le principal commentaire de la droite était que nous allions encourir des **sanctions de la part des Nations Unies**, car on allait violer la convention internationale sur les drogues. Mais il y a eu aussi d'autres arguments : le Portugal allait devenir **un paradis pour les consommateurs de drogues**, on allait voir une **explosion du narcotourisme**, les avions allaient déverser des touristes par centaines qui viendraient consommer de la drogue gratuitement, les enfants allaient se mettre à consommer très tôt... Bien sûr, nous qui étions en faveur de la stratégie n'avions aucune expérience, donc nous avons un peu peur des conséquences. **Mais heureusement aujourd'hui, plus de quatorze ans après, on peut dire que rien de tout cela n'est arrivé.** »

(1) « *La politique de dépénalisation des drogues au Portugal. Entretien avec le prof. João Goulão* », propos recueillis le 2 octobre 2015 entre Paris et Lisbonne par Pauline Landel, Anna C. Zielinska, traduits par Pauline Landel, *Mouvements*, 2016/2 (n° 86), pages 151 à 164.

3. Une approche avant tout sanitaire

a. *Dépénalisation de l'usage personnel et répression pénale en cas de trafic*

La loi n° 30/2000 du 29 novembre 2000, a ainsi **dépénalisé la consommation de substances stupéfiantes et psychotropes**. La consommation ⁽¹⁾ de tout produit stupéfiant reste néanmoins interdite, passible d'une contravention en dessous d'une certaine quantité. **La procédure pour usage devient ainsi administrative** : la personne interpellée est conduite au commissariat et, si la quantité trouvée en sa possession n'excède pas les seuils établis, elle doit se présenter devant une des 18 commissions pour la dissuasion de la toxicomanie (CDT), placées sous la tutelle du ministère de la santé. Ces commissions sont composées de trois professionnels : un **juriste** (qui la préside), un **psychologue**, et un **travailleur social**. À l'exception des mineurs ⁽²⁾, qu'il s'agisse d'un consommateur occasionnel ou d'un toxicomane, le degré de dépendance est évalué et une réponse adaptée est proposée.

AU CŒUR DE LA STRATÉGIE PORTUGAISE EN MATIÈRE DE DROGUE : LES COMMISSIONS POUR LA DISSUASION DE LA TOXICOMANIE

Les CDT sont des commissions régionales pluridisciplinaires composées d'un avocat, d'un travailleur social et d'un professionnel de santé.

Ces commissions établissent avec la personne qui leur est présentée les motivations et les circonstances de son infraction. Elles sont mandatées pour appliquer toute une gamme de sanctions administratives : travail d'intérêt général, amende (25 à 150 euros), suspension de licence professionnelle ou interdiction de fréquenter certains lieux.

La principale mission des commissions est cependant de décourager la consommation de drogues et d'encourager les usagers dépendants à entrer dans un processus de soin ou de traitement. Dans cette perspective, elles doivent évaluer si les personnes concernées sont dépendantes ou non. Pour les usagers dépendants, elles peuvent préconiser la participation à un programme de soin ou d'éducation plutôt qu'une sanction. Pour les utilisateurs non-dépendants, elles peuvent prononcer un certain nombre de sanctions (peine avec sursis, obligation de pointer au poste de police, suivi psychologique ou éducatif, ou amende).

Les CDT jouent également un rôle social important en diagnostiquant les difficultés sociales et sanitaires éventuelles rencontrées par la personne en infraction, que celles-ci relèvent de la santé mentale, du parcours scolaire, de l'accès à l'emploi ou au logement. Elles peuvent alors l'orienter vers les services sociaux appropriés.

Ce dispositif s'applique en cas de **première interpellation pour utilisation ou possession de drogues illicites dans les limites d'une réserve de dix jours de consommation** (soit un gramme d'héroïne, de MDMA ou d'amphétamines, deux grammes de cocaïne et 25 grammes de cannabis) ⁽³⁾.

(1) *Le trafic ou la consommation de stupéfiants dans un lieu public ou en réunion constitue un délit.*

(2) *Les mineurs de moins de 16 ans sont seulement remis à leurs représentants légaux et font l'objet d'un signalement auprès de la commission pour la protection des enfants et des jeunes.*

(3) *Décret-loi n°15/93 du 22 janvier 1993 ; ordonnance n°94/96 du 26 mars 1996.*

Ce seuil constitue d'ailleurs une référence dans le cadre des réflexions menées sur la politique de réglementation des drogues dans les différents pays et il a, par exemple, été **repris dans le modèle de légalisation du cannabis mis en œuvre par l'Uruguay**⁽¹⁾.

Des CDT qui orientent majoritairement les personnes qui leur sont présentées vers des dispositifs ou des structures de soins

Sur la période 2002-2006 : 100 % des personnes présentées aux CDT ont été orientées vers des dispositifs ou des structures de santé ;

Sur la période 2006-2013 : 80 % des personnes présentées aux CDT ont été orientées vers des dispositifs ou des structures de santé ;

Sur la période 2013-2020 : 88 % des personnes présentées aux CDT ont été orientées vers des dispositifs ou des structures de santé.

Source : données transmises par le Pr. João Goulão

En revanche, lorsque les individus interpellés sont en possession d'une quantité de drogue supérieure à ces plafonds ou convaincus d'être directement impliqués dans des trafics, ils sont inculpés et peuvent être poursuivis devant les tribunaux, soit pour trafic, soit pour délit de consommation lorsqu'on estime qu'elle s'est procurée ces quantités importantes uniquement pour son usage personnel.

Le trafic de drogues est défini par l'article 21 de la loi 15/93. La législation portugaise différencie les poursuites pour trafic de drogues selon plusieurs critères, dont la nature de la substance. Le trafic de drogues peut entraîner des peines allant de quatre et douze ans d'emprisonnement ou, pour les substances considérées comme moins nocives d'un à cinq ans d'emprisonnement. L'état de dépendance du trafiquant est aussi pris en compte. Si l'utilisateur ne vend des drogues que pour financer sa propre consommation, la pénalité sera réduite. Des peines allant de dix à vingt-cinq ans d'emprisonnement sont prévues en cas d'association criminelle.

b. Une politique de développement des soins, de la prévention, de l'éducation et de réinsertion

Cette politique de dépénalisation s'accompagne d'un fort investissement public dans le développement des soins, la prévention, l'éducation et de la réinsertion et s'inscrit dans le cadre plus large de réformes sociales menées au Portugal depuis la fin de la dictature, qui ont conduit à revaloriser le niveau des prestations sociales et à améliorer les conditions de logement des plus défavorisés. Ce volet social et sanitaire constitue le socle du Plan national pour la réduction des pratiques addictives et narco-dépendantes pour 2013-2020. Le Plan tient compte de la nécessité d'une prévention adaptée à l'âge du public visé et diffusée dans le cadre scolaire, mais aussi familial ou de loisirs.

(1) OFDT, « Dépénalisation des drogues au Portugal : indicateurs-clés », 2020.

Au niveau national, la prévention revient à la division de la prévention et de l'intervention communautaire du Service d'intervention pour les comportements d'addiction et de dépendance (SICAD), tandis que les administrations de la direction régionale de la santé ont pour mission de mettre en œuvre au niveau local ces politiques publiques.

Dans le cadre du plan national, **le plan opérationnel pour des réponses intégrées (PORT)** est un cadre d'intervention destiné à favoriser la réduction de la demande de drogue et est organisé au niveau local ou régional. Dans chacune des 163 zones géographiques identifiées pour l'élaboration de réponses d'intervention intégrées, une intervention peut répondre à des besoins locaux spécifiques et rassembler les partenaires publics ou privés concernés. En 2017, 20 projets de prévention intégrée ont été mis en œuvre dans ce cadre.

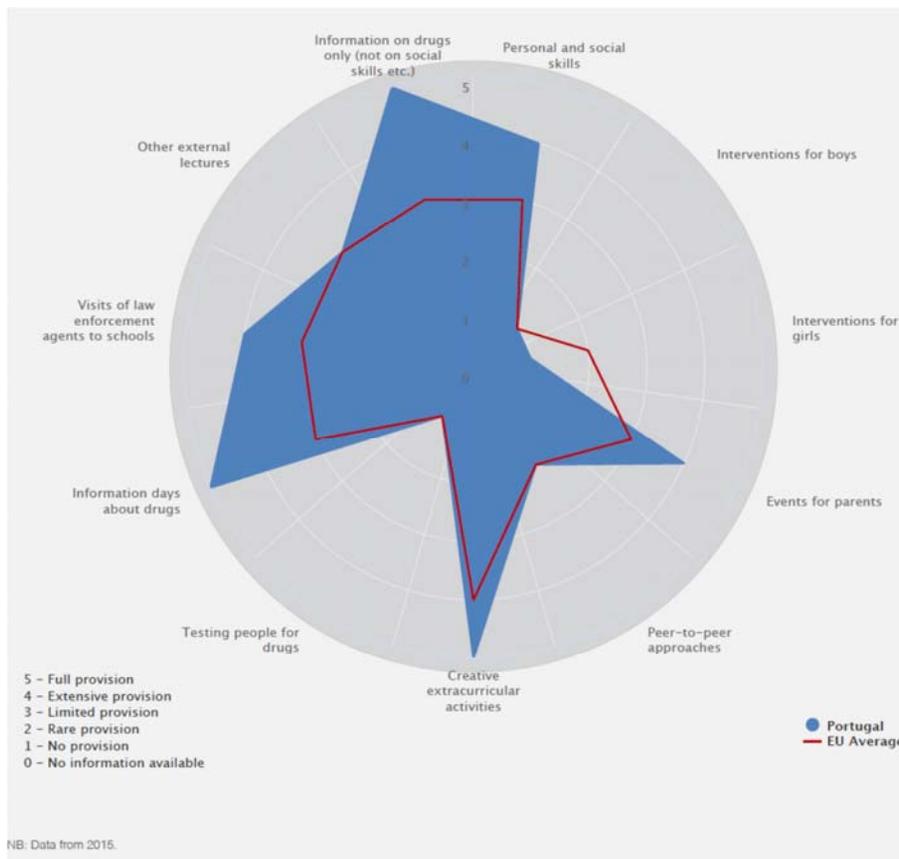
Les interventions de prévention recouvrent un large éventail d'approches complémentaires. Les stratégies globales ciblent des populations entières, la prévention sélective s'adresse aux groupes vulnérables qui peuvent être plus exposés et la prévention spécifique se concentre sur les personnes à risque.

La prévention globale de la toxicomanie fait partie des programmes scolaires portugais. Plusieurs actions et projets de prévention ont été développés au niveau national en milieu scolaire, à la fois dans une perspective plus large de promotion de la santé et avec un accent particulier sur les aspects des comportements addictifs et des dépendances.

Les stratégies de prévention globale, telles que le programme « Moi et les autres », ont été préférées à des approches plus spécifiques. **Le programme « Moi et les autres » a été mis en œuvre dans divers cadres éducatifs et se concentre sur la promotion du développement des compétences psycho-sociales des élèves.** La prévention en milieu scolaire est mise en œuvre par le ministère de l'éducation, responsable de l'inclusion de la promotion de la santé et de la prévention de la consommation de substances psychoactives, et le ministère de la santé (par l'intermédiaire du SICAD et des administrations régionales de la santé), responsable du volet prévention du PORI.

D'autres programmes de prévention en milieu scolaire sont disponibles aux niveaux régional et local. Certains programmes de prévention sur le lieu de travail sont mis en œuvre dans certaines municipalités, dans les secteurs privé et public. Différents types d'interventions de prévention ciblée ont été menés, notamment des interventions communautaires pour les groupes vulnérables, des interventions familiales pour les familles vulnérables et des interventions dans les quartiers vulnérables. Des consultations de prévention ciblée sont menées dans des centres d'intervention intégrée par des équipes multidisciplinaires. **Plus de 20 000 consultations de prévention ont été réalisées dans le cadre du PORI, ciblant près de 3 000 jeunes consommant des substances psychoactives, y compris sur le plan psychosocial et de l'orientation.**

DES INTERVENTIONS DE PRÉVENTION DANS LES ÉCOLES PORTUGAISES NETTEMENT PLUS NOMBREUSES QUE LA MOYENNE EUROPÉENNE (DONNÉES 2015)



Source : OEDT, Portugal Country Drug Report 2019

4. Bilan de la dépénalisation

a. La situation géographique du Portugal en fait un pays de transit pour les trafics de stupéfiants

Le nombre de saisies et de quantités de drogues réalisées ces dernières années sur le territoire portugais et son archipel confirme que ce pays constitue toujours une porte d'entrée des produits stupéfiants en Europe. Sa position géographique le place naturellement comme un pays de transit pour la cocaïne en provenance d'Amérique latine, pour le cannabis issu principalement du Maroc et de l'héroïne depuis l'Espagne, le Mozambique, le Pakistan, le Ghana et la Chine. En 2020, les services de police portugais ont intercepté **27 tonnes de haschisch** dans la région de l'Algarve (sud du Portugal), soit une saisine totale huit fois supérieure à la quantité appréhendée en 2019 (3,2 tonnes).

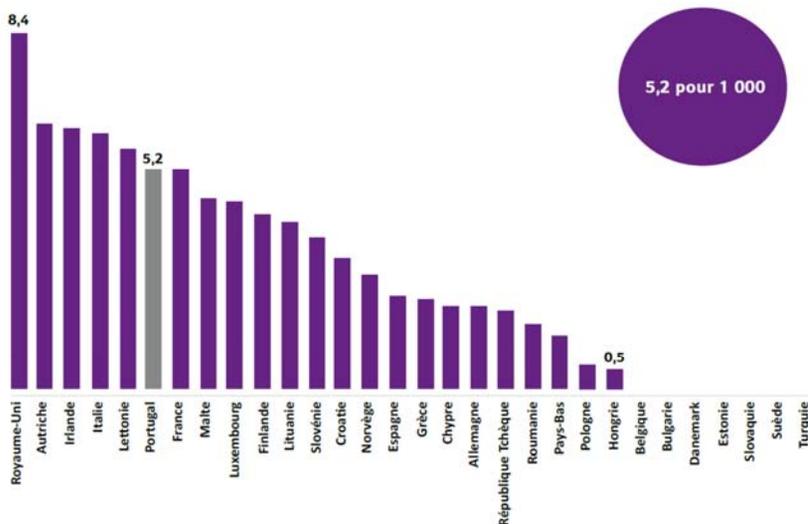
Les effets de la dépénalisation sur les trafics apparaissent ainsi quasi-nuls⁽¹⁾.

b. Une diminution de la consommation d'héroïne et une hausse de la consommation de cannabis

Il convient de rappeler, comme cela a été précisé en introduction, que la dépénalisation était motivée par la **nécessité de contenir la consommation d'héroïne devenue très problématique et non celle de cannabis**. En 2017, **43 000 usagers** se sont fait soigner au moins une fois. Le coût estimé pour l'État est évalué à **21 millions d'euros**, soit en moyenne **488 euros/personne**.

La dernière décennie se caractérise par une augmentation du nombre de consommateurs souhaitant se faire soigner, principalement les usagers de cannabis et, dans une moindre mesure, des consommateurs de cocaïne. Une nette évolution des consommations est à l'œuvre : en 2010, 65 % des consommateurs consommaient de l'héroïne, 13 % de la cocaïne, 13 % du cannabis, 9 % d'autres drogues ; en 2016, 25 % consommaient de l'héroïne, 16 % de la cocaïne, 54 % du cannabis, 5 % d'autres drogues⁽²⁾.

USAGE PROBLÉMATIQUE D'OPIOÏDES (TAUX POUR MILLE)



Source : OEDT 2019, présenté par l'OFDT dans la note précitée.

(1) OFDT 2020, précitée.

(2) Éléments transmis à la mission par le ministère de l'Europe et des affaires étrangères.

S’agissant du cannabis, pour la septième année consécutive, la demande de soins représentait la majorité des cas avec 60 % des patients recensés. Cette hausse s’explique par les taux de plus en plus élevés de concentration de THC. L’expérimentation du cannabis, y compris chez les plus jeunes, a nettement augmenté, passant, entre 2001 et 2016, de 7,6 % à 16,2 % pour les 15-64 ans et, entre 1999 et 2019, de 9 % à 13 % (voir graphiques ci-dessous).

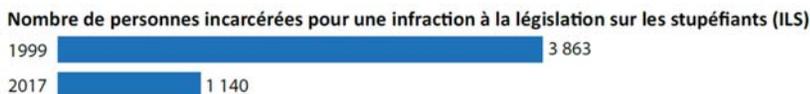
UNE AUGMENTATION DE LA CONSOMMATION DE CANNABIS AU COURS DES TRENTE DERNIÈRES ANNÉES AU PORTUGAL



ODFT (note précitée).

c. Un désengorgement des tribunaux

Les **commissions de dissuasion de la toxicomanie** ont permis, en revanche, un véritable désengorgement des tribunaux et du système pénitentiaire, l’activité de ceux-ci étant désormais concentrée sur les cas de récidive et de trafic. L’OFDT indique ainsi que le nombre de personnes incarcérées pour une infraction à la législation sur les stupéfiants (ILS) est passé de **3 863 à 1 140**.



d. Des commissions de dissuasion de la toxicomanie dont les financements sont aujourd’hui menacés

Les **commissions de dissuasion de la toxicomanie** représentent néanmoins un coût financier important pour l’État. Avec la crise économique engendrée par la pandémie de la covid-19, les autorités sont susceptibles de réduire les fonds publics consacrés à de nombreux programmes d’accompagnement des personnes en cours de traitement, voire de supprimer des services d’appui social pour les usagers en cours de réinsertion. Si les financements devaient être davantage réduits, le dispositif général de lutte contre la drogue s’en trouverait sérieusement fragilisé.

e. Un refus de légaliser le cannabis

Enfin, il importe de noter qu'en dépit de la dépénalisation des drogues, la légalisation du cannabis n'est pas à l'ordre du jour au Portugal. Constatant un contexte de plus en plus favorable, au niveau international et européen, à la libéralisation de la consommation de cannabis à des fins récréatives, deux partis politiques (le Parti des animaux et de la nature (PAN) et le Bloc de gauche) proposent depuis trois ans une réforme en ce sens. Pour l'heure, le Parlement portugais a écarté cette possibilité, traduisant l'opposition d'une majorité de la population.

La production et l'utilisation de cannabis à des fins médicales sont, quant à elles, réglementées par la loi du 18 juillet 2018.

TROISIÈME PARTIE : QUEL MODÈLE DE RÉGULATION DU CANNABIS EN FRANCE ?

Plus de cinquante ans après l'entrée en vigueur de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, la France est comme on l'a vu toujours prisonnière d'une ornière idéologique qui l'empêche de se dégager d'une impasse sécuritaire et sanitaire qu'elle a elle-même créée. Notre pays, qui a pu côtoyer pendant des siècles la plante de chanvre jusqu'à en être le principal producteur européen, **reste aujourd'hui à l'écart des innovations réglementaires** qui, comme en témoignent les analyses effectuées en deuxième partie, essaient de plus en plus à travers le monde.

Alors qu'elle entamait le troisième cycle de ses auditions, qui faisaient apparaître crûment l'échec de la litanie répressive, la mission d'information entendait résonner dans l'actualité récente les discours politiques campant sur l'idée simple que « le cannabis, c'est de la merde ⁽¹⁾ » ou qu'il « n'y a pas de drogue douce » mais un « fléau que nous devons combattre ⁽²⁾ ». **Plus encore que le manque de résultats de la prohibition, c'est la persistance de tels discours réducteurs qui étonne à une époque où l'évidence d'un changement s'impose.**

Comme l'écrivait, il y a dix ans, Mme Ruth Dreifuss, ancienne présidente de la Confédération suisse et membre fondatrice de la Commission globale sur les politiques en matière de drogues ⁽³⁾, il importe de « **briser le tabou qui pèse sur le débat et la réforme. C'est maintenant qu'il faut agir !** ⁽⁴⁾ ».

L'ouverture d'un tel débat, qui était impensable il y a encore dix ou vingt ans, apparaît aujourd'hui envisageable, car **l'état d'esprit de l'opinion publique a évolué, à contre-courant des rhétoriques martiales**. La mission d'information a longuement examiné les résultats de plusieurs consultations, notamment celles effectuées par des instituts de sondage (IFOP, CSA) ainsi que celle engagée en 2019 par la municipalité de Villeurbanne : toutes montrent chez les Français la prise de conscience de l'inanité du *statu quo*. En ce sens, il n'est guère surprenant que la consultation citoyenne initiée par l'Assemblée nationale au début de cette année ait rencontré un tel succès et abouti à des constatations similaires.

(1) *Propos tenus par le ministre de l'intérieur le 14 septembre 2020.*

(2) *Extraits d'une tribune publiée par 80 députés Les Républicains le 3 octobre 2020 dans le Journal du Dimanche.*

(3) *Organisation non gouvernementale créée en 2011 afin de réformer les politiques anti-drogues au niveau international.*

(4) *Rapport « La Guerre aux drogues » (juin 2011), page 3.*

Une fois posé le principe même d'un débat, encore faut-il en prévoir les modalités. Sur ce point, la rapporteure estime nécessaire d'élargir le champ de la discussion au-delà des alcôves occupées par les experts ou les militants.

Les autorités politiques ne sauraient se priver sur un sujet aussi sensible de **tous les outils de mobilisation nationale qui sont à leur disposition, y compris la voie référendaire.**

Le débat devra, par ailleurs, aborder de front la question des objectifs de la réforme. La rapporteure en a identifié six : réduire la délinquance dans un souci de justice sociale, assécher le marché noir, protéger notre jeunesse, développer les actions de prévention, notamment en direction des plus jeunes, et l'éducation à l'usage, éviter l'apparition d'un « Big cannabusiness » et, enfin, permettre le développement d'une filière économique nouvelle.

Par ailleurs, la multiplicité des expériences étrangères a convaincu la rapporteure qu'il n'existait pas un seul modèle de régulation des produits stupéfiants et que **le seul fait de se positionner en faveur de la légalisation du cannabis ne faisait qu'ouvrir d'autres questions, toutes aussi complexes et sensibles. Selon les réponses que l'on apporte à chacune de ces questions, les effets sur chacun des objectifs identifiés ne seront pas le même.**

L'objectif est bien de définir un **modèle français de légalisation réglementée** qui tienne à la fois compte des succès et des échecs des expériences étrangères et des spécificités politiques, historiques et culturelles de notre pays.

Il convient, tout d'abord, de définir un **circuit de production et de distribution**, c'est-à-dire de déterminer qui sera autorisé à produire et à vendre du cannabis à usage récréatif. L'option d'un monopole public est possible, mais d'autres solutions, plus proches du modèle de l'économie de marché, peuvent être mises en œuvre. La question du statut à donner à **l'autoproduction** devra également être tranchée.

L'existence d'un marché du cannabis avec une offre et une demande, que celui-ci soit réglementé ou non, amène inévitablement à **s'interroger sur les modalités de fixation du prix.** Celui-ci devra être en mesure d'assurer une rémunération aux producteurs et aux distributeurs tout en étant suffisamment bas pour « assécher » le marché noir. Dans une optique similaire, la mission d'information appelle les pouvoirs publics à ne pas s'engager, surtout dans un premier temps, sur la voie d'un mécanisme de taxation trop lourd.

Dans une approche prohibitionniste, les autorités pouvaient fermer les yeux sur les questions sanitaires liées à la consommation de cannabis. **Avec la légalisation, il ne sera désormais plus possible d'esquiver le sujet** : le débat devra déterminer, par exemple, l'étendue des formes de publicité à donner aux produits, définir les lieux publics où l'usage restera éventuellement interdit et maintenir des restrictions d'accès pour les mineurs. **En ce sens, une « loi Évin » du cannabis est certainement indispensable.**

L'impact de la légalisation sur les réseaux criminels ne peut, à ce stade, être connu à l'avance. Si l'on peut s'attendre à une déstabilisation des circuits actuels, la rapporteure appelle à la **réinsertion des anciens trafiquants** et au **renforcement des sanctions** contre ceux qui poursuivront leurs activités illégales. La régulation du cannabis doit être envisagée dans le sens d'une amélioration de la sécurité des zones urbaines.

La rapporteure a souhaité **laisser au débat toute sa place pour répondre à chacune des questions posées par la légalisation**. Elle insiste, en tout cas, sur la nécessité de tourner la page des polémiques stériles et, pour notre pays, de « reprendre le contrôle ⁽¹⁾ » d'un secteur en déshérence depuis bien trop longtemps.

I. PRENDRE EN COMPTE L'ÉVOLUTION DE LA SENSIBILITÉ DES FRANÇAIS

La consultation en ligne organisée par l'Assemblée nationale en début d'année a confirmé à son tour l'intérêt des Français pour un débat sur la question du cannabis, et leur volonté de s'exprimer. Parallèlement à ces prises de position de plus en plus fréquentes et pour l'essentiel concordantes, l'évolution des perceptions de citoyens est tout aussi notable.

Non seulement, les Français souhaitent massivement pouvoir débattre de la pertinence de la réglementation en vigueur, mais **ils prennent des positions claires et le plus souvent concordantes sur un certain nombre de constats, de sujets et d'orientations pour le futur**. C'est ce que révèlent en effet la consultation réalisée par l'Assemblée nationale, celle de Villeurbanne comme les travaux menés depuis plusieurs années par l'OFDT, ou encore les sondages précités.

A. LES CONSTATS PARTAGÉS PAR LES CITOYENS

Ces derniers mois, un certain nombre d'initiatives – le sondage commandé au CSA par Terra Nova en juin 2018, celui de l'IFOP pour le Collectif pour une nouvelle politique des drogues (CNPD) en décembre 2020, la concertation lancée par la municipalité de Villeurbanne au début de l'année 2019 ou encore la consultation citoyenne de l'Assemblée nationale de cette année – ont permis de recueillir le sentiment des Français sur le cannabis et de mettre en évidence une évolution qu'on ne peut ignorer.

1. La perception de la dangerosité du cannabis

C'est tout d'abord au niveau de la **perception de la dangerosité du cannabis** que les constats, enquête après enquête, se répètent. Il convient de préciser ici que la question de la perception de la dangerosité du cannabis par les Français est évidemment très différente de celle de sa dangerosité réelle, comme la rapporteure l'a indiqué plus haut de manière détaillée, en présentant les travaux des **professeurs Bernard Roques** ou **David Nutt** ⁽²⁾.

(1) Formule employée par le Conseil d'analyse économique dans sa note n° 52 (juin 2019).

(2) Voir *supra*, partie I, page 67.

Ainsi, pour les répondants de la consultation de l'Assemblée nationale, les risques dus au cannabis sont **jugés moins graves** que ceux liés à **l'alcool par près des deux-tiers des personnes** (62 % des réponses). Le tiers (33,1 %) d'entre elles jugent que les risques sont **équivalents**, 4,8 % estimant qu'ils sont **supérieurs**. S'agissant de la **comparaison avec le tabac**, les chiffres sont respectivement les suivants : 47,7 % des répondants jugent que les risques du cannabis sont inférieurs ; 38,1 %, qu'ils sont équivalents et 14,2 %, qu'ils sont plus graves.

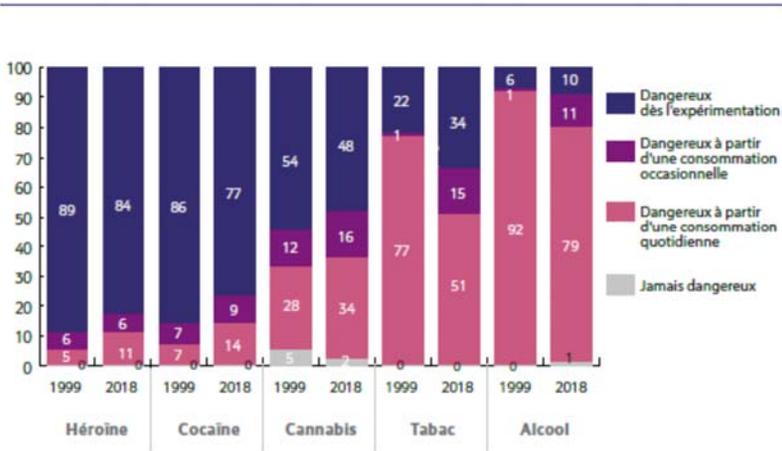
De son côté, **l'Observatoire français des drogues et toxicomanies (OFDT)** mène depuis maintenant plus de vingt ans des travaux d'analyse des perceptions et opinions des Français sur les drogues, les usagers et les politiques publiques. Cinq « **Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes** » (**EROPP**) ont à ce jour été réalisées depuis 1999. La dernière date de 2018 et ses résultats ont été publiés en 2019 ⁽¹⁾.

Sur divers aspects, il apparaît que la **perception des Français évolue sur la longue durée**. Ainsi en matière **de dangerosité pour la santé** des différentes drogues, quel que soit leur statut, licite ou illicite, le **cannabis occupait une place médiane en 2008**, entre l'héroïne et la cocaïne, d'une part, et l'alcool et le tabac, d'autre part. La perception de la dangerosité **du tabac** avait par exemple plus que doublé en une dizaine d'années, entre 1999 et 2008, celle du **cannabis** augmentait lentement, cependant que la part de personnes estimant que la consommation quotidienne créait la dangerosité diminuait d'un tiers des Français à un quart.

Comme le montre la figure ci-dessous, moins de 50 % des personnes interrogées considèrent désormais que le cannabis est dangereux dès l'expérimentation, plus du tiers estimant la consommation quotidienne comme seuil de dangerosité. Il y a un déplacement de la perception du seuil de dangerosité de l'expérimentation vers une consommation plus régulière.

(1) « *Drogues : perceptions des produits, des politiques publiques et des usagers* », Stanislas Spilka, Olivier Le Nézet, Éric Janssen, Alex Brissot, Antoine Philippon et Sandra Chyderiotis, OFDT, Tendances n° 131, avril 2019. Les études antérieures ont été publiées en 1999, 2002, 2008 et 2013.

SEUIL DE DANGÉROSITÉ PERÇU DE DIFFÉRENTES DROGUES EN 1999 ET EN 2018 (EN %)



Source : EROPP 2018, OFDT, page 2.

2. Un dispositif réglementaire jugé inefficace

S'agissant de l'efficacité de la loi, et plus largement, de la politique répressive en vigueur, les Français, à l'instar de la communauté des experts, jugent en grande partie que, **en cinquante ans, la prohibition a largement apporté la preuve de son inefficacité**, comme l'admettait de son côté **Bruno Le Maire**, ministre de l'économie, dans un entretien en janvier 2018, en soulignant qu'il fallait « prendre la mesure de notre échec », sans toutefois se prononcer en faveur de la dépenalisation ⁽¹⁾.

(1) https://www.bfmtv.com/politique/gouvernement/cannabis-il-faut-prendre-la-mesure-de-notre-echec-juge-bruno-le-maire_AV-201801210020.html

La consultation citoyenne de l'Assemblée nationale ⁽¹⁾

Après avoir publié ses deux premiers rapports d'étape, sur le cannabis thérapeutique et le chanvre dit de « bien-être » (CBD), les membres de la mission ont considéré qu'il ne pouvait être question d'engager leur réflexion sur le dernier volet de leurs travaux sans une écoute attentive des citoyens. À l'heure de formuler des pistes de réflexion et des propositions sur le cannabis à usage adulte, il était en effet important de mieux comprendre le regard que les Français portent aujourd'hui sur cette question, et de connaître leur vision et leurs attentes sur l'avenir des politiques publiques en la matière.

Entre le 13 janvier et le 18 février 2021, une consultation citoyenne a donc été proposée sur le site Internet de l'Assemblée nationale, dont les questions étaient articulées selon plusieurs axes :

Deux grands axes thématiques ont été proposés à la consultation, portant d'une part, sur la **perception des citoyens sur le dispositif en vigueur** et son efficacité, et d'autre part, sur la **justification de leur position** en faveur d'une évolution de la réglementation ou de son maintien.

Ainsi, les cinq premières questions demandaient aux personnes de donner leur avis sur : l'**efficacité du dispositif** actuel de répression sur la limitation de l'ampleur de la consommation de cannabis et sur la lutte contre les trafics ; la **dangerosité du cannabis** par rapport à la consommation d'alcool et de tabac ; le **régime de régulation** et d'indiquer vers quelle l'évolution ils seraient le plus favorables : dépénalisation ; légalisation ; maintien de la législation en vigueur ; renforcement des sanctions existantes.

En fonction de ces premières réponses, les personnes étaient invitées à expliciter les raisons pour lesquelles elles étaient : soit en faveur de la **dépénalisation** ou de la **légalisation** du cannabis, et à préciser en ce cas les avantages perçus d'un assouplissement et de quelle manière elles verraient la commercialisation du cannabis, la destination des recettes fiscales générées par la vente du cannabis et la possibilité d'autoproduction ; soit en faveur du maintien ou du renforcement de la légalisation en vigueur.

Si elles le souhaitaient, les personnes avaient également la possibilité de déposer une contribution écrite et de compléter leurs réponses aux propositions qui leur étaient soumises.

Ayant recueilli **253 194 réponses**, cette consultation est, de très loin, la deuxième en termes d'importance de participation au cours de cette législature, après celle relative au changement d'heure qui avait intéressé plus de 2,1 millions de personnes en 2018. En effet, seules deux autres consultations ont recueilli plus de 5 000 réponses : 13 700 personnes ont répondu aux questionnaires sur les moyens des forces de sécurité en 2019 et 6 900 sur l'avenir des terres agricoles en 2019.

(1) Voir en annexe l'analyse détaillée de la consultation citoyenne.

C'est notamment le cas des **habitants de Villeurbanne** : « la législation de 1970 est décrédibilisée parce que jugée **impuissante à faire baisser le trafic et la consommation de cannabis**. Elle rend passibles de prison les consommateurs alors que l'alcool est en vente libre et jugé tout aussi dangereux, voire plus. L'interdiction entraîne par ailleurs la vente de produits non contrôlés, coupés avec diverses substances, plus fortement dosés en THC (principal composant psychoactif du cannabis) et donc plus dangereux pour la santé des consommateurs. » ⁽¹⁾

Ils constatent que, malgré la réglementation, la consommation augmente, que les trafics se banalisent et s'étendent inexorablement : des quartiers au centre-ville, de l'espace public aux espaces fermés : établissements d'enseignement secondaire, centres sociaux, halls d'immeubles, hôpitaux psychiatriques ou prisons. Ils constatent aussi les impacts sur leur cadre de vie que la réglementation ne peut juguler : nuisances et incivilités incessantes face à des forces de l'ordre dépassées et à une impunité de fait des dealers.

Dans leur écrasante majorité, les personnes qui ont participé à la **consultation de l'Assemblée nationale**, partagent le sentiment de l'inefficacité de la réglementation actuelle : le dispositif répressif n'est en effet jugé pertinent dans une optique de **limitation de la consommation** que par 4,4 % des personnes interrogées, **92,1 % considérant en revanche qu'il n'est pas efficace**. Dans le même ordre d'idées, seuls 2,6 % des personnes interrogées jugent le dispositif efficace dans la **lutte contre les trafics**, 92,1 % estimant qu'il est inefficace.

Cette opinion était aussi celle qui ressort régulièrement des sondages. Dans celui **effectué pour Terra Nova et Echo citoyen** ⁽²⁾, les deux-tiers des sondés jugent le dispositif inefficace dans une optique de prévention, les trois-quarts le considèrent inefficace pour limiter la consommation et près de 80 % sont du même avis s'agissant de la répression des trafics.

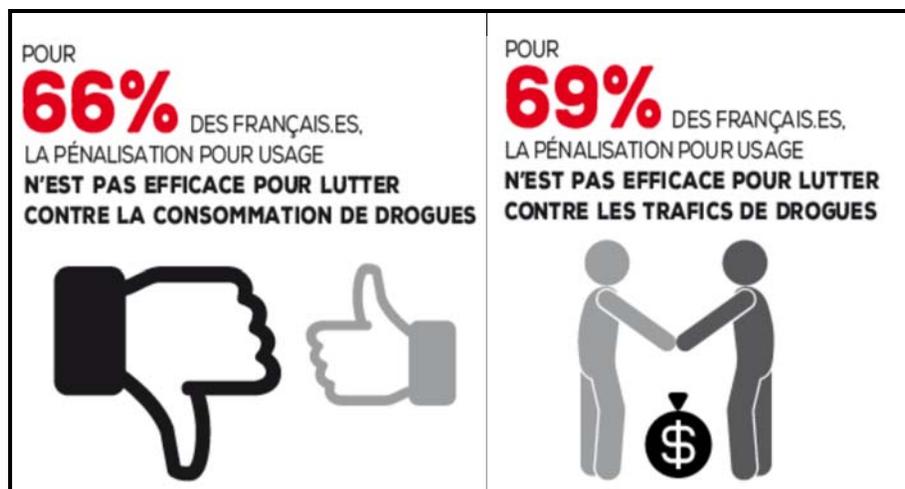
SELON VOUS, EN FRANCE, LES POLITIQUES ACTUELLES DE LUTTE ET DE RÉPRESSION CONTRE LE CANNABIS SONT-ELLES EFFICACES POUR ?...

	TOTAL Oui (%)	Oui, tout à fait (%)	Oui, plutôt (%)	TOTAL Non (%)	Non plutôt pas (%)	Non, pas du tout (%)	Vous ne savez pas (%)	TOTAL (%)
Prévenir des risques de santé	26	6	20	66	34	32	8	100
Limiter la consommation de cannabis	17	5	12	76	35	41	7	100
Enrayer les trafics	15	5	10	78	30	48	7	100

(1) Livre blanc : « Contribution de la ville de Villeurbanne au débat sur le cannabis », mars 2019, page 12.

(2) « Les Français et le cannabis », Enquête Ifop pour ECHO Citoyen et Terra Nova, juin 2018 ; https://tnova.fr/system/contents/files/000/001/576/original/Terra-Nova-Echo-Citoyen-Enquete-Cannabis_110618.pdf?21528704305

On verra ci-dessous que le **sondage CSA** ⁽¹⁾ réalisé pour le compte du **Collectif pour une nouvelle politique des drogues (CNPD)** à la fin de l'année dernière, ne contredit pas ces perceptions :

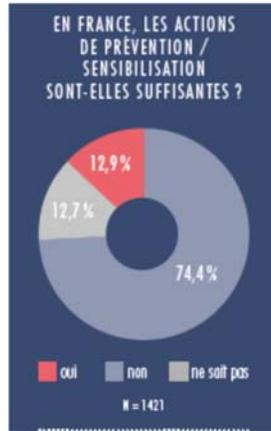


3. Des politiques de prévention insuffisantes

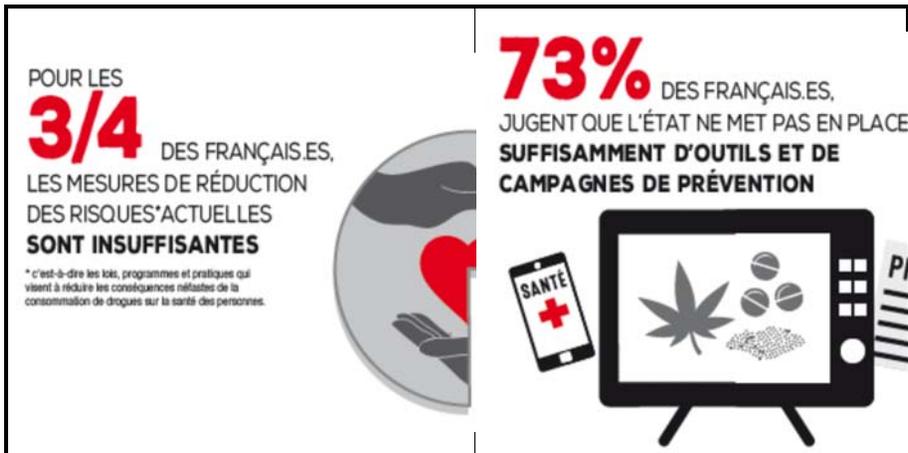
Enfin, le regard des Français sur les politiques de prévention mises en œuvre est également partagé.

Pour les **habitants de Villeurbanne**, la prévention, notamment des plus jeunes, est un enjeu majeur, **insuffisamment traité, de l'avis de près de trois-quarts des habitants**. Elle doit surtout être renforcée en milieu scolaire, compte tenu de la fragilité des publics et s'articuler sur les problématiques de risques psychosociaux et de modalités de consommations. Pour être efficace, la prévention doit enfin impérativement faire intervenir de manière coordonnée les professionnels de santé, de la justice, de la jeunesse, du maintien de l'ordre, etc.

(1) https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/01/21/une-tres-forte-majorite-de-francaises-et-de-francais-favorables-a-un-debat-sur-la-politique-des-drogues_6067121_3224.html



Ces dernières perceptions mentionnées, par nature non représentatives, sont identiques à celles que montrent les résultats du sondage de CSA pour le CNPD reproduits ci-après :



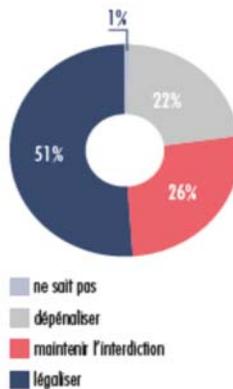
Dans ces conditions, il n'est pas surprenant que les Français souhaitent aussi majoritairement que la réglementation évolue sensiblement.

B. LA RÉVISION DE LA RÉGLEMENTATION : UNE DEMANDE DÉSORMAIS FORTEMENT EXPRIMÉE

Au-delà des différences de méthodologie entre les trois études, qui ont chacun des approches et des objets propres, on peut néanmoins relever que, dans leur majorité, les Français considèrent tout d’abord que **le cadre légal doit évoluer**.

Il s’agit de l’adapter pour répondre aux enjeux de santé et de tranquillité publique. La **concertation menée à Villeurbanne** s’est en ce sens traduite par une **demande de légalisation et de dépénalisation** qui « ressort majoritairement à l’issue de la concertation, que ce soit par conviction ou par pragmatisme, face au constat d’échec de la répression. Les tenants du maintien de la prohibition, demandent, quant à eux, que la loi soit appliquée et donc que les moyens pour ce faire soient alloués. » Comme le montre le diagramme ci-dessous, ce sont près des trois-quarts des habitants de Villeurbanne – vivant dans les quartiers, et non des usagers ou militants – qui jugent que la **légalisation ou la dépénalisation seraient les plus adaptées pour lutter contre les trafics**.

L’ACTION LA PLUS ADAPTÉE
POUR AGIR EFFICACEMENT
SUR LE TRAFIC
DE CANNABIS SERAIT DE :



N = 1413

Plus précisément, les partisans de la légalisation s’accordent sur deux points concernant l’encadrement de la vente et de la consommation de cannabis : la **place incontournable de l’État**, considéré comme seul à même d’organiser un marché légal encadré et de garantir la qualité des produits dans un processus de légalisation contrôlée afin que les dealers d’aujourd’hui ne soient pas remplacés par des multinationales guidées par les profits massifs ; l’interdiction du cannabis aux mineurs et au volant, avec des points de vente interdits aux moins de 18 ans et un système de contrôle plus juste que les tests salivaires pratiqués actuellement pour ce qui est de la conduite sous l’emprise de cannabis.

**POUR L’AFFIRMATION SUIVANTE QUE L’ON PEUT ENTENDRE SUR LE CANNABIS,
ÊTES-VOUS ?...**

	TOTAL D'accord	Tout à fait d'accord	Plutôt d'accord	TOTAL Pas d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Vous ne savez pas	TOTAL
	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
On ne devrait rien changer aux lois actuelles concernant le cannabis	21	7	14	64	30	34	15	100

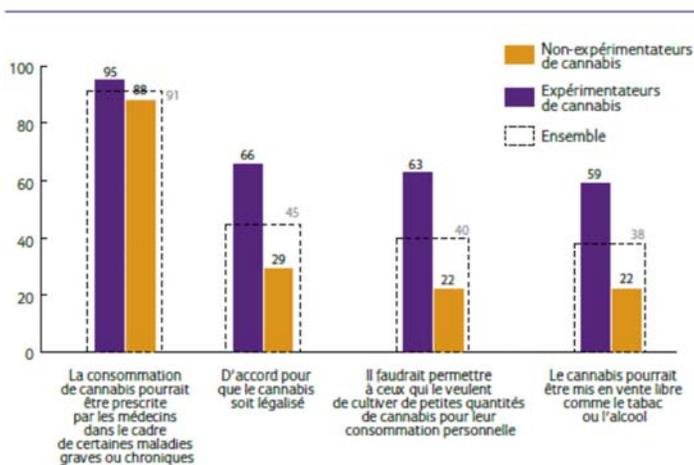
Source : Sondage IFOP pour Terra Nova.

De leur côté, les répondants à la **consultation citoyenne de l’Assemblée nationale se sont pareillement prononcés, dans leur très grande majorité**, en faveur d’une légalisation du cannabis : 80,1 % des réponses sont en effet en faveur d’une autorisation portant sur la production et la consommation, cependant que 13,8 % des personnes souhaitent une simple dépénalisation. Seules 4,6 % des réponses sont en faveur d’un renforcement de la législation répressive actuelle, tant vis-à-vis de la consommation que des trafics. Au total, moins de 1 % des personnes interrogées se prononcent en faveur du maintien de la légalisation en vigueur.

En cas de légalisation, la très grande majorité des réponses sont en faveur de modalités de distribution encadrées ou régulées : près des deux-tiers des personnes (62,3 %) souhaitent des ventes en magasins spécialisés, un quart (24,2 %) que des modalités comparables à la vente d’alcool soient instaurées et 8,6 % que les buralistes soient distributeurs. Enfin, en cas de dépénalisation, près de neuf Français sur dix (86,3 %) souhaitent que les particuliers aient la possibilité de cultiver pour leur usage personnel un nombre de plants déterminé par la loi.

Dans le même ordre d’idées, **l’enquête de 2018 de l’OFDT a révélé que 45 % des personnes interrogées se prononçaient désormais en faveur de la légalisation** du cannabis : 19 % étaient « tout à fait d’accord », 26 % plutôt d’accord ». Dans le même temps, 54 % restaient opposés : 33 % « pas du tout d’accord », 21 % « plutôt pas d’accord ». Si cette opinion est nettement corrélée au fait d’avoir ou non déjà consommé du cannabis, elle montre néanmoins une tendance relativement importante, comme le sont aussi celles relatives aux modalités de distribution ou à l’auto-culture, comme l’illustre la figure ci-dessous.

OPINIONS SUR DES MODIFICATIONS DE LA LÉGALISATION SUR LE CANNABIS SELON LE FAIT DE L'AVOIR EXPÉRIMENTÉ OU NON (EN %)



Source : EROPP 2018, OFDT, page 5.

S'agissant de la réponse pénale envers les usagers, l'enquête de l'Observatoire a aussi montré que si 93 % des personnes interrogées considèrent que l'obligation de soins pour les consommateurs – toutes drogues confondues – est une très bonne chose (50 %) ou plutôt une bonne chose (40 %), 70 % d'entre elles sont opposées aux peines de prison pour les consommateurs. Des peines alternatives, telles que l'avertissement ou le rappel à la loi, leur sont préférées, par 84 % des personnes interrogées. S'agissant du cannabis, la proportion de sondés en faveur de peines de prison pour les usagers de cannabis est même plus faible : 23 % des réponses, de même que celle de personnes en faveur de soins obligatoires : 82 % contre 93 %.

DANS CHACUNE DES AFFIRMATIONS SUIVANTES QUE L'ON PEUT ENTENDRE SUR LE CANNABIS, ÊTES-VOUS ?...

	TOTAL D'accord (%)	Tout à fait d'accord (%)	Plutôt d'accord (%)	TOTAL Pas d'accord (%)	Plutôt pas d'accord (%)	Pas du tout d'accord (%)	Vous ne savez pas (%)	TOTAL (%)
On pourrait autoriser la consommation de cannabis sous certaines conditions (en maintenant l'interdiction par exemple avant de conduire ou pour les mineurs)	44	17	27	47	16	31	9	100
Le cannabis pourrait être mis en vente libre avec une régulation de l'État (taxes, vente en boutique spécialisée, interdiction aux mineurs, contrôle de la qualité du produit, etc.)	41	14	27	49	16	33	10	100

Source : Sondage IFOP pour Terra Nova.

II. REPRENDRE LE CONTRÔLE : MÉTHODE ET OBJECTIFS D'UNE SORTIE RÉUSSIE DE LA PROHIBITION

Il est piquant de relever que, en juin 2019, au moment même où le Conseil d'analyse économique publiait une note intitulée « *Cannabis : comment reprendre le contrôle ?* »⁽¹⁾, l'Office central pour la répression du trafic des stupéfiants (OCRTIS) en publiait une autre intitulée : « *Cannabis : Comment perdre le contrôle ?* »⁽²⁾ Deux logiques se font face, chacune avec ses arguments, pour des objectifs qui sont cependant identiques : d'une part, la réduction des trafics, de la criminalité et du marché noir, la diminution de la consommation et la santé des usagers d'autre part. Il n'y a rien que de très classique dans ces oppositions, tant les représentations et croyances viennent sur ce sujet « télescoper les débats médicaux et juridiques sur l'évolution de la réglementation du cannabis en France. »⁽³⁾

La première des urgences, dans ces conditions, est d'ouvrir enfin le débat de société qui s'impose et que de plus en plus d'acteurs et d'observateurs appellent de leurs vœux, parfois depuis longtemps : « **Aujourd'hui, le débat sur les drogues est soigneusement évité, enfermé dans des questions de principe alors qu'il faudrait commencer par tirer les enseignements de l'échec des politiques menées ces dernières années.** Avec le renforcement de la répression des usagers, leur état de santé s'est aggravé, sans pour autant limiter les consommations de drogues puisque globalement, les consommations ont même augmenté entre 2007 et 2011, tandis que la violence liée au trafic s'est exacerbée sur le terrain. Il n'y a pas de solution simpliste en matière de drogues, mais il faut commencer par mettre en œuvre les politiques de santé qui ont fait leurs preuves pour prévenir les usages nocifs et réduire les risques et dommages liés aux consommations de toutes les drogues, licites ou illicites. **Fermer le débat public, c'est s'interdire toute évolution.** »⁽⁴⁾

Près de dix ans ont passé depuis que **Jean-Michel Costes**, directeur de l'Observatoire français des drogues et toxicomanies de 1995 à 2011, a écrit ce texte. Chacun conviendra qu'il n'y a pas une ligne à en retirer. La rapporteure veut croire que les choses ont désormais suffisamment mûri pour que le sujet puisse enfin être mis sur la table. Au terme de ses travaux, face aux constats aujourd'hui identiques, elle invite à son tour à **lancer ce débat responsable et indispensable.**

(1) Note n° 52, juin 2019.

(2) Note n° 10/2019, DEASRI du 24 juin 2019.

(3) Isabelle Boulze-Launay, Yann Bisiou, Nicolas Simon et Benjamin Rolland, « Enjeux juridiques, sociaux et médicaux d'une légalisation du cannabis récréatif en France », *op. cit.*, page 359.

(4) « De la guerre à la drogue à la prévention des addictions : à quand l'ouverture de l'impossible débat ? » Jean-Michel Costes, *Revue Psychotropes*, 2013/1, volume 19, page 23.

A. « CANNABIS : OUVRONS LE DÉBAT ! » ⁽¹⁾

Après **Jean-Michel Costes** qui jugeait que le débat avait toujours été évacué, un historien, en analysant l'échec de la politique, suggérait que « cet échec à traiter collectivement des modificateurs de conscience dans la société française tient peut-être au fait qu'aucun débat national serein n'a pour le moment été mené sur la question. En 1916 comme en 1970, c'est l'émotion de l'opinion publique qui a conduit à la mise en place dans l'urgence d'un encadrement des usages de psychotropes par l'État. Si l'histoire permet de tirer des leçons pour le présent, il semble qu'une révision de la loi de 1970 ne doive pas attendre qu'un cataclysme ou des événements tragiques viennent mettre à l'agenda cette question touchant à des champs aussi sensibles que la santé, la morale et l'économie. » ⁽²⁾

1. De plus en plus d'élus s'expriment pour lancer le débat

Les prises de position publiques en faveur de la dépénalisation ou de la légalisation du cannabis ont longtemps été rares, si ce n'est quasiment inexistantes.

Les impacts que les trafics de drogue, et notamment de cannabis, ont sur les quartiers des cités, et, d'une manière plus générale, le constat d'échec de la politique de prohibition, en matière de consommation, de délinquance et de santé publique, amènent désormais nombre d'observateurs, d'acteurs et de citoyens à s'interroger publiquement sur le dispositif en vigueur et à plaider pour des changements. En premier lieu, pour l'ouverture d'un débat national. Ces derniers mois ont vu une certaine accélération des prises de position en ce sens, traduisant une mobilisation croissante en faveur d'une évolution de la réglementation du cannabis, notamment de la part d'élus locaux, témoins de l'impasse dans laquelle le cadre juridique a conduit la société.

L'« **Appel du 18 joint** » lancé dans *Libération* le 18 juin 1976 par quelque cent-cinquante artistes, universitaires, intellectuels et médecins, n'a en ce sens pas rencontré l'écho que ses promoteurs auraient sans doute souhaité qu'il ait. Il est cependant intéressant de souligner que les questions qu'il posait – la différence de traitements entre psychotropes licites et illicites, sans que soit pris en compte le degré de dangerosité, le hiatus entre la réglementation française et les évolutions constatées dans un certain nombre de pays, la dimension sociale de la répression, l'ampleur de la consommation dans toutes les couches de la société, ou la nécessité d'une information sur les dangers des psychotropes – sont identiques à celles que mettent aujourd'hui en avant les responsables qui appellent à leur tour à des réformes.

Longtemps, ce sont ensuite les spécialistes de santé publique qui se sont exprimés, à l'instar de **Jean-Michel Costes** – qui, avec quelques autres signataires, proposera en 2012 une charte « **Pour une autre politique des addictions** », qui

(1) Titre du Livre blanc : « Contribution de la ville de Villeurbanne au débat sur le cannabis », mars 2019.

(2) Erwan Pointeau-Lagadeç, « L'action publique française en matière d'usage de cannabis, les fondements historiques d'un échec », *Hypothèses-Publications de la Sorbonne*, 2016/1 (19), page 132.

appelait notamment à la révision de la loi de 1970 pour une dépénalisation de l'usage des drogues ⁽¹⁾ – ou des experts du corps médical, comme ceux que les membres de la mission d'information ont auditionnés, qui ont, comme on l'a vu, dénoncé la politique de répression et la prohibition dont ils constatent les ravages.

Dernièrement, **les tribunes de responsables politiques** se sont multipliées pour **appeler à la dépénalisation ou à la légalisation du cannabis**.

En 2017, une tribune publiée dans *Le Monde* ⁽²⁾ par le **collectif ECHO**, « Expertises citoyennes horizontales », constitué d'« acteurs des secteurs associatifs et médicaux, avocats, universitaires, magistrats, journalistes, policiers, élus locaux et nationaux, entrepreneurs et citoyens de tous bords politiques », appelait « au rassemblement le plus large possible (...) pour **débattre de nouvelles politiques publiques en matière de drogues (...)** sans a priori sur les solutions de sortie », autour de trois objectifs « pouvant faire consensus : à savoir **réduire le trafic illicite et les violences inhérentes ; réduire la consommation et les risques sanitaires associés ; et enfin réduire les coûts pour la société et l'État.** »

Ainsi, après qu'en juillet 2018 des médecins, élus et écrivains en aient appelé dans *Le Parisien* ⁽³⁾ à la ministre de la santé, principalement au sujet du cannabis thérapeutique, *l'Obs* publiait en juin 2019, une tribune de soixante-dix médecins, élus et économistes, « **Pourquoi nous voulons légaliser le cannabis** » ⁽⁴⁾, argumentant sur le fait que « en matière de cannabis, le tout-répressif ne marche pas », et qu'il convenait de **sortir d'une politique aussi coûteuse qu'inefficace**, en ayant pour objectifs la protection des mineurs, la sécurité et la santé publique.

Plus récemment, le 26 septembre 2020, trois maires (LR) de grandes villes – **Arnaud Robinet**, à Reims, **Gil Avérous**, à Châteauroux, et **Boris Ravignon**, à Charleville-Mézières – publiaient à leur tour une tribune dans *le Journal du dimanche* ⁽⁵⁾ appelant à « rendre légales la consommation et la détention de petites quantités de cannabis, à inscrire la vente de cannabis dans un cadre réglementé permettant de contrôler la qualité des clients (interdiction aux mineurs) et des produits, et à développer une politique complète de filière, ayant recours à un cannabis obligatoirement cultivé en France, traçable du producteur au consommateur en passant par le réseau de distribution contrôlé et fiscalisé par l'État. ».

(1) <https://www.senat.fr/rap/a12-151-2/a12-151-2-annexe1.pdf> Texte également signé par Pierre Chappard, coordinateur du réseau français de réduction des risques ; Mireille Charansonnet, médecin ; Anne Coppel, sociologue ; Jean-Pierre Couteron, Fédération Addiction ; Alain Morel, Association OPPELIA ; Didier Touzeau, psychiatre chef de service, groupe hospitalier Paul Guiraud, rédacteur en chef du *Courrier des addictions* ; Marc Valleur, psychiatre, Marmottan.

(2) https://www.lemonde.fr/idees/article/2017/02/28/drogues-l-echec-d-une-politique-publique-fondee-quasi-exclusivement-sur-la-repression_5087079_3232.html

(3) <https://www.leparisien.fr/societe/cannabis-therapeutique-allons-plus-vite-madame-la-ministre-08-07-2018-7811886.php>

(4) https://www.nouvelobs.com/societe/20190619_OBS14590/l-appel-de-70-medecins-elus-economistes-pourquoi-nous-voulons-legaliser-le-cannabis.html

(5) <https://www.lejdd.fr/Politique/tribune-lappel-de-trois-maires-lr-pour-legaliser-la-consommation-de-cannabis-3994380>

Concrètement, ces élus et responsables politiques, de toutes tendances politiques, ne se contentent plus de constater quotidiennement sur le terrain les effets délétères des politiques publiques tant en matière de sécurité publique que de santé publique. Ils entendent désormais peser dans le débat et se mobilisent, refusant, tels **Gil Avérous, Éric Piolle, Rachida Dati, Jean-Paul Bret, Stéphane Gatignon, Daniel Vaillant, Cécile Duflot, Benoît Hamon, Arnaud Robinet ou Boris Ravignon**, pour ne citer que ceux que la Mission d'information a entendus, de voir perdurer **l'échec de la répression et de la lutte contre les trafics**, que rien ne réussit à endiguer. Les **témoignages sur le constat d'échec sont, nous l'avons vu, innombrables**. Les auditions d'anciens policiers de terrain ⁽¹⁾, comme **Neil Woods**, au Royaume-Uni, ou **Serge Supersac**, en France, sont de ce point de vue concordants avec cette enquête à Saint-Ouen : « Même quand il y a une grosse descente, que des mecs sont arrêtés, en général, quelques heures après une nouvelle équipe a pris le relais », remarque, désabusé, un habitant. Les policiers eux-mêmes sont obligés de la constater. Malgré leurs saisies régulières, rien ne semble pouvoir arrêter durablement le business. La dernière opération, en septembre, a permis une saisie exceptionnelle, même pour le 93, dans un seul point de deal, de 109 kg de cannabis dans un logement rue du Landy, à quelques centaines de mètres de là. « Ça a déstabilisé le trafic quelques jours, mais ils ont une telle assise financière qu'ils se remettent tout de suite debout », analyse un fonctionnaire. » ⁽²⁾

Mais c'est aussi **l'échec de la politique sociale**, qui est flagrant, devant le constat des ravages destructeurs qui impactent profondément de nombreux quartiers de nos villes ⁽³⁾ et les familles concernées, **l'échec sanitaire** ou **l'échec de la République elle-même** lorsque la crédibilité des autorités publiques est en cause, que les pouvoirs des maires sont bafoués, que le sentiment d'abandon de territoires entiers se développe, que les institutions judiciaires et policières sont impuissantes, et que le sentiment d'impunité marque les habitants.

Certes, ces prises de position ne font pas l'unanimité, comme en témoigne la réaction de quelque quatre-vingt députés et sénateurs LR qui, en réponse à celle du 26 septembre 2020, ont répliqué dès le 3 octobre par une autre tribune, également publiée dans le **Journal du dimanche** ⁽⁴⁾ – « *Légalisation du cannabis : nous sommes contre !* », reprenant notamment les propos du ministre de l'intérieur – « *Le cannabis, c'est de la merde !* »

Cela étant, force est de constater que **les arguments qu'ils avancent** paraissent soit datés – la théorie de l'escalade est aujourd'hui scientifiquement infirmée – soit **sont depuis toujours parfaitement pris en compte par les promoteurs d'une évolution de la réglementation** : c'est précisément parce qu'il

(1) Auditions du 20 janvier 2021.

(2) « Immersion dans la cité du deal au cœur des puces », *Le Parisien*, 3 février 2020, enquête sur l'un des points de trafic les plus importants d'Île-de-France à Saint-Ouen, générant jusqu'à 30 000 euros de chiffre d'affaire journalier, soit près de 11 millions d'euros annuels.

(3) « Immersion dans la cité du deal », *ibid.*

(4) <https://www.lejdd.fr/Politique/lappel-de-80-parlementaires-les-republicains-legalisation-du-cannabis-nous-sommes-contre-3995899>

y a des risques de « psychose, schizophrénie, dépression, échec scolaire, déscolarisation, désocialisation... », des risques de dépendance, des risques aggravés d'accidents de la route, ou que la pluri-consommation, notamment des jeunes, est une problématique majeure, **qu'il est impératif de mettre enfin en place des politiques publiques efficaces en matière de cannabis.**

Chacun sait **qu'il n'a jamais été question « de présenter le cannabis comme une expérience sympathique, voire ludique »** et que **la prévention, le plus tôt possible, pour dissuader ou retarder autant que faire se peut l'entrée des jeunes dans la consommation, est au contraire au cœur de la réflexion.** En ce sens, les propos tenus devant la mission d'information par le **docteur Jean-Pierre Couteron**, ancien président de la Fédération Addiction⁽¹⁾ et secrétaire-général adjoint de la Société française de santé publique, sont extrêmement clairs : **il est indispensable d'oser aujourd'hui la dépénalisation du cannabis et de l'articuler avec une vraie stratégie de prévention renforcée,** l'une ne pouvant aller sans l'autre. Prévention qui devra être articulée sur divers outils, à commencer par celui de l'éducation à l'usage, notamment expérimentée au Canada, grâce à l'utilisation de contenus pédagogiques spécifiques et appropriés aux âges des publics concernés⁽²⁾.

2. Acteurs de terrain et observateurs en faveur d'un large débat...

Les élus de tous bords qui prennent position en faveur d'une évolution de la réglementation rejoignent les acteurs de terrain qui, depuis longtemps, se sont également mobilisés.

Les associations de prévention sont en première ligne. On peut notamment citer l'Association nationale de prévention en alcoologie et addictologie, ANPAA, – devenue Association Addictions France le 1^{er} janvier 2021 – qui plaide en ce sens depuis des années, comme en témoigne le titre de son manifeste sur le cannabis publié en novembre 2016, « **L'inévitable débat** »⁽³⁾, qui s'ouvrait ainsi : « Le cannabis et son usage révèlent en France un contraste saisissant entre le consensus quasi unanime des professionnels d'addictologie et de santé publique sur les mesures à prendre et, en regard, le silence des politiques. Pourtant, si une politique publique est bien confrontée à un échec indiscutable depuis plusieurs décennies, c'est bien celle qui prévaut en matière de consommation du cannabis. Alors que les débats pour l'élection présidentielle s'intensifient, la grande majorité de la classe politique préfère éviter le sujet et se réfugier dans un discours où la langue de bois tient les faits à distance. Cependant, l'esquive permanente n'aura qu'un temps et, si le débat sur le cannabis n'a pas lieu pendant la campagne présidentielle de 2017, l'importance du sujet s'imposera à tout président élu. D'autant qu'au niveau international, la situation évolue rapidement. »

(1) Audition du 17 février 2021.

(2) <https://cssdp.org/uploads/2019/08/CSSDP-Cannabis-Toolkit-francais.pdf>

(3) Alain Rigaud, Bernard Basset, Franck Lecas, *Décryptages* n° 20, 30 novembre 2016.

Pour l'ANPAA, la tenue d'un **débat transparent** est d'autant plus nécessaire que certains acteurs économiques puissants se mobilisent avec de forts moyens de lobbying pour imposer leurs vues et forcer la main des gouvernants : « Alors que jusqu'à présent les gouvernements préfèrent s'enfoncer la tête dans le sable pour éviter un débat complexe mais nécessaire face à l'évolution inéluctable vers la légalisation du cannabis, le lobby économique s'est mis en branle avec une réactivité et une puissance que les acteurs de santé doivent analyser et auxquelles ils devront réagir, sauf à se voir opposer une logique qui n'est pas la leur et qu'ils ne pourront cautionner. L'implication des industriels du tabac et de l'alcool, dont ils connaissent les objectifs et les méthodes, dans la future économie du cannabis récréatif doit les inciter à se mobiliser sans moralisme ni naïveté pour la promotion et la défense de la santé. Ils doivent exiger un débat national sur ce sujet et y participer avec leurs valeurs et leurs exigences. »⁽¹⁾

Les **principaux acteurs associatifs de terrain** sont aujourd'hui sur un **positionnement identique**, comme en témoigne le nom même du « **Collectif pour une nouvelle politique des drogues (CNPD)** » récemment constitué à cet effet par **dix-neuf organisations**⁽²⁾. Comme elle l'a très récemment rappelé, la **Fédération Addiction** appelle également depuis longtemps à la tenue d'un débat national d'ampleur sur les problèmes de drogue : « **Oui, une nouvelle politique de régulation des drogues est possible, elle est même indispensable.** Le débat doit se situer à la croisée des enjeux sociétaux, de sécurité mais aussi de santé, solidarités, éducation, insertion, etc. »⁽³⁾

Des **think tanks** aussi différents que **Génération libre** ou **Terra Nova** et **ECHO citoyen**, publient régulièrement des études sur les problématiques liées à la politique relative au cannabis concluant aux **mêmes constats d'échec** et à la **nécessité urgente de réviser le cadre réglementaire**, quelle que soit la manière d'aborder les questions. Il n'est pas jusqu'aux **associations de parents d'élèves**⁽⁴⁾ pour lesquelles les moyens et les résultats insuffisants, voire les approches erronées, des politiques mises en œuvre dans les collèges et lycées, notamment en matière de prévention, justifient que des changements importants soient introduits.

(1) ANPAA : « *Les grandes manœuvres dans la perspective d'une légalisation* », Nicolas Simon, Bernard Basset, Alain Rigaud et Myriam Savy, *Décryptages* n° 37, 12 juin 2019, page 13.

(2) *Dont la Fédération Addiction, Médecins du monde, le syndicat de la magistrature, le syndicat des avocats de France, SOS Addictions, Norml France, la Ligue des droits de l'Homme, AIDES ou encore le CIRC, Principes Actifs et Police contre la prohibition.*

(3) « *Un grand débat sur une politique de régulation des drogues* », <https://www.federationaddiction.fr/un-grand-debat-sur-une-politique-de-regulation-des-drogues/>

(4) *Table ronde des représentants de la Fédération des conseils de parents d'élèves (FCPE), de la Fédération des parents d'élèves de l'enseignement public, (PEEP) et de l'Association des parents de l'enseignement libre (APEL), le 16 décembre 2020.*

Enfin, **Mme Ruth Dreifuss**, ancienne présidente de la Confédération helvétique, membre de la **Commission globale de politique en matière de drogues** ⁽¹⁾, rappelait de son côté qu'« **il est du devoir du pouvoir politique de briser le tabou et de mettre en place un débat rationnel et basé sur des données scientifiques, pour concevoir des politiques de contrôle des drogues inclusives, respectueuses des gens et de leurs choix.** » ⁽²⁾

3. ... que les citoyens plébiscitent massivement

Plusieurs indices récents mettent également en évidence que **les Français réclament à leur tour un débat national** : en témoignent quelques sondages éclairants parus ces dernières années, ainsi que la participation de nombreux citoyens à des consultations.

a. Des sondages d'opinion très révélateurs

L'enquête de l'IFOP publiée en juin 2018 pour le compte de Terra Nova avait ainsi montré **une attente forte de la part des citoyens**. Si les réponses apportées traduisaient de forts clivages, en revanche, concluait l'étude « les sondés se déclarent au final à **70 % favorables à un véritable débat sur la question**, soit au travers de grandes assises nationales sur le sujet pouvant rassembler toutes les parties prenantes (40 %), soit au travers d'un débat parlementaire (16 %), soit encore grâce à des consultations citoyennes à l'échelle locale (14 %). Seuls 18 % d'entre eux considèrent que ce sujet ne devrait faire l'objet d'aucun débat au sein de notre société. »

LA QUESTION DU CANNABIS DEVRAIT-ELLE FAIRE L'OBJET ?...

	Ensemble (%)
D'un grand débat national rassemblant toutes les parties prenantes	40
D'un débat parlementaire	16
De consultations citoyennes à l'échelle locale	14
Elle ne devrait pas faire l'objet de débat au sein de notre société	18
Ne se prononcent pas	12
TOTAL	100

Source : « Les Français et le cannabis ».

(1) La Commission globale de politique en matière de drogues a été créée en 2011 par des responsables politiques et des personnalités des sphères culturelle et économique. Elle compte actuellement 27 membres, dont quatorze anciens chefs d'État ou de gouvernement. La Commission s'est donné pour mission de promouvoir des réformes des politiques en matière de drogues sur la base de faits scientifiquement avérés, qui s'inscrivent dans le cadre des politiques de santé publique, d'intégration sociale et de sécurité, dans le strict respect des droits humains. <https://www.globalcommissionondrugs.org/about-usmission-and-history/commissioners-page>

(2) Contribution écrite adressée par Mme Dreifuss à la Mission d'information dans le cadre de son audition, le 27 janvier 2021.

Dans le même ordre d'idées, le sondage récemment publié par le CNPD montre notamment que 82 % des personnes interrogées sont favorables à « l'organisation d'un débat sur la politique des drogues incluant l'ensemble des acteurs concernés (médecins, policiers, usagers et famille d'usagers » ⁽¹⁾.



Source : Sondage CSA pour le CNPD.

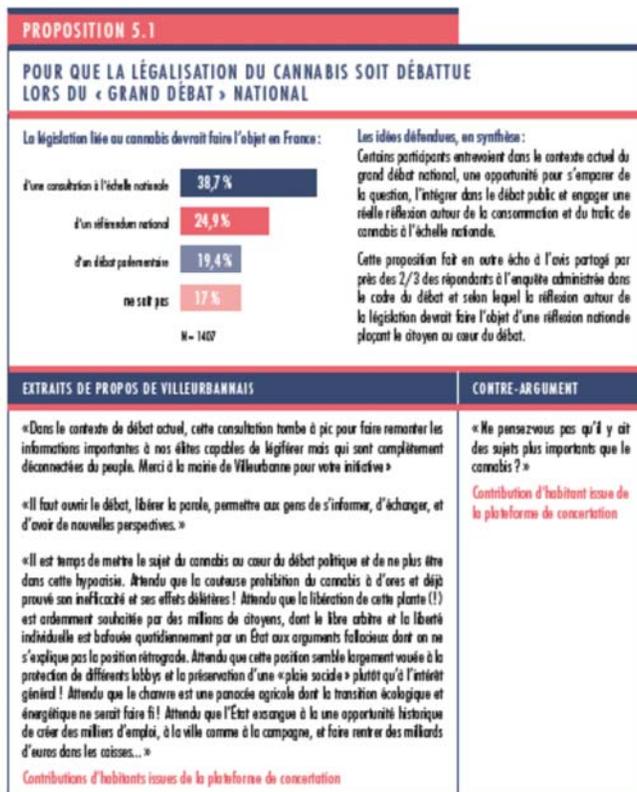
b. Sur le terrain aussi, l'exemple des habitants de Villeurbanne

La ville de Villeurbanne, alors administrée par **Jean-Paul Bret**, maire de 2001 à 2020, est la première dans laquelle les **citoyens ont été invités à débattre sur le cannabis**. Pendant deux mois, du 10 décembre 2018 au 10 février 2019, une consultation autour de la consommation de cannabis et du trafic a été organisée autour d'une plateforme participative sur le site de la mairie, de tables rondes organisées avec des experts, d'ateliers et de directs sur Facebook, etc.

Près de 5 700 visiteurs se sont rendus sur la plateforme, près d'un millier de personnes ont participé, plus de 1 400 réponses ont été apportées à une enquête flash et plus de cent propositions formulées. Ces données illustrent l'attente et la préoccupation des populations pour lesquelles le cannabis est devenu un enjeu de société qui doit prendre sa place dans le débat public : « Le cannabis et sa place dans la société doivent faire l'objet d'une consultation nationale, que ce soit dans le cadre d'un grand débat ou d'un référendum. Les citoyens souhaitent prendre part à cette réflexion collective et décider eux-mêmes de l'évolution de la législation. » ⁽²⁾. À quelques semaines du « Grand débat national » qui allait être animé par le président de la République, l'ambition des Villeurbannais était de porter le sujet de la légalisation dans ce forum.

(1) Sondage CSA ; échantillon national représentatif (méthode des quotas) de 1 007 personnes de 18 ans et plus ; décembre 2020.

(2) Livre blanc : « Contribution de la ville de Villeurbanne au débat sur le cannabis », page 13.



Source : « Cannabis : ouvrons le débat ! », page 98.

Enfin, si une dernière preuve de l'intérêt des Français pour ce sujet devait être apportée, l'écho de la **consultation que l'Assemblée nationale** a lancée dans le cadre de la mission d'information suffirait : **ce sont en effet plus de 253 000 personnes qui y ont participé**, en faisant, de ce fait, **la deuxième consultation la plus plébiscitée par les citoyens** de toutes celles que l'Assemblée nationale a mis en ligne, preuve s'il en était de la sensibilité actuelle de la question ⁽¹⁾.

(1) Les répondants sont à 70 % des hommes ; à 47 % ils sont âgés de 18 à 29 ans ; appartiennent à 30 % à la catégorie cadres et professions supérieures ; 38 % des répondants consomment « occasionnellement » du cannabis, et 30 % jamais.

B. TRACER UNE FEUILLE DE ROUTE

Une fois posé le principe même d'un débat, encore faut-il en prévoir les modalités. Sur ce point, la rapporteure estime nécessaire d'élargir le champ de la discussion au-delà des alcôves occupées par les experts ou les militants.

Les autorités politiques ne sauraient se priver sur un sujet aussi sensible de **tous les outils de mobilisation nationale qui sont à leur disposition, y compris la voie référendaire.**

1. Le choix de la méthode

Les débats qui touchent aux grands problèmes de société dans notre pays ont quelque difficulté à émerger. Comme la rapporteure l'a montré plus haut, il y a aujourd'hui dans notre pays une demande forte, que ce soit de la part des professionnels, des élus ou des citoyens, pour une évolution de la réglementation du cannabis ainsi que **pour un débat de société sur ce sujet**, à l'évidence technique, mais dont l'enjeu est majeur, qui intéresse les citoyens qui ne peuvent en être écartés.

Trois options pourront être explorées en ce qui concerne notre pays :

a. Un grand débat national

La première de ces options est celle de l'organisation d'un grand débat national, à l'instar de la Convention citoyenne que le Président de la République a lancé en janvier 2019 sur la question du changement climatique.

De la même manière, des réunions locales d'information et des débats pourraient être organisés dans les municipalités, des contributions écrites pourraient être sollicitées, de manière à recueillir les avis de nos concitoyens sur les axes de la politique qu'ils souhaitent voir mise en œuvre.

b. La voie référendaire

De manière plus institutionnelle, une **consultation référendaire** pourrait être organisée. Comme on l'a vu, c'est ainsi que plusieurs pays étrangers ayant légalisé le cannabis se sont prononcés, notamment certains États des États-Unis et plusieurs pays européens.

En France, cette idée a également été **exprimée depuis déjà plusieurs années**. En juillet 2016, dans un débat avec Marisol Touraine, ministre de la santé, **Jean-Marie Le Guen**, alors ministre des relations avec le Parlement, s'était prononcé en ce sens en 2016 : « Depuis la fin des années 1960, La France n'a pas bougé sur le sujet du cannabis, et elle ne pourra le faire qu'à une seule condition : que le débat soit porté par la société civile elle-même, le changement ne peut pas venir d'en haut. Car aujourd'hui tout le monde est concerné alors que notre loi pénale est inefficace. La politique française en matière de cannabis peut-elle

évoluer ? Vers quoi ? Il faut entendre tous les arguments, apporter toutes les réponses. Enfin, une décision aussi fondamentale ne peut pas être tranchée par une majorité à l'Assemblée nationale mais par un référendum (...). »⁽¹⁾

c. Un débat parlementaire

Enfin, la dernière option est celle d'un débat parlementaire de fond qui permettrait de donner une conclusion législative rapide à la question grâce à l'adoption d'un projet ou d'une proposition de loi.

C'est ce que la mission d'information a commencé de faire, de manière dépassionnée et transpartisane. Il serait légitime de poursuivre cette démarche.

Faire l'autruche ou débattre publiquement ?⁽²⁾

« Sur le cannabis comme sur beaucoup de sujets de société, la classe politique est en décalage, pour ne pas dire en retard, sur la prise de conscience de la société civile. La politique de répression de l'usage est incomprise et inefficace (et ce d'autant plus qu'elle est discriminante et injuste). La politique de l'autruche n'aura évidemment qu'un temps. Le sens des responsabilités devrait conduire nos dirigeants, actuels et ceux qui aspirent à le devenir, à s'emparer du sujet et à conduire un débat public sans démagogie ni faux-semblants. »

2. Les objectifs à poursuivre

Pour que le débat se déroule de la manière la plus rationnelle possible et sans idéologie, et en s'appuyant sur l'évaluation des politiques publiques en cours depuis plus d'un demi-siècle, il est essentiel de se mettre d'accord sur les objectifs poursuivis et d'examiner sereinement quels sont les meilleurs moyens d'atteindre ces objectifs.

Plusieurs objectifs peuvent être identifiés : réduire la délinquance dans un souci de justice sociale, assécher le marché noir, protéger notre jeunesse, développer les actions de prévention, notamment en direction des plus jeunes, ainsi que l'éducation à l'usage, éviter l'apparition d'un « Big cannabisbusiness » et, enfin, permettre le développement d'une filière économique nouvelle.

a. Réduire la délinquance dans un souci de justice sociale

L'un des problèmes majeurs que le trafic de cannabis a induits dans la société et notamment dans les quartiers les plus sensibles des grandes villes est celui de la **délinquance, fortement corrélée aux trafics et qui ne cesse de croître**.

Les témoignages et prises de position sont innombrables et ils mettent de manière significative le sujet de **la lutte contre les trafics comme prioritaire** et

(1) <https://www.nouvelobs.com/politique/20160701.OBS3753/legaliser-le-cannabis-le-debat-divise-jusqu-au-gouvernement.html>

(2) Alain Rigaud, Bernard Basset et Franck Lecas, « L'inévitable débat », *op. cit.*, page 16.

souvent avant les questions de santé publique. De nombreux élus locaux prennent désormais position en faveur d'une **évolution drastique de la réglementation** en premier lieu pour pouvoir enfin **traiter efficacement cette problématique**. La rapporteure renvoie sur ce point aux auditions effectuées par la mission d'information ⁽¹⁾. Les témoignages recueillis lors de nombreuses enquêtes journalistiques sont également concordants. En ce sens, la France ne dépare pas des constats faits à l'étranger depuis des années.

C'est la raison pour laquelle les premiers objectifs de la nouvelle politique du cannabis devront viser à **réduire la délinquance** due aux trafics de cannabis dans les quartiers et à **assécher le marché noir**. La rapporteure rappelle à ce propos que **la baisse de la violence et de la criminalité est un constat général** dans les pays qui ont pris des mesures de dépénalisation ou de légalisation, ne serait-ce que parce que la perte d'une part de leurs ressources affaiblit les réseaux criminels, et que les forces de l'ordre peuvent de ce fait se consacrer à d'autres missions que le contrôle des usagers, et mener une répression accrue sur d'autres activités criminelles ⁽²⁾.

Malgré les effets d'annonces ministérielles quant aux saisies d'avoirs et de produits, quant au nombre de personnes arrêtées ou mises en garde à vue, quant aux constats d'usage et aux amendes forfaitaires infligées, les habitants des quartiers sensibles témoignent à longueur de colonnes de **leur quotidien devenu invivable**, comme à Saint-Ouen, selon un article récent du journal *Le Monde* ⁽³⁾ : « Les habitants, eux, souffrent du deal. **Ils sont pris en otages au sein de leur propre immeuble** par des vendeurs qui annexent et saccagent les cages d'escaliers, exigent des visiteurs qu'ils montrent patte blanche et menacent en amont les éventuelles "balances" et par des guetteurs – les "choufs" – qui hurlent le mot code "Arténa" (qui signifie "danger", "laisse tomber", "y a les flics") dès qu'un véhicule de police pénètre dans la cité. » Les témoignages ⁽⁴⁾ de **Gil Avérous**, maire de Châteauroux, sur les points de deal installés aux abords des collèges, de **Jean-Paul Bret**, ancien maire de Villeurbanne, sur les dealers installés en pleine rue, avec leurs fauteuils et tarifs affichés, ou de **Boris Ravignon**, maire de Charleville-Mézières, décrivant un four à cent mètres d'un commissariat, confirment l'acuité du problème.

De leur côté, **les habitants de Villeurbanne** s'étaient exprimés de manière comparable, dénonçant des trafics et une consommation en hausse sur le territoire de la commune, une visibilité accrue du trafic devenu ostentatoire, une augmentation des points de deal dans tous les quartiers de la ville, et consécutivement, une intranquillité publique croissante, un sentiment d'insécurité plus fort dans l'espace public occupé par les trafiquants. Il en est de même à Marseille, Grenoble ou Nantes, pour ne prendre que des villes dont la presse a décrit la réalité de certains quartiers ces derniers mois.

(1) Tables rondes des 4 novembre et 9 décembre 2020.

(2) « Cannabis, comment reprendre le contrôle ? », *ibid.*, page 5.

(3) « À Saint-Ouen, une guerre des "stups" qui n'en finit pas », *Le Monde*, 8 mars 2021 ; https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/03/08/a-saint-ouen-une-guerre-des-stups-qui-n-en-finit-pas_6072292_3224.html

(4) Table ronde du 9 décembre 2020.

En d'autres termes, personne ne fera croire aux habitants de ces villes que la politique répressive est un succès et l'un des objectifs prioritaires doit viser à inverser cette tendance lourde.

Enfin, il convient de souligner que la **problématique criminelle** ne se limite pas aux quartiers des villes dans lesquelles les dealers sont implantés. Elle porte non seulement sur les espaces ruraux, de plus en plus quadrillés, mais aussi sur **la production**. Si la majorité des saisies d'herbe concerne des importations, on assiste depuis quelques années à un **investissement en France d'organisations criminelles**, notamment marocaines et asiatiques, qui sont de plus en plus présentes dans une **cannabiculture industrielle**, destinée à alimenter le marché noir, comme cela s'est fait dans d'autres pays européens auparavant, tels les Pays-Bas ⁽¹⁾.

b. Assécher le marché noir

Mise à part la question de la délinquance violente, la prohibition est également, on l'a vue, la **matrice d'une économie souterraine** aujourd'hui très étendue, qui ne cesse **d'enrichir les réseaux mafieux**, quelles que soient les quantités de drogue saisies, tout en impliquant un très grand nombre de personnes, le plus souvent exploitées dans des conditions indignes et par conséquent inacceptables.

De nombreuses études ont montré que, indépendamment des conséquences sanitaires, l'économie criminelle du cannabis était plus que florissante, comme la rapporteure l'a indiqué plus haut. Cette situation invite à **plaider pour que la régulation du cannabis se donne aussi pour objectif de contribuer à réduire le poids de cette économie parallèle** dont les conséquences, dès lors que de telles sommes sont en jeu, ne peuvent qu'être néfastes sur l'économie réelle, ou en termes de **risques de blanchiment, de corruption, voire de trafics d'armes** ⁽²⁾.

La réduction de la délinquance et de l'économie criminelle apparaît en outre porteuse d'une **forte dimension sociale au bénéfice des populations des quartiers et de la jeunesse** qui est aux prises avec les trafiquants.

c. Protéger notre jeunesse, objectif premier de santé publique

Tout d'abord, les **dangers potentiels du cannabis** sur la santé justifient que des mesures particulières soient prises pour tendre à une **réduction de la consommation, en particulier pour les plus jeunes**. Cela doit représenter le premier objectif en termes de santé publique.

En second lieu, des mesures de **protection** doivent être prises pour **éloigner autant que faire se peut du cannabis un certain nombre de publics fragiles**. En ce sens, l'un des premiers objectifs devra viser à l'**interdiction rigoureuse de vente aux mineurs** et de consommation par les mineurs, sous quelque forme que ce soit.

(1) « Culture du cannabis en France : de l'artisanat à la production industrielle », Caroline Masson et Michel Gandilhon, *Cahiers de la sécurité et de la justice*, INHESJ, n° 43, janvier 2019.

(2) Mathieu Zagrodzki, « Cannabis : pour une autre stratégie policière et pénale », *Terra Nova*, 9 octobre 2020.

Dans le même ordre d'idées, une **attention particulière** doit être portée à d'autres usagers pour lesquels les effets du cannabis sont potentiellement dangereux, que ce soit pour eux-mêmes ou pour la société. C'est notamment le cas des **femmes enceintes**, compte tenu des risques divers et sérieux que la consommation fait peser sur le fœtus. Des études menées au Canada ont en effet montré que, s'agissant de l'enfant, « l'exposition *in utero* au cannabis est liée à des conséquences prolongées sur le développement neurologique, qui persistent au début de l'âge adulte. » Il ne s'agit pas seulement des effets dus à l'usage des femmes enceintes, et « le cannabis ne doit pas être utilisé pour traiter les nausées et les vomissements durant la grossesse, et son usage prolongé serait lié au syndrome cannabinoïde. » ⁽¹⁾.

Des dommages d'une autre nature doivent être également pris en compte dans une politique du cannabis non prohibitive. Il s'agit de ceux induits par **un usage en marge ou dans le cadre d'une activité à risque** : ainsi, l'objectif de sécurisation devra se traduire par **l'interdiction de la conduite automobile ou d'engins motorisés sous emprise de cannabis**, dont la rapporteure a présenté les effets importants sur les capacités de réaction, tels qu'ils ont été démontrés par les travaux du **professeur Jean-Claude Alvarez**. À cet égard, des tests spécifiques devront être expérimentés compte tenu des effets différenciés selon les habitudes de consommation, tels qu'ils ont été identifiés par ces travaux. De même, l'objectif de réduction de la consommation devrait prévoir un dispositif comparable à ceux en vigueur pour l'alcool et le tabac sur **les lieux de travail** par exemple, afin de **restreindre le nombre d'espaces dans lesquels la consommation est autorisée**.

d. Développer les actions de prévention, notamment en direction des plus jeunes, et l'éducation à l'usage

Au-delà de ce premier aspect, toute réforme de la réglementation relative au cannabis devra notamment porter sur **l'information des usagers sur la nature des produits qu'ils consomment**, leur composition, les effets, ainsi que **sur les risques sanitaires encourus**.

En complément, l'objectif de réduction de la consommation devra se traduire par des **mesures de prévention fortes**, centrales dans cette perspective. Les acteurs et experts consultés sont unanimes, tant sur l'importance cardinale des campagnes en ce sens que sur leur insuffisance encore dramatique à l'heure actuelle, faute de moyens, tant financiers qu'humains, malgré les efforts remarquables développés par les associations d'addictologie, dont l'action souffre de l'instabilité des financements qui met en péril l'efficacité des programmes qu'elles développent ⁽²⁾. La pérennité des financements, tant en volume, qu'en périodicité est en ce sens essentielle.

(1) « Usage de cannabis durant la grossesse et le post-partum », Sonia Badowski et Graham Smith, CFP-MFC, février 2020 ; <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7021328/> ; voir aussi supra, « Des effets certains sur la santé », page 51 et suivantes.

(2) Voir notamment : table ronde des associations de terrain (Apleat-Acep et Fédération Addiction) le 16 décembre 2020.

En ce sens, **l'article L. 312-18 du code de l'éducation**, qui ne prévoit qu'une séance d'information annuelle dans les **établissements scolaires** sur les effets du cannabis se passe de commentaire, tant le fonctionnement et l'impact de ces séances ont été décriés, d'autant que la rapporteure a rappelé les conditions dans lesquelles cette information était dispensée sur le terrain, qui dépendent considérablement de l'engagement personnel et de la disponibilité des enseignants concernés. Comme le soulignait il y a quelques années **Jean-Michel Costes**, « on parle beaucoup de prévention en France mais on n'en a pas. On fait des programmes qui ont été démontrés partout ailleurs comme parfaitement inefficaces. Une session d'information d'une heure n'a aucune efficacité. » ⁽¹⁾ Même si ces lignes datent de près de dix ans, elles restent d'actualité, comme l'ensemble des médecins et addictologues auditionnés l'ont confirmé, malgré les progrès qui ont pu être faits ces toutes dernières années. La régulation du cannabis devra être accompagné d'un **volet important de prévention**, notamment articulée sur le développement des compétences psychosociales, et **d'éducation à l'usage**, apportant des informations factuelles, médicales, sur les effets et méfaits de la consommation, et de manière non stigmatisante.

Comme le soulignait un article récent, « ce n'est donc probablement pas la légalisation par elle-même qui peut avoir une influence positive ou négative sur la santé publique, mais sans doute davantage les nombreux détails qui définiront une loi d'autorisation de la production et du commerce non médical du cannabis en France. **Plus particulièrement, les premiers retours des expériences internationales nous montrent à quel point il sera important d'organiser, bien en amont d'une mise en place effective d'un usage légal, des mesures précises et efficaces de restriction de la publicité, de limitation de l'accès aux mineurs, de régulation de la composition du cannabis et donc de sa dangerosité psychiatrique, de promotion de modes de consommation moins nocifs, en particulier basés sur l'éviction du tabac et la diffusion de dispositifs électroniques de consommation, mais aussi de redistribution d'une partie des recettes commerciales vers des mesures d'évaluation scientifique et de prévention.** » ⁽²⁾

(1) Jean-Michel Costes, « Pour une autre politique des addictions », *Les cahiers dynamiques*, 2012/3, n° 56, page 11.

(2) Source : Isabelle Boulze-Launay, Yann Bisiou, Nicolas Simon et Benjamin Rolland, *op. cit.* page 362.

e. Éviter l'apparition d'un « Big cannabusiness »

La prise en compte des enjeux économiques et industriels doit également être considérée comme un objectif important afin d'éviter que les **géants mondiaux de l'agro-industrie**, du tabac ou de l'alcool, ne s'emparent d'un marché légalisé du cannabis. L'objectif devra éviter toute constitution de monopole ou d'oligopoles, privés comme publics, sur le marché qui devra être l'objet d'un suivi et d'une évaluation rigoureux sur la base d'indicateurs à déterminer.

Il convient de rappeler à ce propos que le sujet fait d'ores et déjà l'objet d'un **lobbying extrêmement fort**, comme le rappelait notamment une note récente de l'OCRTIS, compte tenu des **perspectives de croissance du secteur** à court terme que résume le tableau ci-dessous.

COMPARAISON DU MARCHÉ MONDIAL DU CANNABIS AVEC CELUI DU TABAC ET DES BOISSONS ALCOOLISÉES ⁽¹⁾

	CANNABIS	TABAC	PART DU CANNABIS	BOISSONS ALCOOLISEES	PART DU CANNABIS
MARCHE ACTUEL	9 Md\$ (2016) (Grand View Research)	560 Md\$ (Business Wire)	1/60è	1 344 Md\$ (2015) (Allied Market Research)	1/150è
PREVISIONS	146,5 Md\$ (2025) (Grand View Research)	694,47 Md\$(2021) (Grand View Research)	1/5è	1 594 Md\$ (2022) (Allied Market Research)	1/10è
CAGR (TAUX DE CROISSANCE ANNUEL MOYEN)	34,6% entre 2016 et 2025 (Grand View Research)	2,8% entre 2016 et 2021 (Grand View Research)	-	2,1% entre 2016 et 2022 (Allied Market Research)	-

S'agissant du seul marché européen, les perspectives sont également très importantes, une étude récente estimant par exemple que le marché légal du cannabis pourrait représenter quelque 3,2 milliards d'euros en 2025, dont 500 millions pour la seule part adulte, sur la base de l'évolution qui semble se dessiner dans certains pays ⁽²⁾.

À ce jour, ce sont des multinationales britanniques et canadiennes – Tilray, Canopy Growth, Aurora ou GW Pharmaceuticals – qui dominent le secteur, positionnées sur ses différents segments, thérapeutiques ou récréatifs, cependant que les **cigaretteurs**, tel Marlboro, investissent désormais dans des entreprises spécialisées dans les produits à base de cannabis, suivant la démarche des **industriels de l'alcool**, dont certains sont massivement entrés ces dernières années au capital d'entreprises comme Canopy Growth ou Tilray notamment ⁽³⁾, ou encore celle des industriels des **boissons et sodas**, comme en témoignent le partenariat que Coca-Cola a pendant un temps voulu monter avec Aurora ou les intentions similaires de Pepsi ⁽⁴⁾.

(1) « Vague de légalisation du cannabis, la pression des lobbies au service des intérêts de l'industrie », OCRTIS, note n° 1/2019 DESRI, 15 janvier 2019, pages 3-4.

(2) https://www.newsweed.fr/marche-legal-cannabis-europe-2025/?goal=0_8cd9af977b-34daec1417-355949411&mc_cid=34daec1417&mc_eid=b7bc6f3cf

(3) ANPAA : « Les grandes manœuvres dans la perspective d'une légalisation », op. cit.

(4) <https://www.newsweed.fr/coca-cola-ne-se-lancera-pas-dans-les-boissons-au-cannabis-pour-linstant/>

Comme le soulignait l'ANPAA, « les acteurs de la santé publique ont évidemment tout à craindre de l'arrivée dans ce secteur d'acteurs industriels qui ne se sont jamais signalés par une éthique exempte de tout reproche dans leurs activités passées, et qui utilisent leurs compétences de lobbying au service du futur marché du cannabis. »⁽¹⁾. C'est la raison pour laquelle **Ruth Dreifuss** rappelait que la Commission globale de politique en matière de drogues considère que des « règles limitant fortement les intérêts commerciaux et privés, qui poussent, par le marketing et la publicité, à la surconsommation », doivent être impérativement édictées⁽²⁾.

LES PRINCIPAUX ACTEURS MONDIAUX DU MARCHÉ DU CANNABIS⁽³⁾

NOM DE L'ENTREPRISE	LOGO	CAPITALISATIONS BOURSIÈRES (21/09/2018)	DESCRIPTION
TILRAY Siège social : Canada Création : 2013		11.5 milliards de \$	Tilray est l'un des deux plus gros producteurs de cannabis au monde avec Canopy Growth Corp. La société est considérée comme la plus rentable au monde ¹² . 1 ^{er} entreprise de cannabis à avoir intégré le NASDAQ (2 ^{ème} plus grand marché d'actions aux Etats-Unis). Perspectives : Secteur des biotechnologies médicales. Accord en 2018 avec Sandoz Canada, première société pharmaceutique canadienne à se lancer dans le domaine du cannabis médical ¹³ .
CANOPY GROWTH CORP. Siège social : Canada Création : 2014		11.4 milliards de \$	Canopy Growth Corp est l'un des deux plus gros producteurs de cannabis au monde avec Tilray. Perspectives : En août 2018, investissement massif dans son capital par le géant des boissons alcoolisées, Constellation Brands avec – pour certains – l'objectif de mettre sur le marché des boissons à base de cannabis infusé. ¹⁴
AURORA CANNABIS Siège social : Canada Création : 2013		8.8 milliards de \$	Perspectives : En septembre 2018, BNN Bloomberg déclarait que Coca-Cola était en pour parler avec Aurora Cannabis en vue de la mise sur le marché de boissons infusées au CBD ¹⁵ .
GW PHARMACEUTICALS Siège social : Royaume-Uni Création : 1998		4.7 milliards de \$	Laboratoire pharmaceutique fondé en 1998 qui se décrit comme « leader dans le développement de médicaments à base de cannabinoïdes » Le Sativex est le premier médicament développé par GW. Il a obtenu une autorisation de mise sur le marché en France, mais n'est pas commercialisé faute d'accord sur le prix.

(1) « Les grandes manœuvres dans la perspective d'une légalisation », *op. cit.*, page 10.

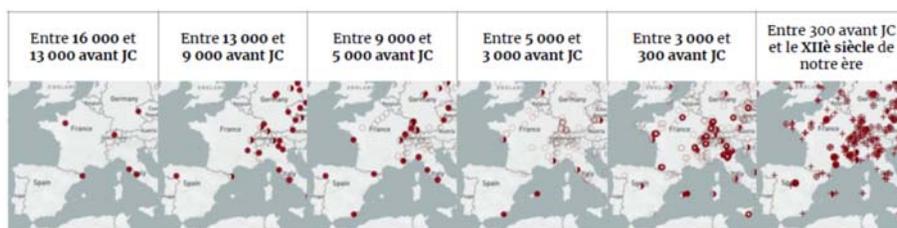
(2) Audition du 27 janvier 2021.

(3) « Vague de légalisation du cannabis, la pression des lobbies au service des intérêts de l'industrie », *op. cit.*, page 5.

f. Développer une nouvelle filière économique

La France est riche d'une longue histoire autour de la culture du chanvre, dont elle reste aujourd'hui encore l'un des principaux producteurs, avec près de 17 000 hectares cultivés en 2017, soit le premier rang européen et le troisième mondial derrière la Chine (45 000 hectares) et le Canada (31 000 hectares). En outre, indépendamment du territoire hexagonal, où la culture est ancestrale, comme en témoigne la carte ci-dessous, cette culture est également présente dans nombre de territoires ultramarins, comme le faisait remarquer **Kenzi Riboulet-Zemouli**, chercheur indépendant et co-fondateur du *think tank* FAAAT (« *For Alternative Approaches to Addiction, Think & do tank* »), lors de son audition ⁽¹⁾.

ANCIENNETÉ DE LA CULTURE DU CANNABIS EN EUROPE



Source : Kenzi Riboulet-Zemouli.

Il semble en conséquence indispensable que la mise en place d'une nouvelle politique du cannabis **conforte un secteur économique appelé à un fort dynamisme, à en juger par les exemples étrangers**. Les retombées industrielles, commerciales et fiscales pourraient être conséquentes grâce à la captation progressive d'une part importante du marché noir, comme cela a été observé dans tous les pays qui ont procédé à la légalisation. Sachant que ce sont aujourd'hui quelque **cinq cents tonnes** de cannabis qui sont vraisemblablement importées clandestinement chaque année en France, comme le montre le tableau ci-dessous ⁽²⁾, la captation par le **marché officiel des deux-tiers du marché**, voire plus, aurait des incidences considérables.

(1) Le 17 février 2021.

(2) Pierre-Yves Geoffard, Jean Beuve et Etienne Fize, « Une filière du cannabis en France », Conseil d'analyse économique, Focus n° 034-2019, juin 2019.

SCÉNARIOS POSSIBLES DE CONSOMMATION TOTALE DE CANNABIS EN FRANCE

	Types d'usagers	Usagers (en milliers)	Consommation (en gr. / an)	Total usagers (en t. / an)	Total scénario (en t. / an)
Scénario 1. Modèle de référence	Quotidiens	550	393	216,10	276,60
	Réguliers	650	73	47,50	
	Occasionnels	2 600	5	13,00	
Scénario 2. Mise à jour du nombre d'usagers	Quotidiens	700	393	275,10	351,80
	Réguliers	825	73	60,20	
	Occasionnels	3 300	5	16,50	
Scénario 3. Mise à jour du nombre d'usagers + adaptation des quantités consommées (estimation basse)	Quotidiens	700	400	280,00	379,00
	Réguliers	825	100	82,50	
	Occasionnels	3 300	5	16,50	
Scénario 4. Mise à jour du nombre d'usagers + adaptation des quantités consommées (estimation intermédiaire)	Quotidiens	700	475	332,50	472,75
	Réguliers	825	150	123,75	
	Occasionnels	3 300	5	16,50	
Scénario 5. Mise à jour du nombre d'usagers + adaptation des quantités consommées (estimation haute)	Quotidiens	700	575	402,50	542,75
	Réguliers	825	150	123,75	
	Occasionnels	3 300	5	16,50	

Source : Calcul des auteurs.

De manière similaire à ce qu'il s'est passé dans les pays ayant d'ores et déjà légalisé le cannabis, il y a ainsi en France la possibilité de développer et de structurer une **filière fortement pourvoyeuse d'emplois** : les scénarios économiques, basés sur les exemples du Colorado et de la Californie, oscillent de 27 500 à **57 000 emplois directs**, pouvant même aller **jusqu'à 80 000 emplois**, ainsi que le reflète le tableau ci-dessous. À titre de comparaison, « en 2019, à l'échelle des États-Unis, le secteur économique du cannabis représentait, selon des sources convergentes, **300 000 emplois à temps plein** (incluant les produits à usage "récréatif" ou médical). Dans le seul État du Colorado, la réforme aurait permis de créer, en une année (2015), plus de 12 000 emplois directs (production, conditionnement, vente, etc.) et 6 000 indirects, en particulier dans les secteurs d'activité liés à la sécurité privée (du fait de la vidéosurveillance obligatoire dans les sites de production et de vente), le tourisme et les biotechnologies. »⁽¹⁾

3. Dépénalisation ou légalisation ?

Juridiquement, deux options s'offrent au législateur. D'une part, celle de la dépénalisation de l'usage et de la possession de petites quantités, aux termes de laquelle la prohibition est maintenue mais avec un affaiblissement du cadre répressif ; d'autre part, celle de la légalisation qui régule légalement les différents aspects de la chaîne d'approvisionnement : production, transformation, distribution, détention et usage.

Les deux options sont en conséquence fort différentes et il importe d'examiner soigneusement ce que l'une et l'autre apportent. C'est aussi pour cette raison que quelle que soit l'option retenue, une **évaluation régulière** de la nouvelle réglementation restera indispensable.

(1) Ivana Obradovic, *op. cit.*, page 16.

a. La dépénalisation

Pour reprendre les propos de **Renaud Colson**, maître assistant à l'université de Nantes et auteur de nombreux travaux sur le sujet, la dépénalisation serait *a minima* nécessaire car elle permettrait de **favoriser enfin une politique de soins et de réduire les risques sanitaires et sociaux**.

Principales définitions ⁽¹⁾

La légalisation (ou réglementation) est la reconnaissance juridique d'un comportement, qui implique la reconnaissance d'une liberté (comme la libéralisation). Elle peut cependant impliquer une intervention de l'État, consistant à mettre à disposition les moyens qui permettent l'exercice de cette liberté.

« Légaliser le cannabis » signifie que la détention de ce produit est autorisée. Sa production et sa distribution peuvent néanmoins être contrôlées et encadrées par l'État. La légalisation laisse libre l'État de définir le niveau et les modalités de contrôle, tant de l'usage que de la distribution : il peut peser sur la demande en intervenant sur le prix de vente légal via la fiscalité ; il peut limiter les conditions dans lesquelles la consommation est autorisée, en restreignant l'autorisation de consommer à certaines *catégories de population* (cf. autorisation de vente d'alcool et de tabac limitée aux majeurs et interdite aux mineurs) ou à certains *lieux* (cf. interdiction de fumer dans les lieux publics).

La dépénalisation est définie comme le processus « tendant à réduire l'application de sanctions pénales à l'égard d'un comportement déterminé, cette réduction pouvant aboutir à leur suppression pure et simple ». Il existe d'autres définitions possibles plus ou moins proches de la notion de « décriminalisation ». Le langage courant distingue également, parfois, la **dépénalisation en droit et en fait**. La « dépénalisation en droit » consiste à réduire ou à supprimer les sanctions pénales (amende, emprisonnement) associées au comportement d'usage par le droit positif (changement législatif de l'incrimination et de la sanction de l'usage et/ou de la détention).

On parle de « dépénalisation de fait » lorsque, en raison de divers mécanismes juridiques (à l'instar de l'opportunité des poursuites), une infraction définie par le droit pénal n'est, de fait, pas sanctionnée à la mesure de ce que prévoit la loi. Cela peut arriver dans les pays dont la politique pénale est orientée par des directives du ministère de la justice.

Une dépénalisation *de facto* serait possible sans changement législatif par simple circulaire ministérielle dissuadant les poursuites judiciaires, afin qu'une tolérance soit instituée pour **l'usage simple, la détention de petites quantités pour usage personnel et les petits trafics** ⁽²⁾. Une dépénalisation *de jure* supposerait en revanche l'abrogation de l'article L. 3421-1 du code de la santé publique aux termes duquel « l'usage illicite de l'une des substances ou plantes classées comme stupéfiants est puni d'un an d'emprisonnement et de 3 750 euros d'amende ». Dans un cas comme dans l'autre, cette tolérance permettrait une diminution des dépenses publiques consacrées à la répression sur le terrain.

(1) « Législations relatives à l'usage et à la détention de cannabis : définitions et état des lieux en Europe », Ivana Obradovic (OFDT), note n° 2011-19, actualisée en 2013.

(2) « Faut-il légaliser le cannabis ? » Renaud Colson et Henri Bergeron, First éditions, (à paraître).

En revanche, elle « n'aura guère d'impact sur les atteintes à la sécurité publique occasionnées par les trafics. Lutter efficacement contre cette menace criminelle impliquerait que soient légalisées la production et la distribution de stupéfiants. »⁽¹⁾

Pour autant, **il y aurait en fait peu de nouveautés à en attendre**⁽²⁾. Pour Renaud Colson, en effet, l'évolution des pratiques répressives a entraîné, statistiquement, dans les faits des risques très faibles, malgré la verbalisation des usages et des petits trafics, même si certaines parties de la population de notre pays courent un risque pénal fort, et même « disproportionné » par rapport à d'autres. Cela étant, comme d'autres auteurs, il estime que pour des millions de consommateurs de notre pays, la sanction est généralement légère et que **le droit est plus répressif en théorie qu'en pratique car il ne peut l'être dans les faits**. Entre autres exemples, les cultivateurs, passibles de la cour d'assises, sont en pratique le plus souvent traités comme de simples usagers.

Il en est de même des petits trafiquants ou des usagers, sachant que **l'amende forfaitaire délictuelle est applicable au détenteur de cent grammes de cannabis**, quantité que l'on peut considérer comme très supérieure à celle correspondant un usage individuel. En d'autres termes, pour Renaud Colson, dans les faits, officialiser la dépénalisation ne changerait pas grand-chose, et certains observateurs de terrain partagent ce constat. Lors de son audition⁽³⁾, **Philippe Pujol** qualifiait ainsi la situation de Marseille comme étant celle d'un régime de **semi-légalité tolérée** par les forces de l'ordre, qui y voient une manière d'atténuer les tensions sociales lourdes de la ville...

Si la dépénalisation aurait quelques effets bénéfiques en ce qui concerne les champs sanitaires et sociaux, se limiter à elle reviendrait à s'arrêter au milieu du gué et à laisser faire les trafics qui aujourd'hui gangrèment certains de nos territoires, ce qui n'est pas une option acceptable. La politique publique en matière de drogues doit être plus ambitieuse que cela pour atteindre l'ensemble des objectifs précités. L'alternative de la légalisation est donc à explorer pour le cannabis.

(1) Renaud Colson, « Légaliser les drogues ? », <https://laviedesidees.fr/Legaliser-les-drogues.html>

(2) Audition du 10 février 2021.

(3) Audition du 18 novembre 2020.

b. La légalisation régulée

La légalisation a une tout autre ambition puisqu'elle vise à **réglementer par le droit l'ensemble de la chaîne d'approvisionnement**.

Plusieurs modalités de légalisation sont envisageables et ont, comme cela a été vu, été expérimentées dans les différents pays qui ont entrepris de réguler le marché, comme l'expliquent **Ivana Obradovic** et **Virginie Gautron** : « du marché à vocation commerciale à l'américaine (*for profit* et *business-friendly*), inspiré du modèle de régulation de l'alcool, au modèle étatiste étroitement contrôlé de l'Uruguay, qui repose sur trois voies d'approvisionnement soumises à de nombreuses limitations pour des raisons de santé publique, les choix d'encadrement en matière de consommation (en général interdite en public et dans les espaces fréquentés par des jeunes), de production, de conditionnement et de vente n'ont cessé de s'étoffer.

Les régimes de régulation en place s'avèrent fort disparates, y compris dans le groupe restreint d'États américains qui ont bravé l'interdit fédéral en légalisant le cannabis. Ils partagent néanmoins trois orientations : 1) sécuriser les conditions de production, de vente et d'achat de cannabis pour adultes en soumettant les opérateurs du marché à des règles strictes ; 2) limiter l'accessibilité du produit afin de garantir la protection des mineurs (à travers le contrôle du prix via la taxation et l'interdiction de publicité et de marketing des produits dérivés du cannabis) ; 3) garantir des recettes fiscales aux États à travers les taxes qui seront fléchées vers des politiques publiques spécifiques. » ⁽¹⁾

La légalisation inscrirait les actions et comportements en matière de cannabis – production, détention, distribution, consommation – dans un cadre légal et contrôlé et, quand bien même resterait-il une part résiduelle de marché illégal, un certain nombre d'avantages peuvent être identifiés : en **matière de délinquance**, en premier lieu, qui diminuerait ipso facto, du fait de la disparition des infractions correspondantes ; en **matière économique**, la légalisation se traduisant mécaniquement par la création d'un certain nombre d'emplois directs et indirects – notamment dans les domaines de la production et de la distribution – et consécutivement, en troisième lieu, en matière fiscale, avec la perception de recettes diverses : cotisations sociales et taxes de vente (TVA et droits d'accise), qui devront être majoritairement allouées aux questions de santé publique et de justice sociale. Comme il a aussi été évoqué par l'ensemble des professionnels de l'addiction, la légalisation ouvrirait en outre la voie à des possibilités aujourd'hui très restreintes en matière de prévention et d'éducation à l'usage.

(1) « Réformer, dépénaliser, légaliser : des concepts aux pratiques », Ivana Obradovic et Virginie Gautron, *op. cit.*, page 20.

III. COMMENT LÉGALISER ? UN MODÈLE FRANÇAIS À INVENTER

La complexité des questions à traiter pour modifier une réglementation vieille de plus d'un demi-siècle qui n'a cessé de se renforcer justifie que la rapporteure fasse le choix de présenter les sujets qui seront désormais à discuter, afin que les éléments du débat soient connus de tous. Il n'est pas ici question de présenter un dispositif définitif : l'enjeu est au contraire de présenter les différentes options possibles et d'en peser les avantages et les inconvénients pour chacun des objectifs retenus.

Plusieurs thématiques doivent être examinées. Elles regroupent les questions relatives à la production de cannabis (A), au modèle de distribution à privilégier (B), à la réduction des trafics (C), à la manière de rendre effective l'interdiction de consommation des mineurs et au renforcement de l'offre de soins (D) ainsi qu'à la dimension répressive et aux mesures de justice sociale (E) ou encore au dispositif institutionnel à mettre en place (F).

A. COMMENT PRODUIRE EN FRANCE ?

Comme on l'a indiqué, la culture du chanvre est très anciennement établie en France et la fin de la prohibition sera l'opportunité de développer une filière économique importante, notamment quant au nombre d'emplois créés et aux retombées possibles.

1. Quel cadre fixer à la production ?

Plusieurs questions sont à examiner quant aux modalités de production. Plusieurs modèles existent : du plus étatique au plus libéral, dont les avantages respectifs doivent être pesés. Parallèlement, la question de l'autoproduction doit également être abordée.

a. *Un monopole étatique ?*

Ce modèle, notamment défendu par **le professeur Francis Caballero** ⁽¹⁾, se donne pour but d'éviter les inconvénients constatés dans un certain nombre d'États américains dans lesquels la légalisation confiée au secteur privé a entraîné un **phénomène de concentration industrielle** important, notamment au Colorado, ayant pour effet des **modes de production intensifs hors de toute considération environnementale et qualitative**.

(1) « *Légaliser le cannabis, arguments légaux et médicaux en faveur d'un changement de modèle* », Maître Francis Caballero et Pr Amine Benyamina, *Génération libre*, mai 2018.

Dans une optique de **contrôle régalien** ayant pour finalité « de remplacer le trafic illicite de stupéfiants par un circuit licite qui profitera à la collectivité », le professeur Caballero propose un dispositif « destiné à lutter contre le crime organisé, à assurer la protection de la santé publique et l’information des consommateurs sur les risques du cannabis à l’aide d’une prévention renforcée », aux termes duquel un **ce nouveau marché**, « la Française du cannabis », sans cultiver elle-même de chanvre, assurerait que la production se fait dans de bonnes conditions et délivrerait au nom de l’État des permis de culture : « Titulaire d’un monopole de production, l’État pourra choisir les meilleures terres, les meilleures graines, les meilleures variétés et les meilleurs cultivateurs. »

b. Confier la production au secteur privé ?

Inversement, les promoteurs d’une vision plus attachée aux lois du marché, jugeant « *essentiel de traiter le cannabis comme un produit agricole et d’en autoriser la libre cultivation (sic)* »⁽¹⁾, plaident en faveur d’une production confiée au secteur privé.

Kévin Brookes et Edouard Hesse, analystes de **Génération libre**, estiment en effet que les modèles étatisés ou dont **la réglementation est excessivement rigide** ou importante sont contreproductifs par rapport aux objectifs poursuivis, notamment celui de la baisse de la criminalité et de la lutte contre le marché noir.

Si la réglementation n’est pas suffisamment bien construite, de tels modèles pourraient favoriser les acteurs importants du marché, seuls à même d’assumer les coûts de la réglementation correspondants (tels que les licences d’exploitations), alors que les micro-producteurs ne pouvant y faire face en seraient exclus⁽²⁾. Tel a par exemple été le cas au **Canada** : « la création d’un oligopole s’est faite par l’adoption de règles super strictes et de cadres financiers hyper exigeants que seuls finalement les Big pharma et des méga corporations pouvaient respecter », analysent ainsi des chercheurs de l’université de Montréal, qui comparent la situation avec le secteur de la bière qui a au contraire vu éclore un très grand nombre de microbrasseries, alors que « la lourdeur et les coûts des procédures administratives pour obtenir une accréditation de Santé Canada » pour le cannabis ont rendu les choses très difficiles pour les micro-producteurs⁽³⁾.

De même, en Californie, **le coût excessif de la mise en conformité aux règles de production imposées, ainsi que les nombreuses taxes aux différents échelons administratifs, ont conduit un tiers des producteurs à rester dans l’illégalité**. En Alaska, le coût de l’acquisition de la licence de production a découragé les petits producteurs illégaux à entrer dans un système de production légale.

(1) « *Pour un marché libre du cannabis en France, lutter contre le marché noir, protéger les consommateurs* », Kévin Brookes et Edouard Hesse, *Génération libre*, janvier 2021, page 37.

(2) *Tout en étant au contraire partisans d’un contrôle strict du marché par une autorité administrative*, **Christian Ben Lakhdar et Pierre-Alexandre Kopp** invitent également à ce que les barrières à l’entrée du marché ne soient pas trop élevées au risque de ne pouvoir assécher les marchés noirs. (audition du 17 février 2021).

(3) « *Le courrier de la Nouvelle Ecosse* », 23 octobre 2020.

En outre, les **risques de corruption**, notamment des élus locaux, ne sont pas non plus éliminés. De manière générale, plus le marché est réglementé, plus le marché noir subsiste, de nombreux cas concrets le démontrent, par exemple l'Uruguay, qui, selon Génération libre, cumule en fait tous les inconvénients de ce point de vue, tant au niveau de la production que de la distribution et n'a pu éradiquer le marché noir. C'est la raison pour laquelle ces auteurs libéraux formulent des **préconisations en faveur d'un régime à l'encadrement minimal**.

Pour **Génération libre** en effet, le **secteur agricole privé est seul en mesure de satisfaire** « l'énorme besoin des 3,9 millions de consommateurs français » et ils doivent donc « être libres d'expérimenter divers modes de production de cannabis, que ce soit de manière conventionnelle ou en adhérant aux règles de la production bio. »

Les experts de Génération libre plaident pour un modèle dans lequel seules des **normes sanitaires et phytosanitaires à respecter** par les producteurs seront édictées par les pouvoirs publics, à l'instar de ce qu'il en est pour les autres productions agricoles, dans une perspective de garantie de qualité et de santé publique. À cette fin, comme cela a été fait aux États-Unis, **un contrôle et une surveillance des zones de production** ainsi qu'une **traçabilité** devront être mis en place pour éviter les risques de récupération par le marché noir. De même, des **tests obligatoires de qualité** effectués par des laboratoires, devront être instaurés avant la mise sur le marché.

Dans ce modèle, les **producteurs devront être titulaires d'une licence**, dont l'obtention sera simple et peu onéreuse, conditionnée à la vérification de l'âge de l'agriculteur et de son casier judiciaire. La souplesse de ces formalités permettra, selon Génération libre, de faciliter la transition des producteurs de chanvre qui le souhaiteraient vers le cannabis ⁽¹⁾. Dans le même esprit, des quotas de production ne devraient pas être fixés dans ce modèle, le marché suffisant à réguler la production nécessaire.

c. Autoriser l'autoproduction ?

Dans la mesure où la consommation serait autorisée, l'accès au cannabis et la détention de petites quantités de produits, dans des limites à déterminer, devront l'être aussi. Cela contribuera à rendre effectif le droit reconnu à la consommation et à renforcer la lutte contre la consommation en soutenant la démarche préventive.

Dans ces conditions, la **logique suppose que l'autoproduction** soit également autorisée dans des conditions contrôlées, tel que l'intégration de ce droit dans l'ensemble des projets de légalisation à l'étranger a été observé.

(1) Audition du 10 février 2021.

Comme le fait remarquer le **docteur Olivier Bertrand**, fondateur de l'**Association Norml France** ⁽¹⁾, de manière comparable aux **dispositions législatives en vigueur pour le tabac** ⁽²⁾, pourrait ainsi être prohibée la culture personnelle à finalité commerciale, et autorisée celle à des fins strictes d'autoconsommation. Une étude de **Norml France** remise aux membres de la mission d'information montre l'efficacité de la réglementation en matière de tabac, dans les faits très peu enfreinte, puisque selon les données du ministère de l'intérieur, seules 1 856 infractions ont été sanctionnées en 2019 en matière de tabac domestique, soit **cent fois moins qu'en matière de stupéfiants** ⁽³⁾.

Pour le **docteur Bertrand**, l'existence d'un **système non marchand**, qui doit s'articuler sur l'autoproduction et les cannabis social clubs, est en outre une voie à privilégier dans une **perspective préventive**, dès lors que se trouve favorisées l'échange et la promotion de bonnes pratiques entre pairs usagers.

Au demeurant, en soulignant qu'il y a d'ores et déjà quelque 200 000 auto-producteurs dans notre pays, il rejoint **Renaud Colson** et **Henri Bergeron** qui estiment de leur côté qu'il s'agit d'une pratique difficile à empêcher et qu'il est souhaitable de la tolérer à des fins d'usage personnel.

Deux modes d'autoproduction seraient envisageables :

– **individuel**, en premier lieu, permettant la culture du cannabis à domicile pour un usage privé. C'est par exemple un modèle en vigueur dans le District de Columbia où, si la vente et l'achat de cannabis restent interdits, tout adulte de plus de vingt-et-un ans a en revanche le droit de faire pousser jusqu'à six plants de cannabis, dont trois en floraison.

– **collectif**, dans le cadre d'un club fermé – cannabis social club – pour le seul usage des adhérents, sans transaction commerciale. C'est le modèle en vigueur en Espagne ou en Uruguay ⁽⁴⁾.

(1) *Audition du 13 janvier 2021.*

(2) *Article 575 K du code général des impôts : « Il est interdit à quiconque de faire profession de fabriquer pour autrui ou de fabriquer accidentellement, en vue d'un profit, des cigarettes avec du tabac sauf (...) lorsque cette fabrication est effectuée au domicile du consommateur dans la limite de ses besoins personnels, par lui-même, par les membres de sa famille ou par des gens à son service. »*
https://www.legifrance.gouv.fr/codes/article_lc/LEGIARTI000006304970

(3) « *Cannabis : vers une régulation bénéfique aux usagers et à la société* », Norml France, mars 2021.

(4) « *Faut-il légaliser le cannabis ?* » Renaud Colson et Henri Bergeron, *op. cit.*, page 97.

2. Quelques questions à privilégier en matière de production

Quel qu'il soit, le modèle de production choisi devra en premier lieu permettre à la régulation d'effectuer les **contrôles de qualité**, indispensables dans une perspective de santé publique.

a. Contrôler la production : une exigence de santé publique

Comme le font remarquer la **totalité des observateurs**, « l'illégalité du cannabis rend logiquement impossible le contrôle de sa qualité. En interdisant la production et la distribution de cette drogue, l'État renonce du même coup à réglementer ces activités. Le marché informel, qui se développe en dehors de toute supervision, offre dès lors bien peu de garantie sur la nature des produits en circulation. »⁽¹⁾ Et consécutivement, sur **leur dangerosité** éventuelle, que la rapporteure a décrit plus haut : non seulement, **les usagers ne peuvent disposer d'aucune information sur la nature, l'origine, ou la concentration** en principes actifs des produits qu'ils acquièrent mais l'un de principaux effets pervers de la prohibition est aussi, si ce n'est surtout, de faciliter la **mise sur le marché par les trafiquants d'un cannabis frelaté**, coupé de produits divers et inconnus des acheteurs, et souvent toxiques. Par ailleurs, ces trafiquants ne se limitent généralement pas au cannabis et permettent une porosité d'accès vers d'autres stupéfiants, qui n'existeraient pas si le marché était régulé.

Enfin, le développement des **cannabinoïdes de synthèse** que mettent sur le marché les trafiquants et dont les niveaux de concentration sont aujourd'hui record, posent de réelles difficultés sanitaires⁽²⁾.

L'un des arguments les plus pertinents en faveur de la légalisation est que, quel que soit le modèle retenu, la levée de la prohibition permettra au contraire – et devra être accompagnée – de la mise en place de **contrôles sanitaires rigoureux** de la production. Ils devront être accessibles en termes de prix pour tous les acteurs, et porter sur les modes de culture, de production, de transformation, sur la composition ou la concentration.

Quelles que soient les options qu'ils défendent, les tenants de la régulation observent que tous les pays qui ont opté pour la réglementation du cannabis ont mis en place de tels dispositifs. L'existence de ces contrôles est une **assurance de qualité** et de ce fait l'un des facteurs qui **contribueront aux objectifs de l'assèchement des trafics et du marché noir et à la réduction des risques sanitaires pour les usagers**.

(1) *Op. cit.*, pages 72-73.

(2) Voir le récent article du Monde sur le sujet : https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/04/12/alerte-sur-les-nouvelles-formes-de-cannabis-beaucoup-plus-concentrees-en-thc-elles-entraiment-un-risque-de-dependance-accru_6076429_3224.html

b. Prendre en compte la dimension patrimoniale et commerciale

Les contrôles de qualité permettront d'instituer une forme de traçabilité des produits disponibles, depuis les zones de production des graines jusqu'à la distribution.

Ils pourraient également permettre une **mise en valeur des terroirs de production protégés**, sur le modèle des AOP, attribués sur des critères de qualité et de bonnes pratiques agricoles, ainsi que de protection des variétés et des savoir-faire. Dans cet esprit, le chercheur **Kenzi Riboulet-Zemouli** faisait remarquer à la mission d'information lors de son audition ⁽¹⁾ que la France disposait de très nombreuses variétés traditionnelles endémiques de cannabis dans ses territoires ultramarins, de grande qualité et internationalement connues, notamment à **La Réunion** ainsi qu'à **Mayotte** ou en **Polynésie française**.

TERRITOIRES ULTRAMARINS DE PRODUCTION TRADITIONNELLE DE CANNABIS



Source : Kenzi Riboulet-Zemouli.

Certains États américains, comme la Californie, qui en cela fait figure de pionnière sur cet aspect, mettent en œuvre des **programmes d'appellation contrôlée** destinés à la protection de leurs terroirs de cannabis. Ainsi, en 2018, le Département d'alimentation et agriculture (CDFA) a lancé à la demande du parlement de Californie « le **CalCannabis Appellations Program** » pour mettre en place les dénominations de comté (que l'on peut assimiler à des IGP de par le fait que seul le critère géographique permette l'éligibilité) et publiait les brouillons de réglementation pour un système d'Appellations d'Origine au niveau, dans un premier temps, de l'État de Californie. Après trois ans de revue et concertation avec les organisations et fédérations d'agriculteurs, de petits paysans, et en particulier les cultivateurs et cultivatrices traditionnels de Cannabis (représentés en particulier par l'organisation "Origins Council"), les réglementations finales entrent en vigueur début 2021, avec les premières AOP californiennes validées attendues d'ici début 2022 au plus tôt. »

C'est dans cet ordre d'idées que **le CIRC** suggère la création d'un conservatoire européen des variétés originelles et traditionnelles. **Norml France**

(1) Audition du 17 février 2021.

plaide également en faveur d'un **système d'appellation et de certification** destiné à encourager la diversité génétique pour protéger les variétés et spécificités territoriales. Dans le même ordre d'idées, certains des habitants contributeurs au débat initié par la municipalité de Villeurbanne ont défendu « l'importance d'instaurer des normes de qualité « avec des opérateurs reconnus et certifiés ISO9001 et/ou HACCP avec un système de contrôle comme les autres denrées comme le tabac ou le lait. »

La reconnaissance de terroirs de cannabis participerait ainsi fortement au soutien de la filière économique française qui pourrait de ce fait être apparentée à la filière vinicole, comme le suggère de son côté le **CIRC** ⁽¹⁾. Cette approche permettrait de favoriser les petits producteurs et de contenir l'influence possible des grandes firmes dominant le marché international. Elle contribuerait de ce fait à la **limitation de la production** et à **garantir la biodiversité**, grâce à des modes de production plus soucieux de l'environnement.

c. Les problématiques environnementales

Les exemples étrangers permettent à la France de prendre les devants quant aux questions environnementales. Ils montrent en effet que les productions intensives aux mains des grandes compagnies peuvent être **sources de pollution importante**. Alors même que la culture du chanvre en plein champ ne nécessite pas de pesticides et très peu d'apports en eau, les cultures modernes requièrent en revanche de **nombreux intrants** – engrais, fongicides, herbicides, pesticides – et en font de ce fait une **agriculture polluante**, par ailleurs **fortement consommatrice d'eau et d'énergie** : « Pour les producteurs de cannabis les plus importants du marché, la méthode de culture en intérieur est bien évidemment plus rentable étant donné qu'elle n'est pas soumise aux aléas du climat et permet un contrôle optimal de la qualité du produit. Or, cette méthode, utilisée par exemple par les leaders du marché canadien Aurora et Canopy, est gourmande en énergie et en eau. Avec une lumière artificielle permanente, des climatiseurs et des déshumidificateurs, les infrastructures de production, qui peuvent atteindre des millions de mètres carrés, consomment chaque mois des milliers de dollars en électricité. » ⁽²⁾

On estime ainsi les installations de production américaines utilisent 1 % de la consommation d'électricité annuelle des États-Unis et rejettent quelque cinquante millions de tonnes de gaz à effet de serre, sachant qu'un plant de cannabis cultivé ainsi consomme environ vingt-deux litres d'eau par jour – ce qui n'est pas sans poser de problème à terme pour des États d'ores et déjà soumis à un stress hydrique comme la Californie – et deux fois plus d'électricité qu'un réfrigérateur : « En conséquence, la culture d'une plante équivaut à 45 000 kilos de dioxyde de carbone rejetés chaque année, soit le taux d'émission moyen d'une voiture. » ⁽³⁾

(1) Communication à la Mission d'information

(2) <https://www.newsweed.fr/la-culture-intensive-de-cannabis-un-danger-pour-lenvironnement/>

(3) <https://www.newsweed.fr/la-culture-intensive-de-cannabis-un-danger-pour-lenvironnement/>

En ce sens, le soutien à des **unités de culture modestes** – qui pourraient être limitées en termes de **surfaces cultivées**, de **nombre de plants** ou de **volume de production** – permettra une production plus respectueuse de l’environnement et des ressources naturelles, moins consommatrice de produits phytosanitaires, voire biologiques. L’autorisation de l’autoproduction participera de cet objectif. Cette approche contribuera aussi à **éviter la surproduction** que certains pays connaissent d’ores et déjà du fait de la culture intensive des grandes compagnies, qui se traduit par des impacts environnementaux parfois importants, comme dans certains États américains, tel l’Oregon, où est d’ores et déjà constatée la dégradation de certains fleuves due à une culture intensive de cannabis non contrôlée⁽¹⁾.

d. Faut-il prévoir un taux maximum de THC ?

L’un des aspects les plus importants sur lesquels la légalisation sera des plus bénéfique est celui de la **concentration des produits** en THC.

La rapporteure a présenté cette question plus haut⁽²⁾ : même si le ratio THC/CBD est très important, les taux de THC présents dans les produits aujourd’hui disponibles sont tels qu’ils peuvent induire de **graves effets sur la santé des usagers**.

Par ailleurs, le développement des **cannabinoïdes de synthèse** que mettent sur le marché les trafiquants et dont les niveaux de concentration sont aujourd’hui record, posent de réels difficultés sanitaires⁽³⁾.

La légalisation et l’encadrement de la production auraient l’avantage de régler cette difficulté en encadrant les semences disponibles et en procédant à des contrôles réguliers sur les lieux de distribution.

B. QUEL CIRCUIT DE DISTRIBUTION ORGANISER ?

La question des modalités de distribution du cannabis est essentielle et les solutions retenues peuvent avoir des effets contrastés sur les objectifs poursuivis. Prévoir un réseau de distribution restreint peut permettre de limiter l’accès aux mineurs mais cela risque aussi de maintenir un recours important au marché noir, comme cela a été constaté au Québec où le nombre de dispensaires avait été trop réduit.

Plusieurs solutions de distribution sont donc envisageables mais l’exemple de la faible effectivité de l’interdiction de la vente de tabac aux mineurs doit être gardée en tête. Comme le soulignait à ce sujet une étude de l’OFDT : « En 2011, 93 % des fumeurs quotidiens de 16 ans ont acheté au moins une fois leur tabac chez un buraliste dans le mois précédant l’enquête, ils étaient 84 % en 2007 (données non publiées).

(1) <https://www.newsweed.fr/le-marche-legal-du-cannabis-en-oregon-chaotique-et-en-surproduction/>

(2) *Supra*, « Le cannabis et les jeunes : Attention danger », pages 64 et suiv.

(3) Voir le récent article du Monde sur le sujet : https://www.lemonde.fr/societe/article/2021/04/12/alerte-sur-les-nouvelles-formes-de-cannabis-beaucoup-plus-concentrees-en-thc-elles-entraiment-un-risque-de-dependance-accru_6076429_3224.html

Si la vente était théoriquement autorisée en 2007, elle ne l'est absolument plus en 2011, la progression des achats apparaît donc particulièrement surprenante. Aujourd'hui encore, malgré l'interdiction, la très grande majorité des jeunes fumeurs s'approvisionnent en tabac dans le réseau buraliste. Cela vient confirmer le constat d'un faible respect de la réglementation de la part des débitants, qui continuent de fournir très facilement du tabac aux mineurs. »⁽¹⁾

En d'autres termes, la réglementation de la distribution de cannabis devra être **considérablement plus efficace**. Cela suppose notamment que les **interdictions devront être mieux respectées**, au prix de **l'instauration de sanctions plus dissuasives**, tant pour les détaillants que pour les acheteurs.

1. Le modèle étatique

Le modèle étatique de distribution est mis en œuvre dans certains pays. Le Québec, par exemple, a créé la SQDC, Société québécoise du cannabis, qui en détient le monopole de distribution, à l'instar de la SAQ – Société des alcools du Québec – dont elle est une filiale.

Si ce modèle peut sembler séduisant car octroyant aux pouvoirs publics une grande maîtrise, il apparaît néanmoins empreint de nombreux défauts dans son application : il a ainsi entraîné des **ruptures d'approvisionnement** important et un **manque de diversité dans l'offre**, autant d'aléas qui ont conduit nombre de consommateurs à continuer de s'approvisionner sur le marché noir⁽²⁾.

Dans le même esprit, le **modèle uruguayen** d'enregistrement préalable des consommateurs en pharmacies a également montré ses contraintes et ses limites, puisque, indépendamment du fait qu'il existe quelque cent vingt cannabis social clubs, seules quatorze pharmacies ont à ce jour été autorisées à vendre du cannabis dans le pays, dans lesquelles les usagers ne peuvent acheter plus de dix grammes par semaine ou quarante grammes par mois, limités à 9 % de THC. De nombreux consommateurs ont par ailleurs refusé de s'enregistrer, craignant un fichage et des représailles en cas de changement de majorité politique. Le dispositif est donc très contraignant et peine de ce fait à s'organiser et monter en puissance⁽³⁾. À ce jour, un peu moins de 44 000 usagers y ont recours, soit moins de 1,3 % sur une population de près de 4 millions d'habitants.

D'une manière générale, les modalités d'organisation de ce type de distribution semblent aussi peu adaptées aux habitudes contemporaines des consommateurs : horaires d'ouverture limités, **nombre réduit de magasins** sur le territoire communal, voire dans le pays, etc.

(1) « Évaluation de l'interdiction de vente d'alcool et de tabac aux mineurs », Cristina Díaz Gómez, Aurélie Lermenier et Maïtèna Milhet, OFDT, septembre 2013, page 55, <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/epfxcdta.pdf>

(2) Audition de Kévin Brookes et de Edouard Hesse, le 10 février 2021.

(3) Isabelle Boulze-Launay, Yann Bisiou, Nicolas Simon et Benjamin Rolland, *op. cit.* page 358.

Le tableau ci-dessous montre par exemple que, au Québec, le nombre de points de vente actifs est très nettement inférieur à celui d'autres provinces, à la fois en nombre mais aussi par rapport à la population, si l'on rappelle que l'Ontario compte 13,5 millions d'habitants, le Québec 8,1 millions, la Colombie britannique 4,6 millions et l'Alberta 4 millions, pour ne prendre que ces quelques exemples.

En d'autres termes, la question de la facilité d'accès, de la proximité des points de ventes sont des éléments qu'il est important de prendre en compte dans la question de la régulation de la distribution des produits à l'heure où **ventes en ligne et livraisons à domicile** se sont multipliées, tout particulièrement dans le contexte sanitaire actuel. Comme le font remarquer **Kévin Brookes** et **Edouard Hesse** « La "Belle Province" souffre d'un manque de points de vente important six mois après la légalisation : il y a seulement 0,2 boutique pour 100 000 habitants, soit dix fois moins qu'en Alberta où des boutiques privées opèrent. (...) On note également une absence de diversité des produits, les produits dérivés sont interdits, et un service moins adapté que celui des dealers. »

**SITUATION DES POINTS DE VENTE DANS LES DIFFÉRENTS PAYS
AYANT LÉGALISÉ LE CANNABIS**

	Processus de légalisation	Ouverture des ventes légales	Nombre de points de vente actifs En janvier 2021
Etats-Unis	Au niveau des États (2012-2020)		
Colorado	2012 (55%)	Janvier 2014	569
Washington State	2012 (56%)	Juillet 2014	505
Oregon	2014 (56%)	Octobre 2015**	629
Alaska	2014 (53%)	Octobre 2016	83
Nevada	2016 (54%)	Juillet 2017	53
Californie	2016 (56%)	Janvier 2018	646
Massachusetts	2016 (54%)	Novembre 2018**	51**
Maine	2016 (50%)	Octobre 2020	15
Vermont	2018/2020*	-	-
Michigan	2018 (56%)	Décembre 2019	75
Illinois	2019*	Janvier 2020**	30
Arizona	2020 (60%)	Janvier 2021** (< 3 mois)	73**
Montana	2020 (58%)	-	-
New Jersey	2020 (67%)	-	-
Dakota du Sud	2020 (53%)	-	-
Uruguay	Au niveau national (Décembre 2013)	Octobre 2014 (CSC) Juillet 2017 (pharmacies)	165 Cannabis social clubs (CSC) 14 pharmacies (1% des pharmacies du pays)
Canada	Au niveau fédéral (Juin 2018)	Octobre 2018	
Ontario			368
Colombie-brit.			305
Alberta			553
Saskatchewan			60
Manitoba			58
Québec			57
4 prov. de l'Atl. + 3 NW territories			84

Source : Ivana Obradovic, audition du 17 février 2021.

2. Quelle structure de distribution privée pour lutter contre le marché noir ?

a. Un modèle propre à réduire la consommation

Les défauts des modalités officielles de distribution telles qu'elles ont été expérimentées à l'étranger laissent entendre que pour être un succès et contribuer à son niveau à la réduction de l'importance du marché noir, le dispositif à inventer doit **répondre aux attentes et habitudes actuelles des consommateurs**, sauf à risquer qu'ils s'en détournent. Il doit également être conçu de telle manière qu'il contribue à la **réduction de la consommation**, notamment en écartant les plus jeunes.

De ce fait, il paraît raisonnable de suggérer que la **répartition géographique des points de vente sur le territoire**, et **leur nombre**, soient tels qu'ils permettent **un accès aisé au produit, tant dans les grandes villes que dans les campagnes**, afin de **ne pas pénaliser une partie des usagers** qui seraient contraints de continuer de s'approvisionner sur le marché noir. Pour y pallier, l'organe régulateur agréerait les **boutiques spécialisées de cannabis sur un territoire protégé**, à l'instar de ce qui existe pour les pharmacies, et que, de la même manière, le nombre de points de vente dépende du marché : « la Française du cannabis ne distribuera pas elle-même le cannabis légal. Elle fera appel à des distributeurs agréés auxquels elle délivrera des licences comme l'administration le fait déjà pour les débits de boissons ou les bureaux de tabac. Ceux-ci devront se soumettre à des règles de fonctionnement définies dans leur contrat tant ce qui concerne les produits vendus que les taxes perçues à cette occasion. Ils se procureront leur marchandise auprès de la Française du cannabis qui jouera le rôle de transformateur des produits de l'agriculture et de répartiteur des commandes des distributeurs. » ⁽¹⁾

L'accessibilité au produit est donc une condition majeure de la lutte contre le marché noir, compte tenu de l'extrême diversité de l'offre illégale et de la souplesse des modalités de commande – réseaux sociaux, messageries instantanées cryptées (Telegram, Instagram, Snapchat), dark web – et de distribution – points de vente physiques (« fours »), services de livraison à domicile ou à des points de rencontre (parcs, entrées d'immeubles sécurisés ou non, VTC, ...) sur le territoire national ⁽²⁾. Comme évoqué plus haut, la pandémie et la période de confinement ont renforcé ces derniers mois les ventes de cannabis par internet et les livraisons à domicile. La réglementation de la distribution devra en tout état de cause prendre en compte cette nouvelle réalité, une interdiction paraissant illusoire et de nature à conforter le marché noir.

(1) « Légaliser le cannabis », *op. cit.*, page 44.

(2) Norml France, *op. cit.*

La production et la distribution de cannabis selon le Conseil d'analyse économique

« (...) il est **préférable que l'État détienne un monopole de la production et de la distribution du cannabis** et se dote des instruments légaux nécessaires pour en contrôler le prix final, qui est un outil majeur de régulation.

Ce monopole pourrait s'exercer à travers des **licences octroyées à des producteurs et des distributeurs agréés**, à l'image de la distribution du tabac. Il est **souhaitable que les officines qui commercialisent du cannabis soient dédiées à cette activité**, à l'exclusion de toute autre, et ce afin de faciliter la surveillance de ces établissements. **Il est plus facile de contrôler le respect de l'interdit de vente aux mineurs si ces derniers n'ont aucune raison de rentrer dans ces officines.** Dans cette perspective, il serait judicieux de réorienter la politique du chiffre des forces de l'ordre vers les infractions de non-respect de l'interdit de vente aux mineurs de psychotropes (alcool, tabac, cannabis), en remplacement de l'arrestation des usagers de cannabis.

En ce qui concerne la production **une surveillance stricte des quantités cultivées** peut permettre à l'État de contrôler que les volumes mis en circulation correspondent bien à ceux effectivement cultivés. Ce contrôle strict ne doit pas signifier un rationnement de la production. Au contraire, elle doit être suffisante et de qualité. L'État doit notamment prévoir un approvisionnement suffisant en amont de la légalisation pour éviter les phénomènes de rationnement et le maintien du marché noir. »

Source : « Cannabis : comment reprendre le contrôle ? » Les notes du conseil d'analyse économique, n° 52, juin 2019.

b. Des conditions d'accès à la qualité de distributeur à déterminer

Ainsi, un modèle de distribution articulé sur des distributeurs privés, **titulaires de licences professionnelles spécifiques**, attribuées selon des critères précis, et accessibles, peut paraître pertinent. Il pourrait ainsi être envisagé d'attribuer les **licences professionnelles** par les pouvoirs publics, dans des conditions spécifiques, éventuellement après consultations des associations d'usagers, d'auto-producteurs, de producteurs et des autorités sanitaires et sociales.

Il serait également opportun que pour l'obtention de la licence, des formations courtes soient requises pour les vendeurs, par exemple sur la question de la différenciation des produits, notamment en termes de profil génétique, permettant ainsi aux distributeurs de pouvoir dispenser des informations de santé publique nécessaires aux usagers et diffuser des messages de prévention et d'éducation à l'usage.

c. Prévoir un encadrement spécifique et rigoureux de la distribution

En ce sens, dans la mesure où l'un des objectifs de la nouvelle politique est notamment la réduction de l'usage des jeunes, des règles impératives encadrant la distribution doivent être soigneusement établies.

En premier lieu, **l'accès aux boutiques de cannabis devrait être strictement prohibé aux mineurs.** L'une des inquiétudes du **docteur Nicolas Prisse**, président de la MILDECA, relatives à la légalisation du cannabis porte précisément sur cet aspect, compte tenu du fait, argumentait-il lors de son audition,

que, en France, on ne sait pas faire respecter la législation sur le tabac et l'alcool ⁽¹⁾. Cet impératif amène à suggérer que ces commerces ne devraient être habilités à **ne vendre que du cannabis à l'exclusion de tout autre produit. Le recours aux débits de tabac devrait donc être proscrit.**

À cet égard, on peut rappeler que les répondants à la consultation citoyenne de l'Assemblée nationale se prononcent au deux-tiers – 62,4 % – en faveur d'une commercialisation du cannabis en boutique spécialisées, cependant que près d'un quart – 24,2 % – imaginent une vente régulée sur le modèle de l'alcool, seuls 8,6 % des personnes étant partisans d'une vente du cannabis par les buralistes.

De la même manière, des sujets tels que celui de la **localisation des commerces**, qui devront par exemple être situés à une distance minimale des établissements scolaires, ou celui des **enseignes et des vitrines**, qui devront être discrètes et non attractives, devront être traités.

Se pose également la question de la possibilité ou non de **consommer sur place**, question directement liée à la possibilité de fumer dans l'espace public. Il s'agit d'une question compliquée qui doit également prendre en compte la lutte contre le tabac et l'interdiction aujourd'hui générale de fumer dans les lieux publics, y compris dans les bars et les restaurants.

d. Quels produits distribuer ?

Au-delà du réseau se pose la question des produits susceptibles d'être distribués. Certains préconisent de s'en tenir aux produits « classiques » (résine et fleurs), d'autres demandent un élargissement du spectre aux « *edibles* » (ou comestibles) et aux concentrés, comme cela se pratique dans les États nord-américains qui ont avancé sur la question.

Ainsi, Renaud Colson et Henri Bergeron plaident pour que, pour éviter toute dérive commerciale, la vente des produits transformés ne soit pas autorisée, dans la mesure où les préparations alimentaires ou combustibles parfois très concentrées sont disponibles. À cet égard, **Norml France** précise en effet : « L'ingestion de cannabis quant à elle se fait à base de produits le plus souvent cuisinés (confiseries, pâtisseries, boissons...) appelés "*edibles*" ou "comestibles". Les effets mettront plus longtemps à être ressentis par l'utilisateur pour ensuite durer entre 4 à 6 heures en moyenne, bien plus longtemps que s'il avait été inhalé. Ce temps de latence est dû au processus de digestion par le foie, qui va transformer la molécule delta-9-THC en 11-hydroxy-THC5, molécule qui est légèrement différente dans sa construction moléculaire et dont **les effets sont beaucoup plus puissants, ils peuvent dans certains cas être comparés aux effets psychédéliques induits par la consommation de LSD ou de champignons hallucinogènes. Le risque principal de ce mode de consommation est le surdosage** : quand le consommateur non averti n'attend pas assez longtemps et renouvelle la prise ou met trop de principes actifs dans la préparation. ».

(1) Audition du 25 novembre 2020.

Cela étant, la discussion sur ce sujet doit également tenir compte d'autres arguments.

En premier lieu, le fait qu'une **demande existe pour ces produits** et que, par conséquent, les interdire maintiendrait les usagers captifs du marché noir. Par ailleurs, les légalisations régulées du cannabis dans le monde ont entraîné une sophistication du marché pour adultes, déployant une certaine culture de consommation liée à une large palette de produits. Ces produits pourraient être à disposition sur le marché noir s'ils ne sont pas disponibles au sein du marché légal. Ensuite, comme le souligne **Norml France**, parce que **les produits fortement concentrés peuvent aussi participer de la réduction des risques**, dans la mesure où, par exemple, « il est sanitaire préférable de consommer en "dabs" (méthode de vaporisation à haute température de concentré à l'aide d'une pipe à eau) des produits fortement dosés en THC plutôt que de fumer une dizaine de cigarettes de tabac mélangé quotidiennement. Les modes de consommation de ces produits reposant le plus souvent sur la vaporisation (la combustion dégradant la majorité des principes actifs), le rapport prix/quantité/effet de ces substances orienterait les usagers vers des méthodes de consommation plus propres comme des vaporisateurs. »

C'est pourquoi d'autres analystes proposent clairement que **le marché légal offre la même diversité que ce qui est disponible sur le marché noir**, sous réserve du respect des normes sanitaires. Telle est notamment la position de **Génération libre** pour qui « **Outre les produits classiques, le cannabis doit donc pouvoir également être vendu sous forme de produits comestibles, de boissons, d'huiles, de cartouches pour cigarettes électroniques, de produits topiques ou encore de produits concentrés liquides ou solides.** », ajoutant que s'il est légitime de « limiter la dose maximale des produits dérivés dans un esprit de protection des consommateurs, ces limites devraient être maniées avec grande précaution pour ne pas désavantager le marché licite. »⁽¹⁾, **en particulier dans la phase d'assèchement du marché noir** au cours des premières années.

Dans la logique de ce qu'elle a défendu plus haut concernant la question des teneurs en THC, la rapporteure estime que si la diversité de l'offre devait être étendue à des aliments consommables, a fortiori s'ils sont fortement dosés en THC, les **mesures d'accompagnement les plus strictes** devraient être édictées dans un objectif de réduction des risques.

En premier lieu, elles devraient porter sur certains **emballages**, qui devraient être de nature à empêcher toute ouverture accidentelle ou aisée par les enfants, notamment dans le cas où il s'agit de confiseries, de gâteaux ou de biscuits. Dans certains États américains, par exemple, des emballages particuliers sont conçus dans ce but. Dans le même esprit, **l'étiquetage** ne doit pas attirer l'attention des enfants et devrait comporter un **certain nombre d'informations obligatoires**, notamment des conseils d'utilisation et des indications nécessaires quant aux teneurs en cannabinoïdes.

(1) « Pour un marché libre du cannabis en France, lutter contre le marché noir, protéger les consommateurs », Kévin Brookes et Edouard Hesse, *op. cit.*, page 42.

À titre d'exemple, la figure ci-après présente les logos devant obligatoirement être apposés sur les emballages dans les États américains, destinés à attirer l'attention du consommateur sur les risques potentiels.



Source : Ivana Obradovic, audition du 17 février 2021.

Si chaque État américain adopte ses propres logos, l'information présentée sur les paquets au Canada semble plus précise et détaillée.



Source : Ivana Obradovic, *ibid.*

D'une manière plus générale, plutôt que de porter un interdit indiscriminé sur ces produits, nombre d'acteurs et d'observateurs préconisent **une éducation** « aux effets généraux de la consommation de cannabis par ingestion ainsi qu'aux effets spécifiques du produit en question. Des bonnes pratiques de consommation responsable et de prévention des risques sont à instaurer. » ⁽¹⁾

(1) Norml France, *op. cit.*, page 30.

3. Un modèle additionnel crédible : les cannabis social clubs

Parmi les modalités de distribution propres à contribuer à une réduction de l'emprise du marché noir, voire à réduire la consommation problématique des usagers, une place particulière doit être faite aux cannabis social clubs (CSC). Ni système étatique, ni système purement commercial, les CSC relèvent plutôt du secteur de l'économie sociale et solidaire (ESS).

Les CSC sont des **groupes de partage**, organisés sous forme **d'associations à but non lucratif**, qui **gèrent la production et la distribution** de cannabis en **cercle fermé pour les besoins personnels de leurs membres**, dans une **approche éthique et non marchande**, selon la définition qu'en propose Norml France.

Comme le soulignent **Renaud Colson** et **Henri Bergeron**, il s'agit d'un **modèle coopératif** qui « étend le principe d'auto-provisionnement de l'individu au groupe »⁽¹⁾. Il a notamment été expérimenté en Espagne où ils sont apparus à partir de 1993⁽²⁾, au Mexique, et légalisé en Uruguay, où plus de cent-soixante existent aujourd'hui réunissant plus de 3 500 membres. Selon Kenzi Riboulet-Zemouli⁽³⁾, on en compte aujourd'hui dans plus d'une vingtaine de pays – dont, en Europe, l'Espagne, la Belgique, ou encore le Royaume-Uni, pour ne citer que les plus importants – et les règles de fonctionnement sont les suivantes : **répartition entre les adhérents du produit de leur récolte collective sans aucune transaction commerciale**, **transparence complète** de leurs activités, **finalité non-lucrative**, **coopération** avec les autorités locales et nationales ainsi qu'avec la société civile et notamment le **secteur médico-social**. L'approche du cannabis est en outre écoresponsable, dans une optique sanitaire : **accès interdit aux mineurs**, nécessité d'être parrainé par un membre pour y avoir accès, **consommation sociale**, sur place, encadrée par les pairs (et par conséquent, non individuelle et moins susceptible de contribuer à un risque d'addiction); absence de promotion extérieure.

Ce dispositif présente au moins **deux avantages importants** : une **production limitée et peu importante, en circuit court**, et une **contribution efficace à la réduction du marché noir**, les associés-usagers ne produisant que ce qu'ils consomment, sans nécessité de se fournir ailleurs.

(1) *Op. cit.*, page 97.

(2) « *Le "cannabis social club", un exemple de régulation de la production et de la consommation* », Tom Decorte, *Revue Addiction(s)*, n° 3, décembre 2018, pages 34-36.

(3) « *Demain, les cannabis social clubs. Innovation sociale, modèle d'économie solidaire et garde-fous pour la régulation du cannabis en France* », Kenzi Riboulet-Zemouli, janvier 2021.

Le cannabis social club, un espace de pratique solidaire ⁽¹⁾

« (...) il faut légiférer à petite échelle, au niveau local, en poussant à la création d'associations de consommateurs, en renforçant l'économie sociale et solidaire, en indexant la taxation du produit sur le coût sanitaire, en mettant en place un budget qui flèche recettes et dépenses de manière automatique, en accompagnant la régulation de campagnes de consommation responsable, pour prévenir les risques liés à son usage.

La grande idée, c'est le Cannabis Social Club. Cette invention, tout droit sortie des têtes brunes de nos voisins catalans, constitue un modèle dont il faut s'inspirer ! Le Cannabis Social Club est une association réservée aux usagers de cannabis adultes qui organise la production et la distribution du chanvre en circuit court, dans un cadre non lucratif, de manière contrôlée et sécurisée. Il constitue un groupe d'auto-support qui a pour but de véhiculer les bonnes pratiques de consommation du chanvre et qui peut orienter vers des structures adéquates en cas d'usage problématique (CSAPA, CJC...). C'est également un modèle discret et non incitatif où il est nécessaire d'être coopté au préalable, et où la production répond à la demande, et non l'inverse. C'est enfin un club de passionnés férus du chanvre qui veulent avoir accès à des produits de qualité à un prix raisonnable : psychologue, professionnel de santé, jardinier, récolteur, extracteur, affineur, goûteur, gestionnaire ou simple dégustateur sont alors réunis sous un même toit pour collaborer. »

D'autres avantages ont en outre été identifiés : les **échanges entre pairs avertis** au sein de l'association permettent notamment une interaction, une meilleure connaissance des produits et de leurs effets, et de ce fait, contribuent à la réduction des risques sanitaires. Dans le même ordre d'idées, le **docteur Nicolas Prisse**, président de la MILDECA, faisait remarquer les dégâts sur la santé des usagers causés par les taux de THC élevés étaient d'autant plus importants que la consommation était solitaire et non plus conviviale ⁽²⁾. Comme le souligne **Norml France**, toutes choses égales par ailleurs, ce modèle existe aussi dans notre pays pour d'autres produits que le cannabis : les clubs d'amateurs de cigares ou œnologiques ne sont en effet pas autre chose.

Pour toutes ces raisons, nombre d'acteurs de terrain et d'associations de plaidoyer se prononcent fortement en faveur de **l'invention d'un modèle français de CSC**. En témoignent par exemple les propos en audition de « **Cannabis sans frontières** » ⁽³⁾ ou de **Tom Decorte** ⁽⁴⁾, professeur à l'université de Gand, auteur de nombreux ouvrages, qui insiste sur **l'importance du développement d'un modèle non lucratif, surtout dans les premiers temps de la légalisation** : la lutte en faveur de la réduction de la consommation est selon lui bien plus aisée dans un cadre non commercial qu'en essayant, ultérieurement, de diminuer l'importance des grandes entreprises qui se seront implantées sur le marché national ⁽⁵⁾.

Selon la synthèse des travaux menés à Villeurbanne, la **question de l'autoproduction et des CSC est de celles qui ont retenu l'attention** : « Le débat a vu émerger des contre-propositions à l'idée d'un monopole et d'une régulation par

(1) « La politique des petits pas, c'est la stratégie de Norml France », Béchir Bouderbala, directeur du plaidoyer de Norml France, *Revue Addiction(s)*, n° 3, décembre 2018, page 27.

(2) Audition du 25 novembre 2020.

(3) Table ronde du 13 janvier 2021.

(4) Table ronde du 17 février 2021.

(5) « Le "cannabis social club", un exemple de régulation de la production et de la consommation », Tom Decorte, *op. cit.*, page 36.

l'État de la vente de cannabis. Celles-ci empruntent au modèle des "Cannabis Social Club" développés notamment en Espagne et qui défendent à la fois la possibilité de regroupement d'une autoproduction, le regroupement en association type Cannabis Social Club à but non lucratif un cadre de régulation de la production et de la distribution facilitant aussi l'intégration de nouveaux acteurs économiques, en priorité issus des zones impactées par le trafic. »⁽¹⁾, certains des habitants soulignant le rôle pivot que peut jouer un CSC dans un quartier : « De par sa proximité avec les habitants du quartier un cannabis social club peut devenir un centre social, économique ou encore artistique important. C'est donc un plus pour le quartier. Pour les consommateurs ils leur assurent d'avoir des produits de bonne qualité et les sensibilisent afin qu'ils aient une consommation responsable. »

C. RÉDUIRE LE MARCHÉ NOIR : LA QUESTION CRUCIALE DES PRIX ET DE LA FISCALITÉ

Comme la rapporteure l'a indiqué, les pays qui ont légalisé le cannabis ont vu les acteurs légaux prendre des parts de marché importantes aux dealers. Avec plus ou moins de rapidité, compte tenu notamment des modalités de commercialisation mises en œuvre, le marché légal a réussi à capter en quelques années jusqu'à environ les deux-tiers du marché noir.

Réussir à substituer une offre légale à l'offre illégale suppose que les consommateurs y aient aussi intérêt d'un point de vue financier. Comme l'indique par exemple une étude du Conseil d'analyse économique, « Si l'objectif prioritaire est bien d'assécher le marché illicite, notamment afin de priver les plus jeunes de l'accès au cannabis, alors le prix hors taxe devra, au moins dans les premières années, être inférieur à celui du marché illicite. »⁽²⁾

Dans ce domaine, plusieurs modèles se dégagent encore.

1. Comment et pourquoi ajuster prix et fiscalité ?

a. Les prix comme instruments de la régulation dans une optique sanitaire

Les prix doivent être pensés comme un instrument de la lutte contre le marché noir, comme le souligne le Conseil d'analyse économique qui considère qu'il s'agit d'un **instrument majeur de régulation**. Il est en ce sens important de définir une **stratégie évolutive** en fonction des **objectifs recherchés**.

Renaud Colson et Henri Bergeron partagent l'idée du conseil d'analyse économique et soulignent que « la politique des prix doit arbitrer entre des objectifs partiellement contradictoires. Le maintien de prix bas constitue un outil de lutte contre le marché illicite, qui doit ajuster ses tarifs pour rester concurrentiel quitte à voir sa rentabilité réduite. À l'inverse, l'augmentation des prix permet d'intervenir

(1) « Cannabis : ouvrons le débat ! », *op. cit.*, page 85.

(2) « Une filière du cannabis en France », n° 34, juin 2019.

sur les niveaux d'usage, de rendre certains produits moins abordables que d'autres, et d'accroître les revenus des entreprises de la filière du cannabis. »⁽¹⁾ En d'autres termes, une **politique de prix bas pour des produits de meilleure qualité** que ceux disponibles sur le marché noir devrait contraindre les trafiquants à baisser leurs propres prix pour conserver leurs marges, jusqu'à un **prix d'éviction**, c'est-à-dire **suffisamment bas pour les dissuader de poursuivre leurs activités**.

Cette politique suppose en conséquence d'avoir une **stratégie fiscale adaptée à l'objectif de santé publique**, qui peut par exemple se traduire par une **taxation faible pendant les premières années**, le temps de concurrencer le marché noir, quitte à ce que les taux augmentent ultérieurement dans une perspective de santé, **à l'instar de ce que les pouvoirs publics ont mis en œuvre contre le tabac**, étant avéré « que la consommation de cannabis varie sensiblement en fonction du prix et du revenu. »⁽²⁾

b. Pertinence d'une fiscalité évolutive et autres questions

Parmi les problématiques fiscales à trancher, figure celle des **taux de taxation**. Ainsi, certains des experts entendus par la mission soulignent à ce propos l'intérêt d'une **taxation évolutive**, sur le modèle des droits d'accise différenciés entre les alcools forts d'une part, et la bière et le vin d'autre part, qui contribuerait à dissuader la consommation de produits fortement dosés en THC, ou de favoriser des produits d'une teneur équilibrée entre THC et CBD. Le conseil d'analyse économique ou **Renaud Colson** défendent par exemple cette approche.

D'autres, tel **Norml France**, estiment au contraire que cette différenciation serait une erreur, dès lors qu'un taux de THC fort ne peut se comparer au taux d'alcool des spiritueux et craignent qu'« une telle politique fiscale provoquerait vraisemblablement des détournements et contournements, portant atteinte à la cohérence et à l'applicabilité de la législation. ». En revanche, toujours dans un souci de santé publique, **Norml France** estime pertinent d'introduire un **taux de TVA réduit sur les outils de consommation à moindres risques** tels que les **vaporisateurs**, « extrêmement efficaces pour lutter contre les dommages sanitaires liés à la consommation de tabac et de cannabis par combustion ».

Dans le même ordre d'idées, **priviliégiant un modèle marchand social et solidaire et des circuits courts alternatifs**, **Norml France** se prononce en faveur d'une **approche différenciée**, en ce qui concerne les usages. Concrètement, l'autoproduction du cannabis, pour un **usage privé individuel ou collectif** – dans le cadre des CSC – **non marchand**, ne devrait pas être taxée, de la même manière que ne l'est pas celle du tabac autoproduit.

Pour mémoire, en matière de fiscalité du tabac et de l'alcool, en France, la loi :

(1) *Op. cit.*, page 108.

(2) *Colson – Bergeron, op. cit.*, page 90.

– soumet **les produits du tabac** vendus au détail ou importés en France continentale à un **droit de consommation** comportant une part spécifique par unité de produit ou de poids et une **part proportionnelle au prix de vente au détail** (art. 575 du code général des impôts (CGI)) ;

– prévoit l’homologation des prix du tabac par arrêté conjoint des ministères chargés de la santé et du budget (art. 572 du CGI) ;

– institue une taxe de 0,74 % sur les tabacs fabriqués, au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles (art. 1609 *unvicies* du CGI) ;

– prévoit un **droit de consommation** supporté par les **boissons alcooliques**, dans le respect de la taxation minimale déterminée par le Conseil de l’Europe (directive 92/83/CEE et directive 92/84/CEE). Ce droit de consommation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l’indice des prix à la consommation hors tabac, constaté l’avant-dernière année (art. 403 du CGI) ;

– affecte au **fonds de solidarité vieillesse** le produit des droits de consommations relatifs aux boissons alcooliques visées aux articles 402 *bis*, 403, 406 A, 438 et 520 A du CGI (art. 43 du CGI) ;

– institue une **cotisation** perçue sur les boissons alcooliques au profit de la Caisse nationale de l’assurance maladie (art. L. 245-7 du code de la sécurité sociale), en raison des risques que comporte l’usage immodéré de ces produits pour la santé. **Cette cotisation est perçue comme ressource de l’action de prévention**, l’action sanitaire et sociale des caisses de sécurité sociale ;

– prévoit une taxe appliquée aux « prémix » au profit de la Caisse nationale de l’assurance maladie, dès lors que la boisson obtenue présente un titre alcoométrique acquis de plus de 1,2 % vol. et inférieur à 12 % vol. (art. 1613 *bis* du CGI) ⁽¹⁾.

c. Le contre-exemple américain ⁽²⁾

Aux États-Unis, l’outil fiscal n’a le plus souvent pas été déterminé en fonction de préoccupations sanitaires et ne vise pas à contribuer à la réduction de la consommation.

Comme l’indique en effet la dernière étude de l’OFDT, « le contexte de déficit économique et de crise des finances publiques a permis aux partisans de la légalisation de justifier leurs propositions de réforme par l’argument des recettes fiscales » et ce sont aujourd’hui fréquemment **les administrations fiscales qui sont chargées de la politique de régulation** – attribution, révocation et renouvellement (annuel) des licences, contrôle du marché – comme au Colorado, ou encore dans le

(1) Source : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2020-04-PreventionFR.pdf>

(2) « La légalisation du cannabis aux États-Unis », *op. cit*

Maine, le Nevada, l'Illinois. La politique de ces administrations est en premier lieu **d'optimiser les recettes de l'État** et la fiscalité applicable au cannabis « récréatif » est ainsi devenue un « *enjeu crucial* » : « Du fait des taxes prélevées sur la vente de cannabis, le chiffre d'affaires du secteur du cannabis a engendré des recettes fiscales de plusieurs centaines de millions de dollars par an dès les premières années.

Au Colorado, où la Constitution prévoit un montant maximal d'impôts perceptibles par l'État, un surplus – minime mais emblématique de l'engouement sur ce nouveau marché – a même été reversé au contribuable (7,63 dollars par habitant). » Au point aussi que dans certains États – Colorado, Washington – **les recettes fiscales sur le cannabis dépassent aujourd'hui celles collectées sur le tabac**. En d'autres termes, pour reprendre les propos d'**Emmanuelle Auriol** et **Pierre-Yves Geoffard**, les recettes fiscales de la légalisation ont entraîné un effet d'aubaine dont les pouvoirs publics des États concernés ont pu devenir dépendants ⁽¹⁾.

En revanche, d'un point de vue de santé publique, cet angle d'attaque semble loin d'être le plus pertinent, dans la mesure où **il a surtout pour effet d'entraîner une hausse de la consommation**. En effet, selon les conclusions d'**Ivana Obradovic** pour l'OFDT, « cette dynamique de marché a eu pour effet de démultiplier l'offre. L'offre légale de cannabis aux États-Unis, se caractérise aujourd'hui par l'abondance et la diversité : multiplication des points de vente, élargissement de la gamme des produits à base de cannabinoïdes (produits alimentaires, boissons, variétés hybrides d'herbe incluant des produits fortement concentrés, etc.), mise en œuvre de stratégies marketing afin de renouveler la demande (en particulier auprès des seniors, sur le thème du bien-être et de la lutte contre la douleur). La diversification des produits à base de cannabis a induit une transformation des modalités de consommation, marquée par la montée en puissance de modes de consommation alternatifs à la voie fumée. On relève ainsi, notamment parmi les plus jeunes, une forte popularité de formes de cannabis concentrées (*concentrates*), c'est-à-dire fortement dosées en principe actif, aussi appelées "*dabs*", regroupant huiles, cires (*wax*), cristaux de cannabis (*shatter*), essences naturelles (*oral tinctures*), etc. Celles-ci peuvent dépasser 80 % de THC. Les concentrés représentent près d'un tiers des ventes dans plusieurs États, en particulier le Colorado mais aussi l'État de Washington, l'Oregon ou la Californie. La part de l'herbe (*marijuana*) décline au profit d'une gamme de plus en plus variée de produits, des *edibles* (produits alimentaires infusés au THC) qui représentent un quart des ventes aux cosmétiques (*topicals*). L'extension de l'offre a donc eu pour effet de modifier la structure de la demande, favorisant l'essor de comportements à risque impliquant une consommation de produits très titrés en THC. Par exemple, dans l'État de Washington, la proportion de produits contenant plus de 20 % de THC, initialement un cinquième des ventes, est devenue majoritaire en moins de six mois. **Avec des revenus fiscaux de plusieurs centaines de millions de dollars par an dans certains États, la question de la légalisation du cannabis a changé de nature : il s'agit désormais d'un enjeu davantage financier et industriel.** »

(1) « Cannabis : comment reprendre le contrôle ? », *op. cit.*

Pour **Renaud Colson** et **Henri Bergeron**, il importe au contraire de « se prémunir contre l'effet d'aubaine que peuvent représenter les recettes de la légalisation pour l'État. L'appétence des pouvoirs publics pour ces rentrées d'argent peut les conduire à privilégier des considérations économiques dans l'établissement de la réglementation fiscale applicable au cannabis. Or, celle-ci n'a pas seulement une finalité budgétaire. Elle constitue également un outil de structuration de l'offre qui doit permettre d'atteindre des objectifs sanitaires et sécuritaires. »

La rapporteure partage entièrement cette préoccupation.

2. Le jeu de l'offre et de la demande

Sans surprise, les analystes d'obédience libérale jugent en revanche que c'est au **marché de fixer les prix** et qu'il est donc indispensable **de laisser jouer la loi de l'offre et de la demande** : « les prix sont un signal essentiel permettant d'adapter la production à la demande d'un produit. Si les quantités de cannabis initialement produites ne sont pas suffisantes face à la demande, le prix de la plante augmentera, incitant ainsi les cultivateurs à accroître leur production qui viendra répondre à la demande. Si le prix est maintenu artificiellement bas, cela risquerait de mener à une pénurie. À l'inverse, un prix trop élevé maintiendrait les consommateurs habituels dans le marché noir. **Il est donc crucial que les prix soient laissés libres pour que le marché légal puisse s'équilibrer et représenter une alternative viable au marché noir.** » ⁽¹⁾

En termes de fiscalité, ils recommandent logiquement de **ne pas envisager une taxation excessive** afin de maintenir le prix du cannabis légal en deçà du prix du marché noir, en tenant compte de l'addition des différentes taxes possibles. Ils rejoignent les économistes du conseil d'analyse économique quant aux montants qu'il est raisonnable d'espérer en projetant la captation d'une part de marché correspondant à la plus de la moitié du marché noir, montants grâce auxquels pourraient notamment être **financés le coût de mesures de prévention.**

(1) *Kévin Brookes et Edouard Hesse, op. cit., page 43.*

D. LES PRIORITÉS DE SANTÉ PUBLIQUE

Chacun sait que tout interdit ou restriction est contournable, et c'est la raison pour laquelle, en complément des mesures d'ordre pratique évoquées jusqu'ici et destinées notamment à éloigner les jeunes de la consommation et à restreindre leur possibilité d'accès au produit, il est essentiel de développer d'autres mesures.

Ayant une finalité de santé publique, la politique de légalisation doit impérativement s'accompagner de programmes d'éducation et de prévention, notamment en direction des plus jeunes, d'autant plus que, dans un premier temps, comme cela a pu être constaté à l'étranger, la légalisation ne se traduit pas mécaniquement par une baisse de la consommation.

1. Faut-il une « loi Évin » du cannabis ?

La question de la publicité est fondamentale pour éviter que ne se développe une « esthétique » du cannabis incitant à sa consommation.

Pour mémoire, en matière de publicité et de promotion, la loi limite aujourd'hui les supports et les contenus des publicités pour l'alcool – elle interdit par exemple la publicité au cinéma et à la télévision – et spécifie les supports ou médias autorisés, interdisant de fait tous ceux qui ne sont pas stipulés ; la promotion des produits alcoolisés disposant d'une appellation de qualité ou liés au patrimoine culturel est autorisée (loi de 2016 de modernisation de notre système de santé), ainsi que, depuis 2009, la publicité en ligne pour l'alcool par le biais de formats internet classiques (bannières, par exemple) sur les sites web visant un public adulte, à condition que la publicité ne soit « ni intrusive, ni interstitielle ». S'agissant du tabac, l'interdit est total, y compris depuis 2016, dans les points de vente ⁽¹⁾.

Or, comme le faisait remarquer **Ivana Obradovic** lors de son audition, des stratégies de marketing sont précisément utilisées par les marques aux États-Unis, qui viennent contrer **les avertissements sanitaires** figurant sur les paquets en donnant une image « cool » des produits qu'elles cherchent à banaliser, comme le montrent les éléments reproduits ci-après.

(1) Source : <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2020-04-PreventionFR.pdf>

LE GRAPHISME « COOL » DES MARQUES DE CANNABIS AUX ÉTATS-UNIS



Ainsi, les **défenseurs d'une approche libérale** de la régulation du cannabis proposent « d'encadrer la communication de l'industrie du cannabis légal, en particulier pour s'assurer que celle-ci ne vise pas les jeunes » sans qu'il soit nécessaire, tout au contraire, d'interdire toute forme de marketing, dans la mesure où celui-ci « sera essentiel pour l'industrie naissante du cannabis légal qui devra convaincre les consommateurs de se détourner du marché noir et les informer des différents types de produits existants et des qualités et inconvénients de chacun. » ⁽¹⁾

En outre, estiment **Kévin Brookes** et **Édouard Hesse**, trop de restrictions nuiraient à l'entrée de nouveaux acteurs sur le marché légal qui auraient de ce fait des difficultés à concurrencer les grandes marques établies. En d'autres termes, d'une certaine manière, l'autorisation de la publicité favoriserait la concurrence et limiterait les risques de monopoles. La réglementation de la publicité pourrait s'aligner sur celle en vigueur en **matière d'alcool**, avec **les mêmes interdits** – notamment à la télévision et au cinéma – et **les mêmes autorisations**, notamment dans la presse écrite – sauf les publications destinées à la jeunesse – ainsi que « sur certaines tranches horaires à la radio et dans l'espace public, à l'exception des zones les plus fréquentées par les jeunes. Le parrainage de grands événements serait lui interdit. »

Certains auteurs et organismes se prononcent au contraire nettement en faveur de **l'interdiction de toute forme de publicité** sur quelque support que ce soit et de quelque nature que ce soit.

C'est par exemple la position de **Renaud Colson** et **Henri Bergeron** pour qui les exemples du tabac et de l'alcool montrent qu'une **interdiction partielle de la publicité est insuffisante**. Pour eux, « dès lors que la réduction de la consommation compte au nombre des objectifs de la légalisation, celle-ci doit s'accompagner d'une interdiction générale de toute forme de publicité, qu'elle soit directe ou indirecte, y compris s'agissant des activités de sponsoring. » ⁽²⁾ **Addiction France** défend une position identique.

(1) « Pour un marché libre du cannabis en France, lutter contre le marché noir, protéger les consommateurs », Kévin Brookes et Édouard Hesse, *op.cit.*, page 44.

(2) *Op. cit.*, page 110-111.

Dans une position intermédiaire, **Norml France** suggère que pourrait n’être autorisée la publicité que dans les **médias spécialisés** – qui existent déjà – ainsi que **dans les lieux de vente et de consommation dédiés**, tels les CSC. En outre, ces établissements pourraient devoir afficher une surface équivalente de messages de prévention. Dans l’espace public, seules des campagnes de prévention seraient en revanche autorisées.

2. Comment renforcer les politiques d’éducation à l’usage et de prévention chez les jeunes ?

Il est indispensable d’accompagner la légalisation d’actions de prévention. Les acteurs de la prévention et de l’addictologie, comme on l’a vu plus haut plaident inlassablement en ce sens. Si de nombreuses mesures sont développées ⁽¹⁾, de l’avis de tous, elles restent toutefois trop modestes dans leur mise en œuvre encore souvent expérimentale.

a. Comment développer les compétences psychosociales des plus jeunes ?

Entre autres intervenants majeurs, **Addictions France** souligne l’intérêt de travailler selon plusieurs axes en parallèle. En premier lieu, en renforçant et développant « les compétences psychosociales des jeunes afin de prévenir et retarder l’entrée dans les consommations, y compris celle du cannabis ». Il s’agit pour cela d’aider les jeunes à faire face aux conduites addictives, en leur permettant de se sentir mieux avec eux-mêmes, avec les autres et avec leur environnement, dans la mesure où l’on sait que les consommations à risque à l’adolescence sont favorisées par une mauvaise image de soi, l’influence des pairs, des environnements familiaux ou sociaux insuffisamment protecteurs ainsi que par les multiples sollicitations de la publicité.

Un certain nombre de programmes d’intervention en milieu scolaire existent tels que le **GBG en école élémentaire**, mis en œuvre du cours préparatoire à la sixième, au financement duquel participe le Fonds de Lutte Contre les Addictions (FLCA).

Good Behavior Game ou « le jeu du comportement adapté » consiste en une stratégie de gestion du comportement en classe. Il s’appuie sur des diagnostics locaux et a déjà fait ses preuves aux États-Unis, au Royaume-Uni, aux Pays-Bas et en Belgique. C’est un dispositif de prévention des comportements à risques chez les élèves scolarisés en primaire. Il a pour objectif de renforcer les compétences psychosociales des élèves et d’apaiser le climat scolaire.

L’objectif est d’aider les enfants à mieux assumer leur rôle d’élèves, mais aussi à développer leurs compétences psychosociales, dans le but de favoriser leur bien-être et leur insertion sociale dans leur vie future d’adultes.

(1) <https://www.ofdt.fr/BDD/publications/docs/France2020-04-PreventionFR.pdf>

Les bénéfices attendus au long terme sont la réduction des inégalités sociales de santé, et particulièrement la prévention des conduites addictives (diminution des risques liés à l’abus d’alcool ou à la dépendance de 35 %), la prévention du suicide (diminution de 47 % des tentatives de suicide et/ou pensées suicidaires à l’âge adulte) et des troubles de la personnalité antisociale, ainsi que la prévention de la délinquance.

Actuellement, 29 établissements expérimentent ce programme dans les académies de Nice, Orléans-Tours, Normandie, Reims et Créteil. 318 enseignants ont été formés et le programme a pu concerner 5 960 élèves.

Unplugged est un autre programme développé dans les collèges avec des financements régionaux, que la rapporteure a déjà évoqué ⁽¹⁾. Porté par la **Fédération Addiction**, il est financé dans le cadre d’un appel à projet de l’INCa et par des financements complémentaires de plusieurs ARS – Nouvelle Aquitaine, Île-de-France, Bourgogne-Franche-Comté, Martinique, Occitanie, ainsi que Centre-Val de Loire et Auvergne-Rhône-Alpes.

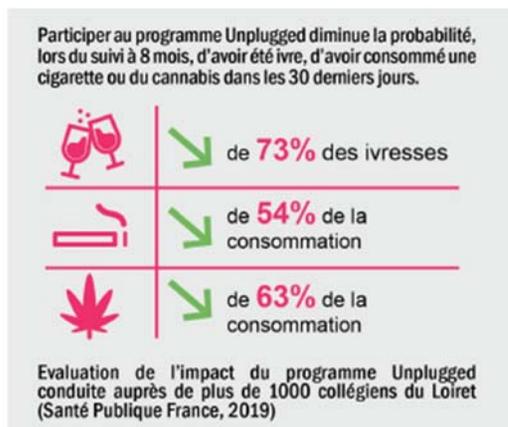
Ce programme met l’accent sur l’alcool, le tabac, le cannabis et les écrans. Il est destiné aux adolescents de douze à quatorze ans, et favorise les aptitudes intra-personnelles des collégiens (confiance en soi, expression de soi, respect des autres).

Il invite également à décrypter les attitudes positives et négatives à l’égard des produits, les influences et attentes du groupe, les croyances sur les produits et leurs effets. Il encourage enfin le développement des habiletés interpersonnelles de communication, d’affirmation et de conciliation. Il comprend douze séances interactives d’une heure (plus deux séances avec les parents), menées en co-animation par un enseignant et un professionnel de la prévention, ayant chacun reçu une formation adaptée. Les enseignants qui co-animeront Unplugged devront au préalable avoir suivi une formation de deux jours, sur site.

Les effets positifs du programme semblent plus importants pour les collégiens sur lesquels pèsent certains facteurs de risque (permissivité parentale relative à leur consommation de SPA, faible niveau scolaire rapporté, environnement socioéconomique défavorisé). Unplugged a aussi un effet bénéfique sur les déterminants psychosociaux ciblés par les activités du programme et améliore le climat scolaire perçu par les élèves. Il semble être un outil de prévention efficace pour intervenir auprès de publics présentant des facteurs de vulnérabilité et pour réduire les inégalités sociales et territoriales de santé. Selon les indications qui ont été données à la mission d’information par la MILDECA, **l’efficacité de ces actions est remarquable** puisque selon une évaluation effectuée par Santé publique France, **Unplugged** obtient, à échéance de huit mois, une baisse de plus de 50 % des consommations de tabac, d’alcool et de cannabis : - 54 % pour le tabac, - 73 % d’ivresses et - 63 % en ce qui concerne le cannabis, comme le montre le graphique ci-dessous.

(1) *Supra*, « Les moyens de la prévention », page 95

Il a en outre, été prouvé que ces programmes protègent de la consommation ultérieure de substances psychoactives tout en exerçant un effet positif sur d'autres comportements : participation et réussite scolaires, estime de soi, bien-être mental, gestion de soi et d'autres compétences sociales.



Source : Mildeca <https://www.drogues.gouv.fr/lessentiel-renforcement-competences-psychosociales-une-prevention-efficace-lecole-0>

Comme l'indiquait enfin la MILDECA à la mission d'information, « **l'enjeu désormais est de dessiner une trajectoire qui permette d'aller de l'expérimentation des programmes et de leur déploiement sur le territoire vers l'intégration de la prévention dans les pratiques pédagogiques et éducatives de la communauté scolaire.** » La rapporteure, suivant en cela l'ensemble des acteurs auditionnés, considère qu'il s'agit en effet d'un **impératif crucial**, compte tenu des enjeux qu'une politique de légalisation ouvrirait. **Les ressources dégagées par la fiscalité sur le cannabis devraient être fléchées vers le financement de ces actions de prévention** que notre pays devra être en mesure de multiplier de manière considérable dans les prochaines années.

b. Le repérage précoce

En second lieu, il est essentiel de travailler au **repérage précoce des jeunes ayant des difficultés en lien avec leurs pratiques addictives**. Ici aussi, des programmes d'intervention existent, comme **Tabado** piloté par l'INCa. Ce programme centré sur la consommation de tabac permet très souvent de repérer des jeunes qui consomment également du cannabis et de leur proposer un accompagnement. Dans le cadre d'un partenariat proposé par l'Institut national du cancer (INCa), le **programme Tabado** a pour objectif d'accompagner les élèves fumeurs de quinze ans et plus à l'arrêt du tabac. Ce programme évalué a démontré son efficacité au sein des CFA Lorrains en 2007-2009 avec un taux de sevrage deux fois plus important dans les établissements où l'intervention s'est déroulée par rapport aux établissements témoins.

Le programme a été mis en place en 2017-2018 en Ile-de-France au sein de cinq lycées professionnels où il est en cours d'évaluation. Un déploiement sur deux ans est prévu sur l'ensemble du territoire français. Ce programme se déroule en trois étapes : une session initiale d'information d'une heure sur les effets du tabagisme sur la santé et les étapes du programme pour les fumeurs volontaires souhaitant arrêter de fumer.

Cette session concerne tous les élèves, fumeurs et non-fumeurs ; une consultation individuelle (cinquante minutes) pour les élèves fumeurs volontaires auprès d'un professionnel de santé. Il donnera des conseils et une aide pour l'arrêt du tabac. Si nécessaire, un traitement de substitution nicotinique pourra être proposé ; quatre séances collectives d'une heure étalées sur deux à trois mois (cinq à dix personnes) proposés aux élèves fumeurs, dont l'objectif est de renforcer la motivation à arrêter de fumer. Elles seront associées si les élèves le souhaitent à une consultation de suivi avec le professionnel de santé. Un courrier à destination des parents d'élèves est prévu ainsi que des questionnaires avant et après le programme Tabado devant être distribués au sein de l'établissement afin d'en évaluer l'impact auprès des élèves.

La mise en place de **Consultations Jeunes Consommateurs (CJC) avancées** en milieu scolaire ou dans d'autres structures accueillant des publics jeunes permet également de favoriser le repérage et le lien vers l'accompagnement, en complément des CJC. Addictions France pilote ainsi un projet national visant à modéliser et expérimenter le déploiement de CJC avancées efficaces, notamment en milieu scolaire (financement FLCA).

3. Comment favoriser une politique de réduction des risques ?

Si le milieu scolaire est à privilégier, la politique de prévention doit être à la hauteur des enjeux et ne pas se limiter à ce seul public prioritaire.

Sans être addictologues, **Emmanuelle Auriol** et **Pierre-Yves Geoffard** rappellent toute l'importance sur le long terme des politiques de prévention : « Les politiques de la demande qui se fondent sur la prévention et l'éducation fonctionnent, comme en atteste le déclin de la consommation d'alcool et de tabac dans notre pays. Depuis le début des années 1960, les quantités d'alcool pur consommées par habitant et par an en France ont diminué de moitié. Cette tendance est un phénomène de fond : entre 1990 et 2013, les quantités d'alcool mises en vente sur le territoire français ont baissé de 25 %. (...). **Cette baisse est le fruit d'un long travail d'éducation et de mesures publiques visant à limiter les consommations. Il ne s'agit pas d'empêcher les Français de boire : il s'agit de les empêcher de boire quand ils conduisent, quand ils sont trop jeunes, et de leur éviter le piège de l'addiction.** En ce qui concerne le tabac, on a des résultats semblables parmi les hommes : la part de fumeurs réguliers dans la population est passée de 72 % en 1953 à moins de 30 % en 2018. (...). **Ces succès sont imputables là encore à tout un ensemble de mesures de santé publique et d'éducation : interdiction de fumer dans les lieux publics, de vente aux mineurs (pas assez respectée car peu**

contrôlée), de publicité, paquet neutre, taxation élevée, meilleur remboursement des substituts nicotiniques, autorisation de la cigarette électronique, etc. » ⁽¹⁾

C'est précisément tout l'enjeu de la politique du cannabis qu'il faut désormais également mettre en œuvre. Le fléchage d'une partie des recettes importantes que la fiscalité y contribuera.

a. La réduction des risques

En insistant sur la **réduction des risques et des dommages**, **Addictions France** propose des conseils en relation avec la consommation de substances potentiellement problématiques d'une manière générale, parmi lesquelles le cannabis. Plusieurs types de programmes sont mis en œuvre : **TAF, Orange bleue, Nozambule, Fêtez clair**, au financement desquels peuvent participer les collectivités territoriales. Ces actions, à destination de **publics plus âgés**, vise le plus souvent les **milieux festifs**.

b. Sensibiliser les parents et les adultes

Pour les associations de terrain, il est aussi indispensable de travailler au développement de politiques de prévention des conduites addictives **au sein des structures d'accueil de jeunes en sensibilisant et formant les professionnels de la jeunesse et de l'éducation**, et en définissant avec eux des plans d'actions adaptés aux besoins spécifiques qu'ils rencontrent.

Dans le même esprit, le **renforcement des compétences des parents et des éducateurs**, d'une manière générale est utile. Des programmes tels que « **Une affaire de famille** » ou le « **Programme de Soutien aux familles et à la Parentalité** » (PSFP), sont par exemple développés en ce sens.

c. Mieux lutter contre les consommations à risque

Il ne sera sans doute pas nécessaire d'insister longuement sur cet item dans la mesure où il a longuement été débattu plus haut : tous les experts ont plaidé pour la nécessité de **renforcer les dispositifs d'addictologie**.

Cette approche, complémentaire du développement des programmes de prévention en milieu scolaire ou autre pourrait notamment prendre la forme de **campagnes d'éducation aux pratiques à moindres risques**, comme le suggère **Norml France**. De son côté, le **docteur Jean-Pierre Couteron** plaiderait avec force lors de son audition ⁽²⁾ pour le financement sur la durée de programmes d'éducation.

(1) « Cannabis : comment reprendre le contrôle ? », *op. cit.*, page 10.

(2) Le 17 février 2020.

4. Faut-il autoriser la consommation dans la rue ?

Les positions des experts sont partagées en ce qui concerne la **présence du cannabis dans l'espace public**.

Certains argumentent que la réglementation en matière de consommation de cannabis devrait être calquée sur celle en vigueur en matière de tabac, et qu'elle devrait en conséquence être interdite dans tous les lieux publics. Depuis 1992 – loi Évin – il est en effet interdit de fumer dans les lieux affectés à un usage collectif, notamment scolaire, et dans les moyens de transport collectif (art. L. 3512-8), disposition qui a ensuite été étendue à tout lieu de restauration, de loisir, de transport public ou de travail fermé et couvert, tout ainsi que tout espace, couvert ou non, accueillant des mineurs (art. R. 3512-2 et suivants du code de la santé publique). Il est également interdit de fumer dans un véhicule en présence d'un mineur et de fumer des cigarettes électroniques dans les établissements destinés aux jeunes, les transports en commun ou les lieux de travail fermés et couverts à usage collectif.

Des auteurs tels que **Renaud Colson** et **Henri Bergeron** souhaitent aller plus loin : « On peut aussi choisir de réduire la visibilité de cette pratique. Outre l'interdiction de consommer des mineurs, on peut imaginer de prohiber l'usage de cannabis dans les espaces ouverts au public, tout en l'autorisant dans des espaces collectifs spécifiques, par exemple les lieux de vente, sous réserve d'y privilégier des formes d'absorption à moindre risque (vaporisation, ingestion...) » ⁽¹⁾

Les chercheurs « libéraux » sont plus réservés et recommandent un régime comparable à celui en vigueur en matière de tabac : « la consommation de tabac étant autorisée dans les lieux publics en extérieur, la cohérence oblige à faire de même pour le cannabis. »

Cela étant, ajoutent-ils, « si certaines communes confrontées à des circonstances locales particulières, comme un afflux de touristes lié à la légalisation ou une fréquentation de certains lieux spécifiques par les fumeurs, jugeaient que les nuisances olfactives sont trop importantes, elles seraient autorisées à en restreindre la consommation dans l'espace public par voie d'arrêtés. En vue de rester cohérent avec la législation concernant le tabac, fumer du cannabis dans les lieux publics fermés doit être interdit. »

Cette approche intermédiaire est aussi celle de **Norml France** pour qui, si des restrictions sont envisageables, ce ne saurait être le cas d'une interdiction généralisée dans l'espace public et, « à l'instar du tabac et l'alcool, les nuisances spécifiques et conditions particulières doivent être considérées au cas par cas. »

Il convient enfin de signaler que certaines des dispositions prohibitives qui ont été instaurées à l'étranger de ce point de vue ne semblent finalement pas pertinentes.

(1) *Op. cit.* page 110.

En témoignent les remarques de certains observateurs au Canada : « L'interdiction complète de consommer du cannabis dans les lieux publics au Québec, c'est une mauvaise politique, qui d'ailleurs n'est pas du tout appliquée. On a rapporté sept arrestations en deux ans à la police de Montréal pour consommation dans les lieux publics. Bref, c'est une fausse solution à un problème qui n'existait pas » En outre, cette disposition pénaliserait les moins nantis, ne disposant pas d'un espace privé pour consommer ⁽¹⁾.

5. Comment agir en matière de prévention routière ?

La question des dangers dus au cannabis en matière de conduite de véhicules, et plus généralement d'engins motorisés, est l'une de celle qui fait le moins débat parmi les observateurs et acteurs du secteur. De nombreux pays ont d'ores et déjà instauré une interdiction précise de conduite sous emprise du cannabis.

Pour autant, il est important de préciser que le sur-risque d'accident de la route, indéniable, dû à la consommation de cannabis, est relativement modéré, puisque le professeur **Jean-Claude Alvarez** ⁽²⁾ conclut de ses travaux qu'il est de 2 %, soit nettement moins que le facteur alcool, qui entraîne un sur-risque de 8,5 %. En revanche, **l'association alcool-THC** entraîne un sur-risque de 14 %. Cette situation doit d'autant plus attirer l'attention que l'on sait que les pluri-consommations associant le cannabis à d'autres produits ayant un effet psychoactif sont importantes. Outre l'effet dose, joue aussi **dans la durée des effets** du cannabis sur les réflexes des conducteurs **la chronicité de la consommation**. De sorte que les effets ne sont pas linéaires chez tous les individus pour une même quantité consommée. En outre, soulignait le professeur Alvarez, les traces de cannabis dans le sang restent visibles longtemps, à savoir pendant plusieurs jours, bien après que tout effet réel ait disparu.

Dans cet ordre d'idées, **Renaud Colson** estime de son côté que si le risque routier doit être réduit au maximum et que le principe de l'interdiction de la conduite sous « ivresse cannabique », fut-elle la plus légère, doit être posé, les conducteurs présentant de simples traces de produit ne devraient en revanche pas être pénalisés. **Norml France** attire en outre l'attention sur l'inadéquation des indicateurs actuels permettant d'identifier une consommation récente ou non et d'affirmer ou non l'altération des facultés des conducteurs. L'association suggère la mise en place de **tests psychomoteurs**, plus pertinents que les tests salivaires en cas de contrôles routiers préventifs et le développement de campagnes de prévention routière adaptées à la réalité des usages de cannabis.

(1) *Le courrier de la Nouvelle Ecosse, 23 octobre 2020.*

(2) *Le 2 décembre 2020.*

E. REPENSER LA QUESTION RÉPRESSIVE

« Légaliser, c'est mettre de l'ordre là où il n'y a que chaos, violence et impunité »⁽¹⁾. Si nul ne prétend que la légalisation du cannabis entraînera un effet radical sur la délinquance et les trafics, qui ne disparaîtront évidemment pas totalement, nul ne doute cependant qu'un effet important sera visible en peu de temps. Toutes choses égales par ailleurs, y a-t-il en effet des raisons pour que ce qui a été constaté dans les pays ayant d'ores et déjà légalisé ne produise pas les mêmes effets en France ?

Deux types de questions retiennent l'attention dans ce domaine, qui touchent à la fois au **registre social et sécuritaire**.

1. Comment favoriser la réinsertion des petites mains du trafic ?

En premier lieu, comme on l'a vu, les trafics des quartiers urbains dans lesquels s'est implanté le deal mobilisent de très nombreuses personnes, dont on estime le nombre autour de 240 000. Si ces individus, particulièrement de jeunes hommes, sont exploités dans des conditions difficiles, ils n'en tirent pas moins certains revenus, mêmes très modestes. La réduction des activités criminelles due à la légalisation aura inévitablement un impact sur leur situation à mesure que les parts du marché noir iront décroissant.

a. Comment valider les compétences ?

D'ores et déjà, des associations de terrain mènent des activités sociales tendant à anticiper la réinsertion de petits trafiquants. C'est par exemple le cas à Marseille, comme l'expliquait **Philippe Pujol** lors de son audition⁽²⁾, où des programmes sont mis en place pour réorienter les **compétences de gestion** rigoureuse, et particulièrement inventives, acquises dans l'économie illégale. Le journaliste estimait qu'il y avait un important travail social à faire pour ne pas perdre ces acquis de terrain et les valoriser autant que possible.

Dans ce domaine réside sans doute l'un des **enjeux majeurs** du passage de l'économie illégale à l'économie formelle pour de nombreux jeunes impliqués. De la même manière que le marché noir ne disparaîtra pas, tous ne sortiront pas de la délinquance, mais la main tendue traduira une **démarche sociale forte**, d'autant que, comme il a été indiqué, les économistes du **Conseil d'analyse économique** estiment le potentiel de création d'emplois légaux à quelque 80 000 à terme, dans une hypothèse de captation forte du marché noir.

(1) « La légalisation des drogues : une mesure de salut public, inévitable, utopique, dangereuse ? », Michel Hautefeuille (psychiatre-addictologue) et Emma Wieviorka (psychiatre), Revue « Mouvements », 2016/2, n° 86, page 50.

(2) Le 18 novembre 2020.

Renaud Colson et **Henri Bergeron** confirment l'importance de cette question en écrivant que « la réforme du droit de la drogue présente, outre ses aspects sanitaire et sécuritaire, une **importante dimension sociale**. L'économie informelle du cannabis constitue une source de revenus significative pour certaines cités et certaines communautés. **Une réflexion sur la régulation du cannabis doit explorer les conditions de possibilité d'une participation de ces territoires et de leurs habitants au marché licite**, dont ils risquent d'être exclus dans l'hypothèse d'une légalisation. »⁽¹⁾ C'est enfin un sentiment partagé par **Jean-Pierre Couteron** pour qui la situation actuelle ne fait que pénaliser les plus vulnérables, sans apporter de solution, ou encore par **Mathieu Zagrodski** dans son étude pour **Terra Nova**, qui souligne la nécessité de fléchir vers les quartiers les ressources fiscales captées par le commerce légal pour y assurer une transition économique et sociale⁽²⁾.

À titre d'exemple étranger, c'est entre autres la politique suivie par l'État de New York qui a ainsi développé un ambitieux programme dédié, qui prévoit notamment de reverser une partie des taxes sur la vente de cannabis, d'un montant estimé à trois cent cinquante millions de dollars par an, vers les communautés les plus affectées par la répression contre les drogues aux États-Unis - les Noirs et les Latinos⁽³⁾.

b. Faut-il amnistier et réinsérer les anciens trafiquants ?

Comme corollaire de cette préoccupation sociale, une **politique de réinsertion suppose d'amnistier les condamnés pour usage et petits trafics**, dans la mesure où les personnes concernées n'auraient pas été impliquées dans des actes violents. Cette question s'est posée dans **tous les pays où il y a eu légalisation**, rappelait **Alice Mesnard**, chercheuse au département d'économie de l'université de Londres⁽⁴⁾.

Pierre-Yves Geoffard⁽⁵⁾ propose ainsi que l'attribution de licences de production et de distribution puisse « être ouverte ou non aux personnes ayant fait l'objet de condamnations pénales. Il semble que l'interdit adopté par le Colorado ait entraîné certains à se tourner vers d'autres activités illicites. Prenant acte de ce constat, la Californie a quant à elle décidé d'amnistier tous ceux qui n'auraient pas été condamnés dans le cadre de la nouvelle loi. Il sera particulièrement intéressant de suivre les conséquences de cette décision : en effet, en France, le trafic de cannabis structure l'économie de certains territoires ; toute démarche de légalisation viendra fragiliser un équilibre qui, pour n'en être pas moins délétère, permet malgré tout à de nombreux habitants de disposer d'une source de revenus ».

(1) *Op. cit.*, page 105.

(2) « Cannabis : pour une autre stratégie policière et pénale », *op. cit.*, page 27.

(3) <https://www.france24.com/fr/info-en-continu/20210425-l-etat-de-new-york-se-r%C3%A0Ave-en-nouvel-eldorado-du-cannabis>

(4) *Audition du 10 février 2021*.

(5) « Régulations économiques, quelles possibilités pour le marché du cannabis », *Revue Addiction(s)*, *op. cit.*, page 20.

Position que partage Béchir Bouderbala dans la même revue pour qui cette décision permettrait que « les dealers les plus responsables d'aujourd'hui deviennent les entrepreneurs les plus sérieux de demain. »

Lors de son audition, **Mme Ruth Dreifuss**, ancienne présidente de la Confédération helvétique et membre de Commission globale de politique en matière de drogues, a pu présenter les **mesures de justice sociale** prises par la Californie et le Massachusetts en indiquant que la France pourrait s'inspirer de ces travaux de régulation : « Les personnes qui avaient des délits liés au trafic non-violent du cannabis ont pu faire **effacer leurs casiers judiciaires** ; les licences d'entrée sur le marché sont délivrées par les élus locaux, avec la capacité de donner la **priorité aux personnes ayant travaillé dans des postes prolétaires dans le marché illégal** ; et le **réinvestissement direct d'une partie des revenus des taxes du marché légal dans les quartiers qui ont été le plus affectés par le marché illégal et sa répression**. Ces dispositions ont également été reprises par la Chambre des Représentants américaine dans sa loi MORE du 4 décembre 2020 pour dépénaliser et légaliser le cannabis au niveau fédéral, et qui est actuellement soumise au Sénat. » ⁽¹⁾

C'est une approche identique que défendent les auteurs de **Génération libre** en proposant qu'« **une politique proactive d'information et d'aide à destination des anciens vendeurs de cannabis illicite pourrait être mise en place afin de favoriser leur intégration dans les circuits légaux** » afin d'aider « des individus pour qui l'insertion dans l'économie légale peut être plus difficile. » ⁽²⁾ En outre, cette politique permettrait aux boutiques officielles de bénéficier de l'expertise de ces vendeurs, dont les compétences pourraient être développées par des programmes de formation.

Pour **Christian Ben Lakhdar** et **Pierre-Alexandre Kopp**, les recettes fiscales obtenues de la vente de cannabis pourraient être en partie consacrées au financement des **mesures de réinsertion** des anciens dealers ⁽³⁾.

2. Comment éviter le report des trafics sur d'autres produits ?

Comme l'ont régulièrement souligné les forces de sécurité lors de leurs auditions, la crainte est grande que l'on assiste à un report des réseaux criminels vers d'autres produits potentiellement beaucoup plus dangereux. Si les « petites mains », innombrables, impliquées dans les trafics de cannabis pourront être réinsérées socialement, il n'en sera pas de même des acteurs des réseaux actifs sur d'autres produits dont la consommation est en forte expansion dans notre pays.

(1) Audition du 27 janvier 2021.

(2) *Op. cit.*, page 42.

(3) Audition du 17 février 2021.

C'est notamment l'avertissement que formulait **Stanislas Gaudon** ⁽¹⁾, délégué général du syndicat de police Alliance, qui signalait à cet égard la consommation de cocaïne, de drogues de synthèse et de nouveaux médicaments aux effets psychotropes, qui sont d'ores et déjà l'objet de trafics importants. En ce sens, la légalisation du cannabis apparaît comme un moyen permettant de réorienter d'importantes ressources policières pour qu'elles se consacrent à de nouvelles missions.

Cela étant, tourner le dos à cinquante ans de prohibition ne signifie faire preuve d'angélisme et y voir la fin inéluctable et programmée de la criminalité liée aux trafics. Le report des trafics sur d'autres substances addictives ou d'autres activités délinquantes, comme **le maintien d'un marché noir résiduel**, sont effectivement en partie possibles, sinon probables : ils ont été constatés dans tous les pays ayant procédé à la légalisation, États-Unis, Canada ou Uruguay. Comme le souligne la note de l'OCRTIS, cette demande s'explique notamment par les **besoins des jeunes de moins de vingt-et-un ans** auquel l'accès au marché légal est interdit – aspect qui conforte l'intérêt du développement d'une politique d'éducation et de prévention en direction du jeune public – et par le développement de filières d'exportation vers des États n'ayant pas encore légalisé et soumis à l'interdit fédéral ⁽²⁾. En outre, comme le faisaient remarquer récemment deux auteures, « les observateurs relèvent néanmoins la résilience du marché illicite, trois ans après l'ouverture de la vente légale du cannabis au Colorado et dans l'État de Washington : les trafiquants parviennent en effet à contourner la loi en continuant à offrir du cannabis de moindre qualité et à meilleur prix (car non taxé), tout en étant peu exposés au risque d'interpellation compte tenu des difficultés policières à atteindre au cœur les réseaux criminels. » ⁽³⁾

La politique de la main tendue à finalité sociale évoquée ci-dessus ne doit pas non plus être perçue sur le terrain comme un renoncement de la part de l'État à toute politique répressive, et il va de soi que, dans ce nouveau contexte, **les sanctions dont seraient passibles les trafiquants** qui continueraient leurs activités criminelles **devraient être renforcées**. On peut en outre supposer qu'une politique fiscale prudente, c'est-à-dire non prioritairement tournée vers l'obtention de recettes mais vers le tarissement du marché noir, contribuerait à mieux endiguer le marché noir que ce qui s'est fait aux États-Unis.

Elles le seront d'autant mieux que le changement de logique permettra notamment de **dégager des ressources publiques, humaines et financières**, qui auront de ce point de vue un **impact positif sur le travail policier et la sécurisation des quartiers concernés**, tout en améliorant les relations entre les forces de l'ordre et ses plus jeunes habitants.

(1) Table ronde du 16 décembre 2020.

(2) Ivana Obradovic, « La légalisation du cannabis aux États-Unis », *op. cit.*, page 20.

(3) « Réformer, dépenaliser, légaliser : des concepts aux pratiques », Ivana Obradovic et Virginie Gautron, *Délibérée*, n° 3, 2018/1, pages 20-21.

C'est la raison pour laquelle, comme certains observateurs le rappellent ⁽¹⁾, **la légalisation et répression sont des politiques complémentaires** et l'une ne va pas sans l'autre. Les dépenses de répression – aujourd'hui considérables puisqu'on a pu évaluer qu'elles étaient supérieures au coût social du cannabis ⁽²⁾ – réorientées des usagers vers les trafiquants, permettront de limiter le poids de l'économie illégale et d'affaiblir les mafias. Des travaux de simulation montrent ainsi que « pour éradiquer le secteur illégal tout en gardant une consommation totale limitée, il est plus efficace de favoriser la préférence des consommateurs pour le cannabis légal et de renforcer la répression contre les trafiquants (entraînant ainsi la hausse de leur coût), que d'augmenter les sanctions à l'égard des consommateurs. » ⁽³⁾ En d'autres termes, il s'agit de penser à **l'intensification de la répression contre les réseaux mafieux**, grâce à la mobilisation d'une partie des recettes fiscales tirées du cannabis légal.

F. QUEL DISPOSITIF INSTITUTIONNEL POUR GÉRER LA POLITIQUE DU CANNABIS ?

Plusieurs options sont envisageables pour piloter la régulation. Comme la rapporteure l'a indiqué, certains observateurs plaident pour une forme de **monopole national**, l'État assurant la régulation de la production et la distribution du cannabis. Concrètement, diverses modalités pourraient être envisagées.

1. Faut-il prévoir une agence du cannabis ?

La première peut se traduire par l'institution d'un **organe public de contrôle** du marché. Cette instance contrôlerait notamment que la production, confiée aux titulaires de permis de culture qu'elle choisirait, se fait dans de bonnes conditions, de même que la distribution par des vendeurs qu'elle agréerait ⁽⁴⁾. Il s'agit en conséquence d'une **légalisation contrôlée et pilotée par la puissance publique**.

Dans le même esprit, d'autres auteurs se prononcent en faveur de la création d'une **autorité administrative indépendante** qui pourrait utilement « limiter l'appétence des pouvoirs publics aux rentrées fiscales liées au cannabis et leur capture par les lobbys du secteur qui ne manqueront pas de se former. » ⁽⁵⁾ C'est la suggestion de plusieurs économistes du Conseil d'analyse économique, tels **Emmanuelle Auriol** et **Pierre-Yves Geoffard**, pour qui il importe de bien encadrer le marché et de prévenir ses dérives potentielles « dans la mesure où la manne financière du cannabis récréatif représente des enjeux économiques et industriels considérables. »

(1) Par exemple, Emmanuelle Auriol et Pierre-Yves Geoffard, « Cannabis : comment garder le contrôle ? », *op. cit.* et Mathieu Zagrodski, « Cannabis : pour une autre stratégie policière et pénale ».

(2) « Évaluation économique de la loi du 31 décembre 1970 réprimant l'usage et le trafic de stupéfiants », Christian Ben Lakhdar et Morgane Tanvé, *Revue « Psychotropes »*, 2013/1, vol. 19, page 39.

(3) « Cannabis : comment garder le contrôle ? », *op. cit.*, page 9.

(4) *Supra*, pages 203 et suiv.

(5) « Cannabis : Comment reprendre le contrôle ? », *op. cit.* page 8

C'est la raison pour laquelle **le régulateur serait compétent tant en amont qu'en aval de la filière** : qualité des produits, quantité des productions, tarification, nombre et implantation des points de vente, publicité, promotion des politiques de prévention via l'affectation des recettes fiscales, transformation des zones d'économie illégale zones de droit, etc.

Le régulateur aurait en outre un rôle **d'encadrement et de contrôle du marché** essentiel, dans la mesure où « la manne financière du cannabis représente des enjeux économiques et industriels considérables » susceptibles de dérives. **Renaud Colson** et **Henri Bergeron** partagent cette option, jugeant que le contrôle du respect des règles édictées, leur évaluation et leur adaptation, le cas échéant, devraient être confiés « à un ou plusieurs organes de régulation », étant entendu que « la création d'une autorité administrative indépendante ayant la santé publique comme priorité renforcerait la légitimité de l'architecture réglementaire »⁽¹⁾ Comme les auteurs du Conseil d'analyse économique, ils jugent également que l'appétence des pouvoirs publics pour les recettes fiscales, et leur risque de dépendance, justifie de confier ces attributions à une **autorité indépendante**.

À ce propos, certains auteurs – **Christian Ben Lakhdar** et **Jean-Michel Costes**⁽²⁾ – avancent que le modèle de l'Autorité de régulation des jeux en ligne (ARJEL), aujourd'hui **Autorité nationale des jeux** (ANJ), pourrait être repris, dès lors que, dans un cas comme dans l'autre, existent des risques d'addiction et que l'ARJEL a fait la preuve de son efficacité. Ils adaptent et complètent le modèle pour définir une **Autorité de régulation du cannabis** (ARCA), également indépendante, qui serait chargée de l'ensemble des problématiques de régulation, supervision et contrôle du marché du cannabis : « L'ARCA, ainsi dotée d'outils de régulation permettrait un meilleur contrôle du marché du cannabis par comparaison à la situation catastrophique en termes de santé et de sécurité publiques que nous connaissons aujourd'hui ». Si un certain nombre d'observateurs, telle l'ANPAA, considèrent la création d'une telle instance comme indispensable, d'autres y sont opposés, tels les analystes libéraux qui préfèrent s'en remettre au seul marché libre pour assurer la régulation, jugeant que cette proposition vise en fait à dissuader la consommation du cannabis et rend *de facto* la légalisation inopérante face au marché noir qui continuera de proposer des services adaptés aux demandes des usagers à des prix intéressants⁽³⁾. La rapporteure n'est pas convaincue par ces arguments.

(1) *Op. cit.*, page 108.

(2) « Contrôler le marché légalisé du cannabis en France, l'exemple fondateur de l'ARJEL », *Terra Nova*, octobre 2016.

(3) *Kévin Brookes et Edouard Hesse, « Pour un marché libre du cannabis en France », op. cit.*, pages 13-14.

2. Quelle affectation pour les recettes fiscales issues du cannabis ?

Selon les projections effectuées par le **Conseil d'analyse économique** dans l'étude précitée, dans l'hypothèse où ils seraient rémunérés en moyenne à hauteur de 1,2 SMIC, les emplois légaux de la filière pourraient induire des **cotisations sociales** d'un montant total annuel compris entre 250 et 530 millions d'euros, voire jusqu'à 740 millions d'euros dans l'hypothèse haute de 80 000 emplois créés.

Par ailleurs, selon les niveaux de taxation envisageables, les **recettes fiscales** dégagées par le marché légal du cannabis – droit d'accise et TVA – représenteraient quelque **2 milliards d'euros** annuels pour un marché de l'ordre de cinq cents tonnes, et de 2,8 milliards d'euros pour un marché de sept cents tonnes.

L'importance des sommes en jeu permet d'envisager une affectation de ressources considérables en faveur de **deux axes de politiques publiques**, à la fois essentiels et complémentaires.

En premier lieu, pour le **développement des actions de prévention** dont on a souligné l'intérêt crucial dans une perspective de réduction des risques et de la consommation. Rappelons ici encore une fois que l'ensemble des parties prenantes auditionnées par les membres de la mission d'information – associations de terrain, médecins, addictologues, syndicats de police, forces de gendarmerie – ont souligné **l'insuffisance des moyens mis en œuvre dans notre pays en matière de prévention**. Grâce à une mobilisation d'une part des recettes fiscales obtenues, les programmes de prévention, notamment en direction des jeunes, que la rapporteure a présentés, pourraient être dispensés dans un nombre d'établissements bien supérieur. La sensibilisation d'un grand nombre d'élèves de tous âges aurait des effets durables sur l'ensemble des problématiques d'addiction.

En outre, le fait de légaliser le cannabis permettrait de réaffecter un grand nombre de personnels vers de nouvelles tâches. Selon les estimations de **Mathieu Zagrodski**, « En partant du principe que les équipages de police en France tournent généralement à trois personnes, cela représenterait 600 000 heures passées chaque année par des policiers qui par ailleurs souffrent d'un manque d'effectifs sur le terrain. Cela représente l'équivalent de 373 postes à temps plein », sans compter les dizaines de milliers d'heures que consacrent les officiers de police judiciaire mobilisés sur les procédures, « que l'on pourrait réallouer à des procédures plus importantes. » ⁽¹⁾ En d'autres termes, la légalisation générera des économies sur les dépenses de répression. Consécutivement, les forces de l'ordre pourront disposer de **moyens financiers, humains et techniques supérieurs pour se consacrer à la répression contre les réseaux**, et ce, d'autant qu'une part des recettes fiscales obtenues de la vente de cannabis pourra leur être destinée.

(1) « Cannabis : pour une autre stratégie policière été pénale », *op. cit.*, page 29

Enfin, comme le proposent notamment les élus locaux et les populations des quartiers concernés, à l’instar de ce qui a pu être pratiqué dans certains États américains, telle la Californie, une part des recettes fiscales pourrait être utilisée dans le cadre de politiques sociales au niveau local, dans les quartiers les plus impactés ou au profit de l’accompagnement des populations concernées.

Pour leur part, en réponse à la question : « En cas de légalisation, quelles seraient selon vous les priorités budgétaires qui pourraient être financées par les ressources fiscales susceptibles d’être générées par la vente encadrée de cannabis ? », les répondants à la consultation citoyenne de l’Assemblée nationale se sont très majoritairement prononcés, par ordre d’importance décroissant, en faveur de la **prévention en matière de consommation de cannabis**, en particulier des mineurs, et de la **lutte contre les addictions**. Ces deux rubriques figurent comme première priorité pour plus de cent mille personnes ayant répondu à ces questions.

Il n’est pas indifférent de relever que les participants à la consultation citoyenne ont également mis en évidence une priorité de financement de la justice sociale, et notamment le financement de politique de réhabilitation pour les personnes qui vivaient du trafic : « Venir en aide aux dix millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, et accompagner les personnes qui gagnaient leur vie grâce au trafic illégal de cannabis dans une réinsertion professionnelle », « Des moyens pour les quartiers défavorisés où se concentre le trafic, notamment pour l’éducation ou la formation professionnelle et l’emploi », « Mettre des moyens conséquents dans la formation et l’emploi des jeunes de quartiers qui font la face visible du réseau de trafiquants. Il ne faut pas les laisser sans opportunité car en asséchant le marché, sans possibilité d’emploi autre, ils vont se tourner vers d’autres commerces illicites », sont certaines des réponses ouvertes déposées sur le site de l’Assemblée nationale.

Pour **Emmanuelle Auriol** et **Pierre-Yves Geoffard**, les retombées économiques et industrielles pour notre pays seront d’autant plus profitables que, dans la mesure où les conventions de l’ONU sont toujours en vigueur, le commerce international est prohibé et que le marché national sera de ce fait protégé de la concurrence étrangère : « la production ainsi que la commercialisation de cannabis récréatif en France seront des activités exclusivement hexagonales. Cela permettra de générer de nouveaux emplois légaux en créant de nouvelles activités agricoles et de nouveaux commerces. » ⁽¹⁾

(1) « Cannabis : comment reprendre le contrôle ? », note n° 52, juin 2019.

SYNTHÈSE DE TROIS SCÉNARIOS POSSIBLES ⁽¹⁾

	Recettes fiscales ⁽¹⁾	Emplois créés ⁽²⁾		Cotisations sociales ⁽³⁾	
		Est. basse	Est. haute	Est. basse	Est. haute
Scénario 1. Demande constante 500 tonnes/an	2 milliards	27 500	57 000	255 millions	530 millions
Scénario 2. Augmentation modérée de la demande 600 tonnes/an	2,4 milliards	33 000	68 400	307 millions	636 millions
Scénario 3. Forte hausse de la demande 700 tonnes/an	2,8 milliards	38 500	79 800	358 millions	742 millions

Notes : (1) Hypothèse : 4 euros de taxe/gr. ; (2) Hypothèses : « Estimation basse » : 55 emplois créés (40 directs + 8 indirects + 7 induits) et « Estimation haute » : 114 emplois créés (80 directs + 18 indirects + 16 induits) ; (3) Hypothèse : 9 300 euros de cotisations par emploi.

Source : Calcul des auteurs.

(1) Pierre-Yves Geoffard, Jean Beuve et Etienne Fize, « Une filière du cannabis en France », *op. cit.*, page 7.

ANNEXE 1 : BILAN DE LA CONSULTATION CITOYENNE



Les consultations citoyennes sont des consultations utilisées par l'Assemblée nationale pour permettre aux législateurs de recueillir les points de vue, les expériences et les analyses de personnes qui n'ont pas accès au Parlement dans le cadre de leurs travaux d'évaluation classiques. Les citoyens peuvent ainsi prendre part aux travaux parlementaires, et inscrire leurs préoccupations et leurs avis dans le débat public. Cet exercice prend la forme d'une consultation en ligne, souvent sous la forme d'un questionnaire.

L'objectif de la mission d'information relative à la réglementation et à l'impact des différents usages du cannabis est de dresser le bilan des politiques publiques menées en matière de prévention et de répression des trafics et usages de cannabis, de proposer un panorama des expériences étrangères de légalisation et de dépénalisation, et de contribuer à une réflexion sur l'éventuelle évolution du cadre réglementaire français relatif à cette substance.

Or, cette évolution du cadre réglementaire français relatif au cannabis ne peut être envisagée sans une écoute attentive des citoyens. Sur ce sujet d'importance première, l'Assemblée nationale, pour mener à bien sa réflexion, a donc souhaité donner la parole aux citoyens. À l'instar de certaines municipalités comme Villeurbanne, la mission d'information a proposé une consultation citoyenne destinée à mieux comprendre la perception du cannabis qui est aujourd'hui celle des Français et leur vision de l'avenir des politiques publiques en la matière.

La consultation citoyenne sur l'usage du cannabis dit « récréatif » s'est déroulée sur six semaines, du 13 janvier au 28 février 2021. La mission d'information sur le cannabis a mis en place un questionnaire composé de plus d'une dizaine de questions, visant à connaître l'opinion des participants à cette consultation citoyenne sur le dispositif actuel de répression de la consommation de cannabis et de lutte contre les trafics, sur leur perception des risques liés à la consommation de cannabis, et sur un éventuel assouplissement de la politique actuelle en matière de répression et de prévention de l'usage du cannabis. Il leur a été par la suite demandé de préciser leur réponse, via des questions portant sur les modalités d'une éventuelle légalisation ou, au contraire, des raisons pour lesquels ils étaient favorables à un renforcement des sanctions ou un maintien de la législation actuelle.

Cette consultation citoyenne a rencontré un franc succès, avec 253 194 participations. Alors que 36 consultations citoyennes ont été lancées depuis le début de la législature, la consultation citoyenne sur le cannabis est la seconde en terme de nombre de participations, très largement classée devant les autres consultations, qui ne sont que 4 à avoir dépassé les 5 000 participants.

Thème	Organe	Type de travaux	Type de consultation	Ouvert / Limités à des destinataires	Date de mise en ligne	Date de clôture	Participation Nb de participants / Réponses	Nb de questionnaires complets	% questionnaires complets
Changement d'heure	Commission des affaires européennes	Législatif (prospectif)	Questionnaire	Ouvert	04/02/2018	03/03/2018	2 103 999	1 638 435	77,87%
Cannabis	MIC Cannabis	Contrôle	Questionnaire	Ouvert	13/01/2021	28/02/2021	253 194	205 535	81,18%
Les moyens des forces de sécurité	Commission d'enquête sur les moyens des forces de sécurité	Contrôle	Questionnaire	Limité à des destinataires	22/05/2019	28/06/2019	13 735	6 425	46,78%
L'avenir des terres agricoles	Mission d'information commune	Contrôle	Questionnaire	Ouvert	15/06/2018	20/07/2018	6 911	4 874	70,53%

Ce succès démontre bien l'importance du sujet qu'est la réglementation du cannabis récréatif, ainsi que la volonté des citoyens de s'en saisir.

Les réponses anonymisées collectées via la consultation citoyenne ont été publiées sur la plateforme open data de l'Assemblée nationale dès la parution du rapport de la mission d'information, dans un format ouvert et librement réutilisable : <https://data.assemblee-nationale.fr/autres/consultations-citoyennes/cannabis-recreatif>

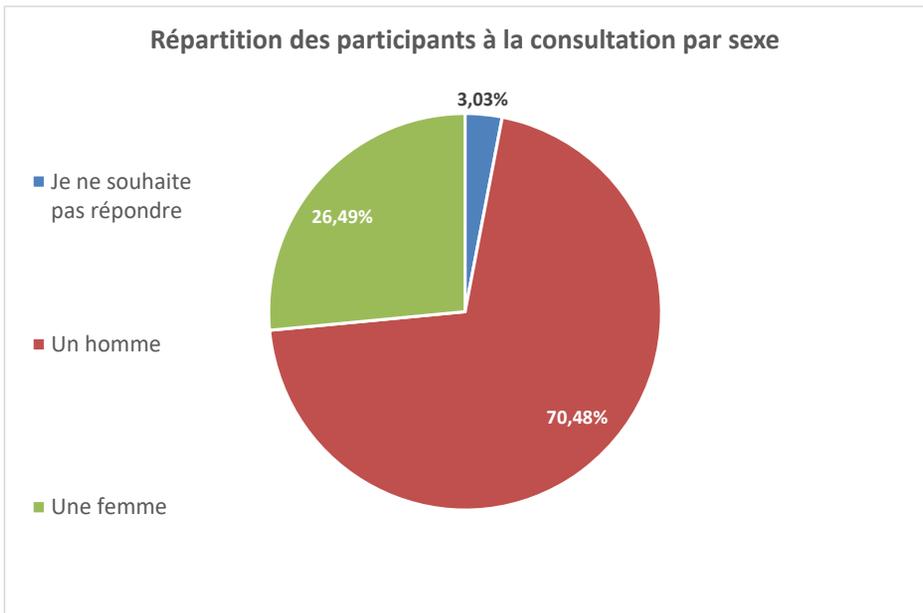
I. QUI SONT LES PARTICIPANTS À LA CONSULTATION ?

Une série de questions a été posée aux participants dans le but de connaître leur sexe, leur âge, leur catégorie socio-professionnelle et leur département de résidence.

A. LES CITOYENS AYANT PARTICIPÉ À LA CONSULTATION

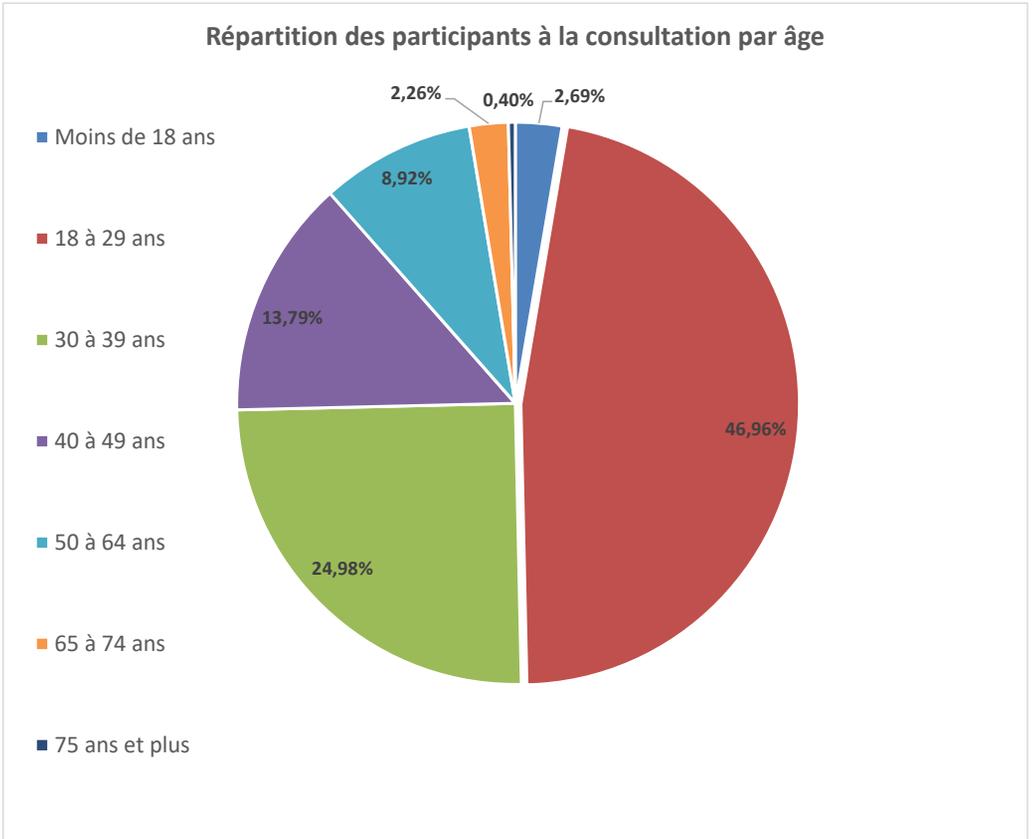
La consultation citoyenne sur l'usage du cannabis dit « récréatif » a recueilli 253 194 participations entre le 13 janvier et le 28 février 2021, en faisant l'une des consultations citoyennes les plus importantes depuis la création de cet outil par l'Assemblée nationale. Les questions de profilage des participants laissées sans réponse ont été retranchées des statistiques présentées ci-dessous.

PARTICIPATION PAR SEXE



De manière assez classique pour des dispositifs de consultation en ligne, la **participation des hommes à la consultation citoyenne a été la plus élevée**, puisqu'elle représente 70,48 % des participants, avec 166 197 participations. Les femmes ne représentent que 26,49 % des participants, avec 62 472 participations. 7 153 personnes n'ont pas souhaité répondre à la question.

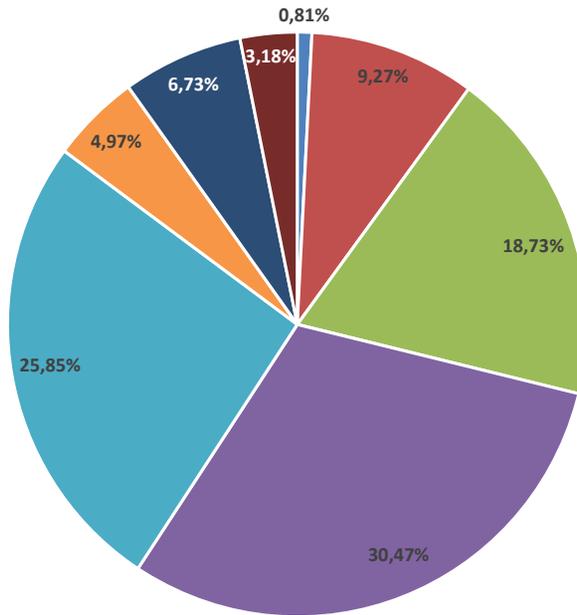
PARTICIPATION PAR ÂGE



La consultation citoyenne sur l'usage du cannabis dit « récréatif » a été davantage plébiscitée chez les jeunes. La tranche d'âge ayant le plus largement participé est celle des 18 à 29 ans : avec 110 918 réponses, ils constituent près de la moitié des participants. La participation s'amenuise ensuite à mesure que la tranche d'âge sélectionnée est âgée : ainsi, les 30 à 39 ans constituent 24,98 % des participants avec 59 003 participations ; les 40 à 49 ans représentent 13,79 % des participants avec 32 573 participations ; les 50 à 64 ans constituent 8,92 % des participants avec 21 078 participations. La part des participants âgés de plus de 65 ans ne représente que 2,66 % du total, avec 6 285 participations.

PARTICIPATION PAR CATÉGORIE SOCIO-PROFESSIONNELLE

Répartition des participants à la consultation par catégorie socio-professionnelle

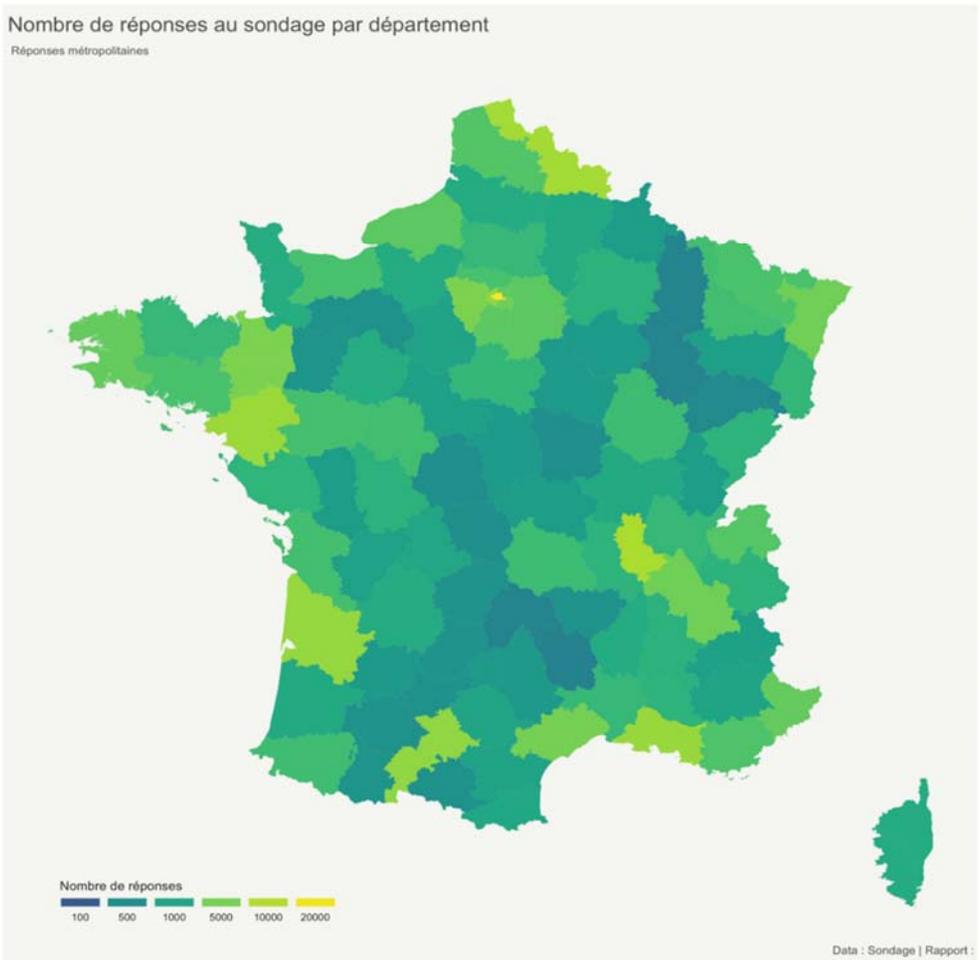


- Agriculteurs exploitants
- Artisans, commerçants et chefs d'entreprises
- Autres personnes sans activité professionnelle
- Cadres et professions intellectuelles supérieures
- Employés
- Ouvriers
- Professions intermédiaires
- Retraités

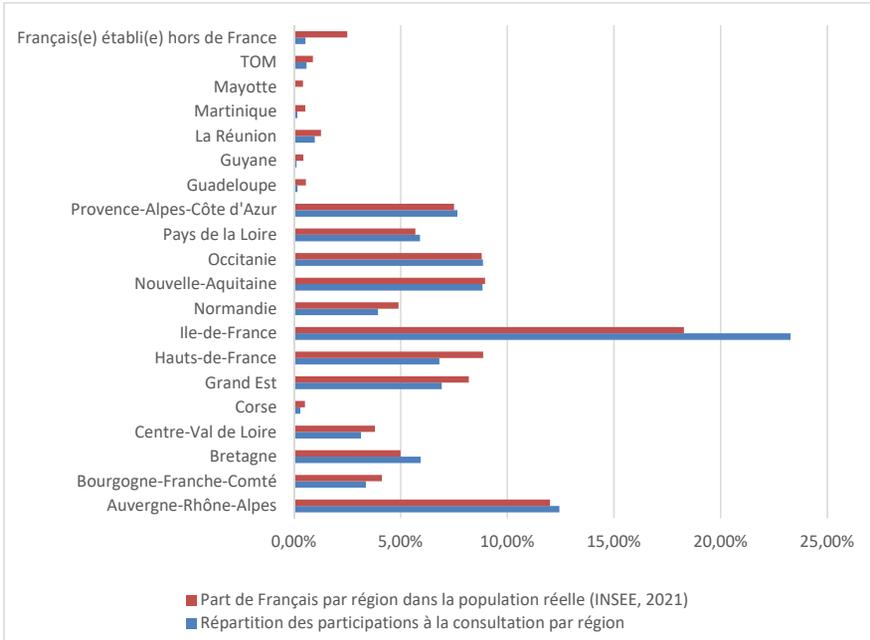
La catégorie socio-professionnelle la plus représentée dans la participation à la consultation citoyenne est celle des « Cadres et professions intellectuelles supérieures » : elle représente 30,47 % des participants, avec 71 845 participations. Il est à noter que cette catégorie est surreprésentée dans la consultation citoyenne, puisqu'elle ne représente que 10,6 % de la population (INSEE, 2020).

La seconde catégorie la plus représentée est celle des « Employés », avec 60 951 participations. La catégorie la moins représentée est celle des « Agriculteurs exploitants », avec 0,81 % des participations (1909 participations), mais cela correspond à leur part dans la société, qui est de 0,7 % (INSEE, 2020). La surreprésentation des « Autres personnes sans activité professionnelle » peut quant à elle s'expliquer par la grande participation des 18-29 ans, puisque cette catégorie comprend, entre autres, les étudiants.

PARTICIPATION PAR DÉPARTEMENT DE RÉSIDENCE



Les participants à la consultation citoyenne sont majoritairement originaires de Paris, du Rhône, du Nord, de la Loire-Atlantique, des Bouches-du-Rhône, de la Gironde, des Hauts-de-Seine et de la Haute-Garonne.



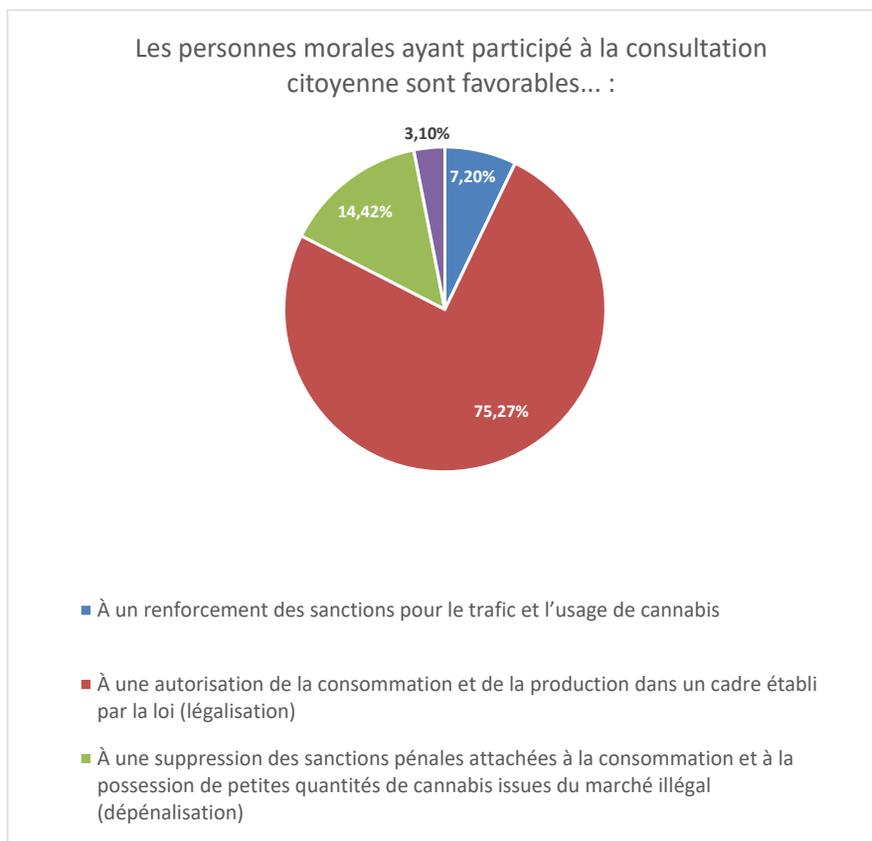
La participation par région à la consultation citoyenne sur l'usage du cannabis dit « récréatif » correspond environ à la part de la population française vivant dans chacune de ces régions. Il est cependant à noter qu'**au sein des participations, les participants originaires d'Île-de-France sont largement surreprésentés par rapport à leur poids dans la population totale**, avec 23,28 % des participations alors que seulement 18,28 % des Français sont originaires d'Île-de-France. La part des Français la plus sous-représentée par rapport à son poids dans la population totale est celle des Français établis hors de France, suivi par Mayotte, la Martinique, les Hauts-de-France et le Grand Est.

B. LA PARTICIPATION DES PERSONNES MORALES

Parmi les 253 194 réponses reçues à la consultation citoyenne sur l'usage du cannabis dit « récréatif », 893 ont été faites par des personnes morales. Ces personnes morales sont des organisations syndicales, professionnelles ou des associations et des organisations non-gouvernementales.

Ces personnes morales défendent pour la plupart du temps une cause qui les relie à la réglementation sur le cannabis. Ainsi, de nombreuses associations directement liées au cannabis (collectif d'information, groupes de pression, etc.) sont représentées parmi ces personnes morales. Des organisations professionnelles qui seraient directement touchées en cas d'une légalisation, telles que des organisations professionnelles de buralistes et de débits de tabac ainsi que des entreprises de commerce de CBD ont également répondu à la consultation citoyenne. Enfin, les deux autres « types » de personnes morales parmi les plus représentées sont les associations de lutte contre les addictions ou de lutte contre la consommation de drogue.

Parmi ces personnes morales, et pour celles qui ont souhaité répondre à la question, la majorité est favorable à une évolution de la législation sur **le cannabis vers une légalisation ou une dépénalisation**

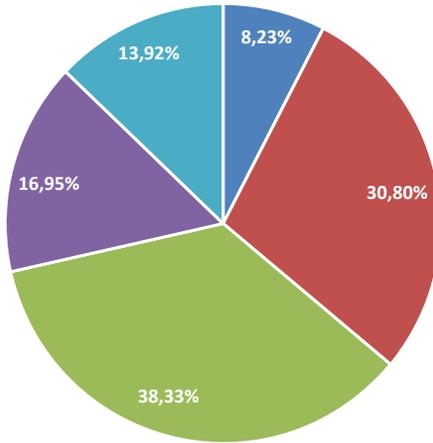


C. LES PARTICIPANTS ET LEUR RAPPORT À LA CONSOMMATION DE CANNABIS

la mission d'information a souhaité interroger les participants à la consultation citoyenne sur leur rapport à la consommation de cannabis. La question posée était : « **Vous consommez du cannabis...** ».

Avec 38,33 % des réponses et 72 366 participations, c'est la réponse « Occasionnellement » qui est la plus majoritaire parmi les participants à la consultation citoyenne. La réponse « Jamais » est la deuxième réponse la plus plébiscitée, avec 30,80 % des réponses pour 58 153 participations. Compte-tenu de la question et du cadre réglementaire français qui rend illégal la consommation de cannabis, la part des personnes n'ayant pas souhaité répondre à la question est exceptionnellement élevée, avec 8,23 % des participants pour 15 534 participations. Il est également à noter que, pour cette question, le nombre de personnes ayant laissé la réponse « vide » est également exceptionnellement élevé : 48 872 participants n'ont saisi aucune réponse.

Récurrance de la consommation de cannabis chez les participants à la consultation



- Je ne souhaite pas répondre à cette question
- Jamais
- Occasionnellement
- Régulièrement
- Tous les jours

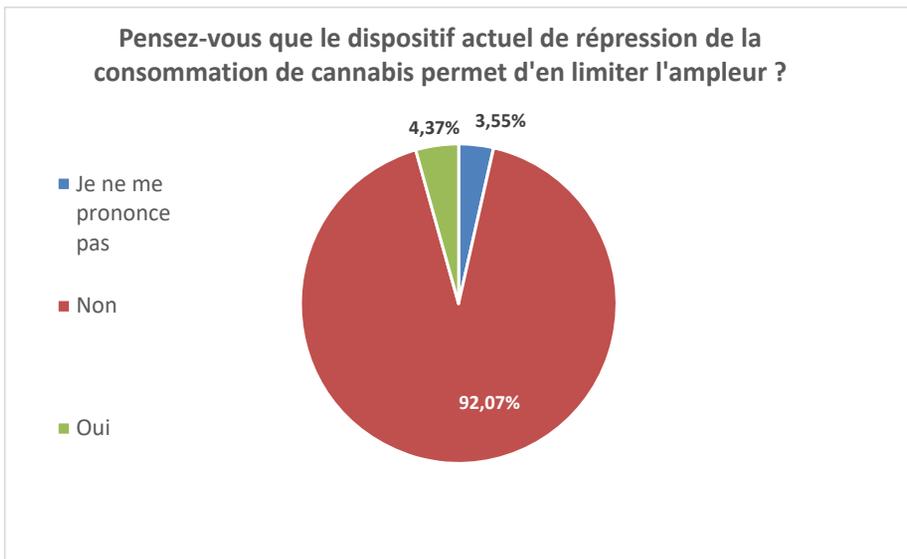
II. PERCEPTION ET OPINION SUR LA CONSOMMATION DE CANNABIS ET SUR LE DISPOSITIF ACTUEL DE RÉPRESSION QUI LUI EST ASSOCIÉ

Une série de questions a été posée aux participants dans l'objectif de déterminer leur opinion sur l'efficacité du dispositif actuel de lutte contre le trafic et la consommation de cannabis, leur perception du risque lié à la consommation de cannabis, et enfin, sur les évolutions auxquelles seraient le plus favorables les participants en matière de régulation du cannabis.

A. EFFICACITÉ DU DISPOSITIF ACTUEL DE LUTTE CONTRE LE TRAFIC ET LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Les participants à la consultation citoyenne ont été interrogés sur le dispositif de répression de la consommation de cannabis et de lutte contre le trafic de cannabis afin de déterminer s'ils les jugeaient efficaces.

1. Réponse à la question : « Pensez-vous que le dispositif de répression de la consommation de cannabis permet d'en limiter l'ampleur ? »



Les participants à la consultation citoyenne ont jugé, avec une écrasante majorité (92,07 % soit 202 157 participations) que le dispositif actuel de répression de la consommation de cannabis ne permettait pas d'en limiter l'ampleur. Seuls 9 599 participants ont jugé au contraire que ce dispositif permettait de limiter l'ampleur de la consommation de cannabis.

Il a été proposé aux participants de préciser leur réponse via la question ouverte « **Vous pouvez préciser votre réponse** ».

Parmi les personnes ayant répondu « Non » à la question, certains indiquent **qu'une politique de prévention serait plus efficace qu'une politique de répression** : « *La répression de la consommation est contre-productive, elle se substitue à l'information sur la prévention, et traite le consommateur comme un délinquant [...]* », « *Je ne pense pas que la répression soit le meilleur moyen de limiter la consommation de cannabis. Il faut miser sur l'information, l'éducation, et la responsabilité individuelle des français* ».

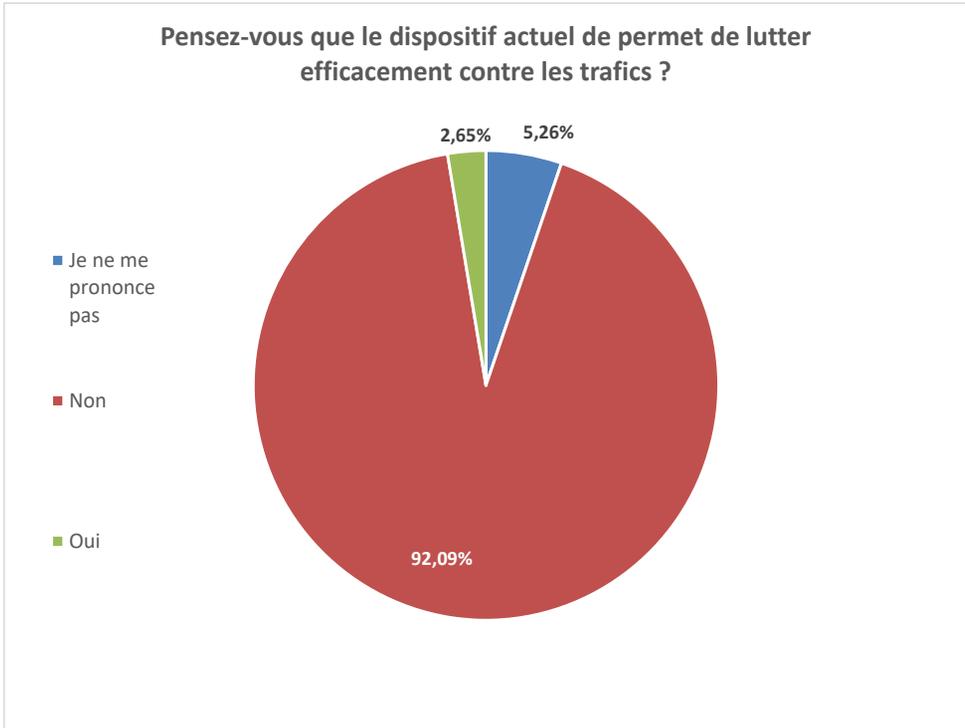
De nombreux participants justifient également leur choix par le fait que, malgré une répression importante, **la consommation reste élevée à leurs yeux** : « *Malgré une répression forte, coercitive, la consommation de cannabis en France est toujours élevée* », « *Il suffit de constater que malgré un arsenal conséquent, la France se trouve en tête des pays consommateurs [...]* », « *Les chiffres semblent le démontrer : malgré une politique parmi les plus répressives d'Europe, la France est aussi un des pays où l'on consomme le plus* », « *La France est statistiquement la plus grande consommatrice de cannabis, avec une politique des plus répressives en Europe* ».

Certains participants jugent cependant que la politique actuelle de répression ne permet pas de limiter l'ampleur de la consommation de cannabis car cette dernière ne serait **pas suffisamment répressive** : « *Car nous n'avons pas de politique réelle de répression...* », « *Le système de répression n'est pas assez efficace. Les raisons sont sûrement multiples, mais je pense que le manque de personnels, de moyens et les faibles peines encourues par les dealers sont plus qu'un signe d'impunité pour ce genre de délinquance* ».

Enfin, de nombreux participants à la consultation citoyenne estiment que c'est **l'interdit lui-même de la consommation de cannabis en France qui pousse à sa transgression** : « *L'interdit donne encore plus envie d'essayer. L'incompréhension de la différence faite entre cannabis et alcool provoque de plus une sorte de discrimination incompréhensible.* », « *Au contraire. On le sait bien : l'interdit donne envie. Et s'il s'agit d'une des substances, considérées comme drogues, moins dangereuses sur le marché [...]* », « *Les jeunes en fument beaucoup car il y a le plaisir de « l'illégal », si c'était légalisé la moitié des jeunes arrêteraient au fur et à mesure parce qu'il n'y aura plus le côté amusant et hors-la-loi qui plaît tant aux jeunes générations* ».

Parmi les personnes ayant répondu « Oui » à la question, la plupart des participants ayant répondu à la question ouverte leur invitant à préciser leur réponse ont indiqué que même s'il n'y avait pas de limitation majeure de la consommation, la politique actuelle de répression permet de limiter une certaine partie de la consommation : « *Je pense que le cannabis reste moins accessible pour les jeunes car pas directement vendu dans les commerces* » ; « *Dans une petite mesure... étant illégal, il est « moins » facile d'accès* » ; « *Oui le dispositif actuel permet de limiter l'ampleur de la consommation de cannabis. Mais cette répression est, premièrement, en totale divergence avec la réalité de la consommation de ce produit parmi les Français, et deuxièmement, probablement très peu efficace par rapport à un contrôle du marché étatique* ».

2. Réponse à la question : « Pensez-vous que le dispositif actuel permet de lutter efficacement contre les trafics ? »



Les participants ont également jugé que le dispositif actuel ne permettait pas de lutter efficacement contre les trafics. 92,09 % des participants, soit 201 536 participations, ont répondu « Non » à la question. Ils sont seulement 5 808 à avoir répondu l'inverse.

Il a été proposé aux participants de préciser leur réponse via la question ouverte « **Vous pouvez préciser votre réponse** ».

Parmi les personnes ayant répondu « Non » à la question, des nombreux participants justifient leur choix par le fait que **la lutte contre le trafic semble impossible, dans le sens où ce dernier est trop largement répandu pour pouvoir être combattu** : « C'est assez surréaliste de dire ça mais c'est un fait : les trafics sont indémentelables, littéralement. Et malgré tous les efforts de la police et de l'État, ce ne sont que des coups d'épée dans l'eau qui n'ont et n'auront jamais aucun impact réel sur le trafic », « Non car lorsqu'un trafic est démantelé, il est remplacé par un autre », « La police fait une descente en banlieue, le trafic est le plus souvent déjà démantelé à leur arrivée, et sans faute remis en place après leur départ. La police s'épuise, les habitants sont à bout... ».

D'autres encore pensent que l'interdiction est la raison même du trafic, et que tant qu'une politique de prohibition existera, les trafics ne s'arrêteront pas : « *Tant que ce sera interdit, le trafic continuera* », « *Bien au contraire, le système actuel encourage une économie souterraine [...]* ».

Une partie des participants à la consultation estime quant à elle que si le dispositif actuel ne permet pas de lutter efficacement contre le trafic, c'est à cause d'une politique de répression trop faible, ou ne disposant pas des moyens nécessaires à son ambition : « *Les services de police et gendarmerie ne sont pas tous dotés un service destiné à lutter contre le trafic. Le cas échéant, peu ont un effectif suffisant pour permettre un travail continu et efficient* », « *Les moyens ne sont pas suffisants pour lutter contre la consommation de drogues* », « *Pas assez de police* ». D'autres estiment que cette politique de répression contre l'usage et le commerce de drogue est mal orientée : « *Arrêter les consommateurs et non les gros vendeurs ne sert à rien* », « *Ils ne luttent pas suffisamment contre le gros trafic et ne visent que les petits dealers de rue* ».

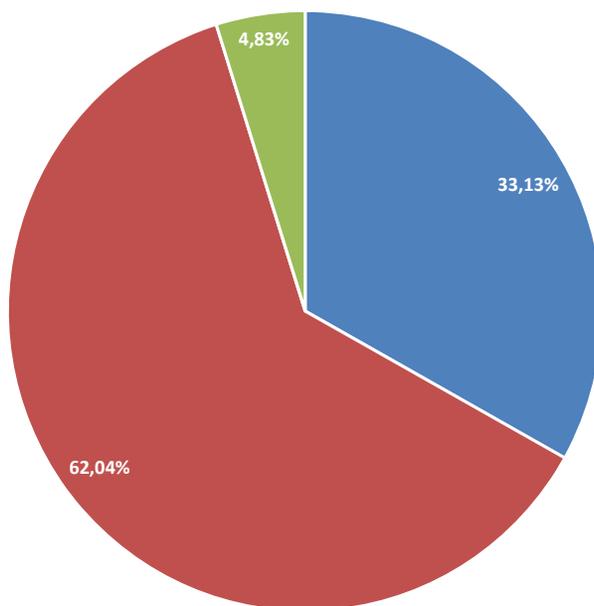
Parmi les personnes ayant répondu « Oui » à la question, certains estiment que, si la politique actuelle permet en effet de limiter le trafic de cannabis, il ne s'agit pas de la bonne solution : « *Oui, il permet de lutter, mais la répression n'est pas une réponse efficace* », « *Oui mais au détriment de la lutte contre d'autres délits* ». Une partie des participants ayant répondu « Oui » à la question posée estime quant à elle que, si la politique actuelle ne permet pas de lutter contre tous les trafics, elle le limite néanmoins : « *Même si beaucoup de trafics ne sont malgré tout pas arrêtés, ce qui est tout à fait normal étant donné leur nombre important, le dispositif de lutte reste cependant plutôt efficace* », « *C'est une longue lutte compliquée, tous ne peuvent pas être arrêtés mais on réussit toujours à faire des arrestations* ».

B. PERCEPTION DU RISQUE LIÉ À LA CONSOMMATION DE CANNABIS

Les participants à la consultation citoyenne ont été interrogés sur leur perception du risque lié à la consommation de cannabis en s'appuyant sur la comparaison avec deux produits dont la consommation et le commerce sont légaux et réglementés : l'alcool et le tabac.

1. Réponse à la question : « Par rapport à la consommation d'alcool, selon vous, les risques liés à la consommation de cannabis sont équivalents, plus graves ou moins graves ? »

Les risques liés à la consommation de cannabis sont :

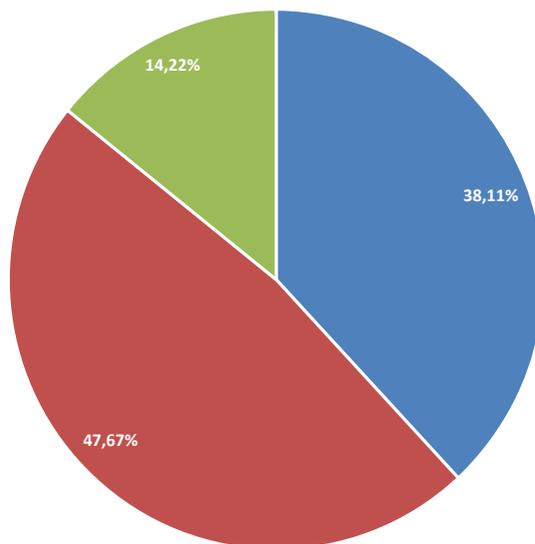


- Equivalents à ceux liés à la consommation d'alcool
- Moins graves que ceux liés à la consommation d'alcool
- Plus graves que ceux liés à la consommation d'alcool

Parmi les participants à la consultation citoyennes, 62,04 % estiment que les risques liés à la consommation de cannabis sont moins graves que ceux liés à la consommation d'alcool. Ils représentent 135 962 participations. Au contraire, les gens estimant que les effets liés à la consommation de cannabis sont plus graves que ceux de l'alcool ne représentent que 4,83 %, soit 10 595 participations. 72 604 participants jugent quant à eux les risques équivalents.

2. Réponse à la question : « Par rapport à la consommation de tabac, selon vous, les risques liés à la consommation de cannabis sont équivalents, plus graves ou moins graves ? »

Les risques liés à la consommation de cannabis sont :



■ Equivalents à ceux liés à la consommation de tabac

■ Moins graves que ceux liés à la consommation de tabac

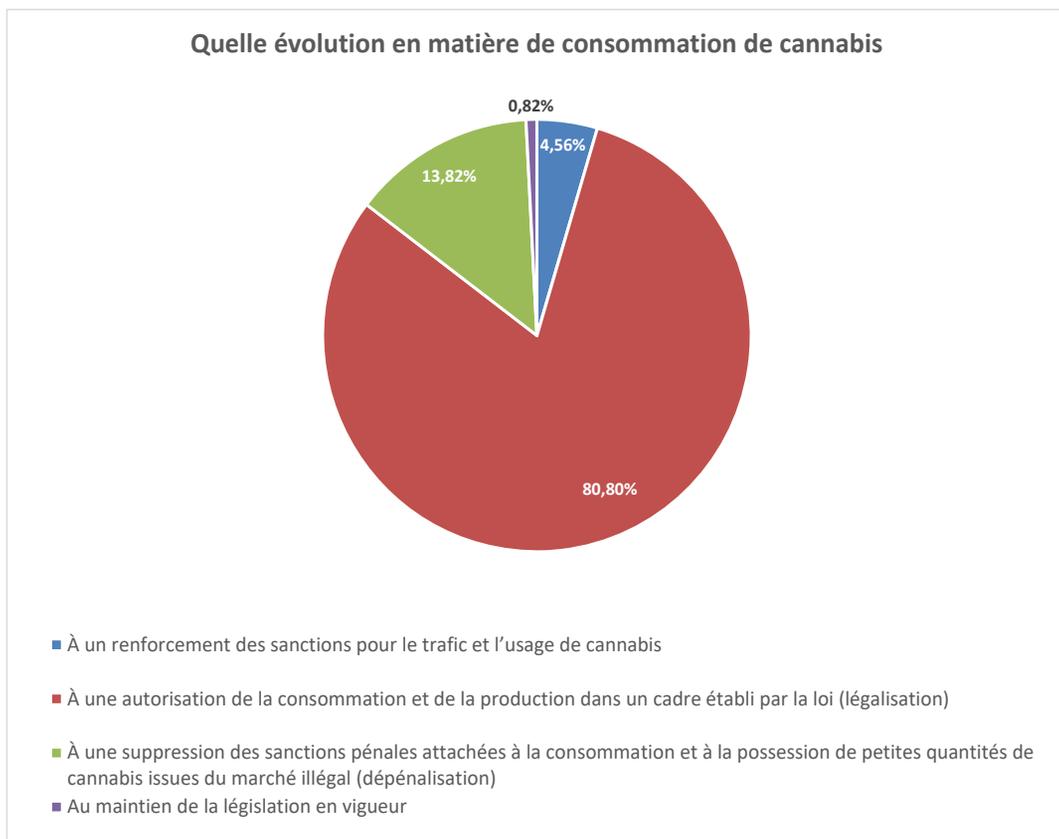
■ Plus graves que ceux liés à la consommation de tabac

Parmi les participants à la consultation citoyenne, 47,67 % estiment que les risques liés à la consommation de cannabis sont moins graves que ceux liés à la consommation de tabac. Ils représentent 104 462 participations. Par rapport à l'alcool, davantage de personnes considèrent que les risques liés à la consommation de cannabis sont équivalents aux risques liés à la consommation de tabac. Ils représentent 38,11 % des participants, soit 83 516 participations. Enfin, seules 14,22 % des participations estiment que les risques liés à la consommation de cannabis sont plus graves que ceux liés à la consommation de tabac, soit 31 156 personnes.

C. OPINION SUR LES ÉVOLUTIONS À DONNER EN MATIÈRE DE CONSOMMATION DE CANNABIS

Les participants ont été interrogés sur l'évolution à laquelle il serait le plus favorable en matière de consommation de cannabis. Les réponses à cette question redirigent les participants vers une série de question en fonction du fait qu'ils soient favorables à une autorisation de la consommation et de la production ou à une suppression des sanctions pénales (*questions de la troisième partie*) ou à un renforcement des sanctions ou un maintien de la législation en vigueur (*questions de la quatrième partie*).

1. Réponse à la question : « Parmi les propositions suivantes, à quelle évolution seriez-vous le plus favorable en matière de consommation de cannabis... »

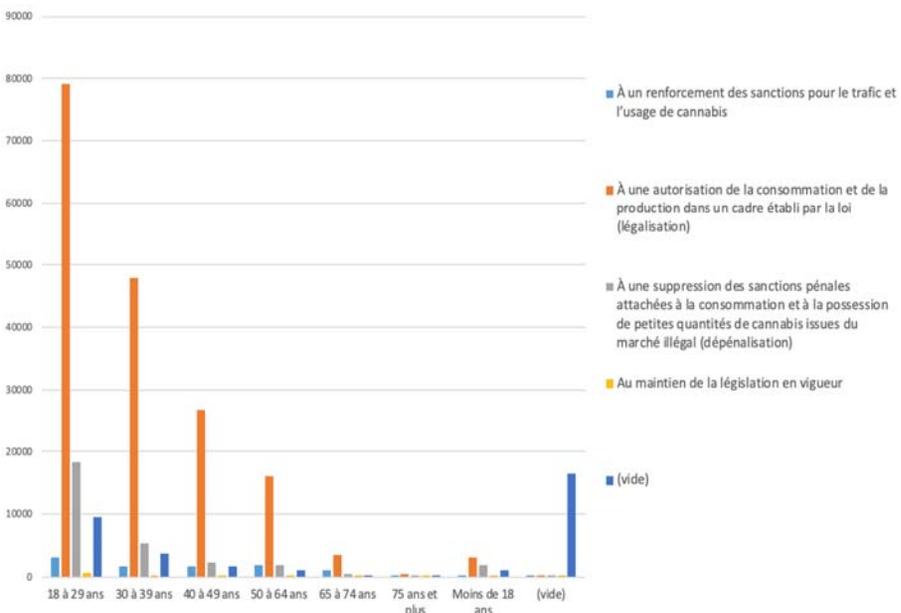


À cette question, la grande majorité des participants (80,80 %, soit 177 175 participations), a répondu qu'elle était favorable à une autorisation de la consommation et de la production dans un cadre établi par la loi, c'est-à-dire une légalisation de la consommation et de la production de cannabis.

La deuxième réponse la plus plébiscitée est celle qui irait vers une dépenalisation du cannabis, puisque 13,82 % des participants (30 296 participations) ont répondu qu'ils seraient favorables à une suppression des sanctions pénales attachées à la consommation et à la possession de petites quantités de cannabis issues du marché illégal.

Enfin, seules 4,56 % des personnes seraient favorables à un renforcement des sanctions pour le trafic et l'usage de cannabis, soit 10 007 personnes. La réponse indiquant que le participant à la consultation citoyenne souhaite voir se maintenir la législation en vigueur n'a été choisie que par 1 791 participants.

Si le taux de réponse entre une réponse favorable à la légalisation ou à la dépenalisation et un renforcement des sanctions ou le maintien de la législation en vigueur ne varie pas ou peu en fonction du sexe et de la catégorie socio-professionnelle, il est néanmoins à noter que plus le participant à la consultation citoyenne est âgé, plus il aura tendance à être favorable à un renforcement des sanctions. En effet, si les 30-39 ans sont à 81,25 % favorables à une légalisation de la consommation et de la production, ils ne sont plus que 65,08 % à l'être parmi les 65 à 74 ans. Ils sont en revanche, 18,31 % à être favorables à renforcement des sanctions pour le trafic et l'usage de cannabis. Ce taux monte à 28,74 % pour les 75 ans et plus. Il n'est respectivement que de 2,88 %, 3 % et 4,88 % chez les 18-29 ans, 30-39 ans et 40-49 ans.



III. VERS UNE DÉPÉNALISATION OU UNE LÉGALISATION DU CANNABIS : QUELLES PERSPECTIVES ?

Les questions ci-dessous ont été posées aux participants favorables à une légalisation ou une dépénalisation du cannabis en fonction de leurs réponses à la question : « Parmi les propositions suivantes, à quelle évolution seriez-vous le plus favorable en matière de consommation de cannabis... ». Ainsi, les questions ci-dessous n'ont été posées qu'à 207 471 participants sur les 253 194 participants à la consultation citoyenne.

A. LES RAISONS D'UNE POLITIQUE DE DÉPÉNALISATION OU DE LÉGALISATION DU CANNABIS

Les participants à la consultation citoyenne ont été interrogés sur les raisons qui les poussent à être favorable à un assouplissement de la politique actuelle en matière de répression et de prévention de l'usage du cannabis.

Réponse à la question : « Pour quelles raisons souhaitez-vous un assouplissement de la politique actuelle en matière de répression et de prévention de l'usage du cannabis ? »

Les participants étaient invités à classer les réponses selon leurs préférences.

	Préférence 1	Préférence 2	Préférence 3	Préférence 4
Cela permettra aux forces de l'ordre de se consacrer à d'autres missions	42084	48058	49864	33713
Cela permettra de concentrer les moyens sur la prévention, en particulier pour éviter la consommation de cannabis par les – de 25 ans	49558	45571	39224	36074
Cela permettra de dégager des recettes fiscales	27350	46718	46680	50465
Cela permettra de lutter contre le trafic de cannabis, en « asséchant » le marché illégal (vide)	67602	41790	33058	31405
Total général	253194	253194	253194	253194

Les réponses ont été classées¹ comme suit par les participants à la consultation citoyenne :

1. Cela permettra de lutter contre le trafic de cannabis, en « asséchant » le marché illégal
2. Cela permettra de concentrer les moyens sur la prévention, en particulier pour éviter la consommation de cannabis par les – de 25 ans
3. Cela permettra aux forces de l'ordre de se consacrer à d'autres missions
4. Cela permettra de dégager des recettes fiscales

(1) Pour effectuer ce classement, un nombre de points a été attribué à chaque réponse. 4 points pour une occurrence en « Préférence n° 1 », 3 points pour une occurrence en « Préférence n° 2 », 2 points pour une occurrence en « Préférence n° 3 », 1 point pour une occurrence en « Préférence n° 4 ». Le nombre total de points a ensuite été additionné pour chaque réponse. Cette méthodologie sera utilisée pour toutes les questions de classement du questionnaire de la consultation citoyenne.

Il a été proposé aux participants de compléter leur réponse via la question ouverte « **Quel(s) autre(s) avantage(s) verriez-vous à l'assouplissement de la politique actuelle ?** ».

En répondant à cette question, les participants à la consultation citoyennes ont soulevé plusieurs points qui constitueraient selon eux des avantages en cas de légalisation ou de dépénalisation du cannabis. L'argument qui semble être le plus récurrent est celui d'**un possible contrôle de la qualité du produit consommé** : « *Une augmentation et une sécurisation de la qualité du produit que l'on consomme* », « *S'il existe un contrôle sur la vente et la production, la qualité du cannabis sera meilleure et éviter les problèmes liés aux mélanges* ». Certains participants mettent également en évidence **une meilleure traçabilité et une meilleure transparence du produit, ainsi qu'un possible contrôle des taux de THC** : « *Avoir la connaissance de la composition des produits utilisés et diminuer les taux excessifs de THC* ».

Un deuxième avantage soulevé par les participants ayant répondu à la question ouverte est celui d'un **meilleur contrôle de la consommation, notamment chez les jeunes** : « *Un encadrement (contrôle) de la consommation chez les consommateurs. Un renforcement du contrôle de vente chez les mineurs* », « *Il serait beaucoup plus difficile pour les mineurs d'avoir accès au cannabis, les coffee shop étant plus aptes à demander un justificatif de majorité que les dealers illégaux* », « *Une démarginalisation de la consommation chez les consommateurs. Un renforcement du contrôle de vente chez les mineurs* ».

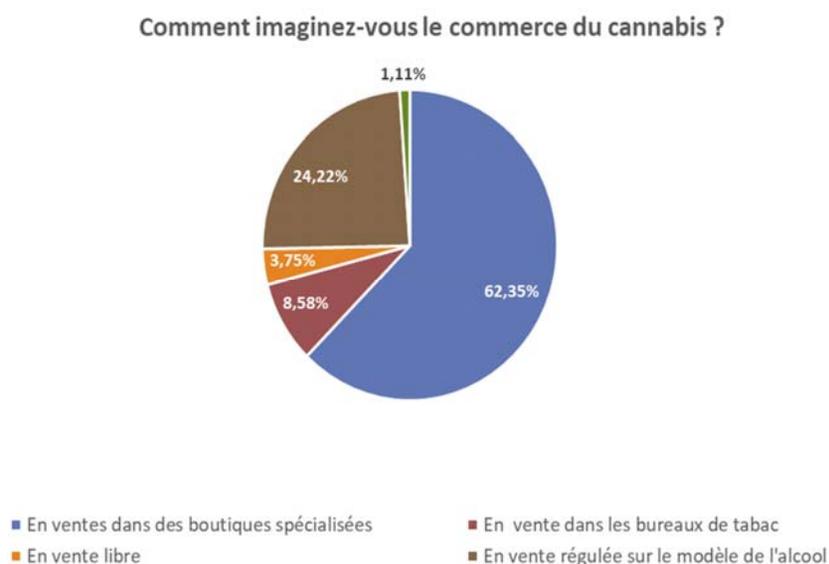
Les participants mentionnent également la **résolution des problématiques d'engorgement dans les tribunaux et les prisons** : « *Désengorger les tribunaux* », « *Cela soulagerait les prisons surpeuplées* », « *Moins de personnes en détention* », « *Libérer de la place dans les centres pénitentiaires et garder ainsi l'argent du contribuable* ».

Enfin, c'est la **possibilité du développement d'une filière économique propre au marché du cannabis en France** qui attire l'attention des participants à la consultation citoyenne, et notamment le rôle de moteur de développement économiques des territoires ruraux que la légalisation pourrait provoquer : « *Développement d'une filière française contrôlée par l'État dans les territoires ruraux et les DOM TOM* », « *Création d'emplois liés à la légalisation du cannabis* », « *[...] Une diversification de l'agriculture française et l'exploitation de terres non valorisées dans des territoires reculés [...]* ».

B. EN CAS DE LÉGALISATION : QUELLES MODALITÉS ?

Les participants à la consultation citoyenne favorables à un assouplissement de la politique actuelle en matière de répression et de prévention de l'usage du cannabis ont été interrogés sur les modalités d'une éventuelle légalisation, notamment sur son commerce, sur les priorités budgétaires qui pourraient être financées par les recettes fiscales du cannabis, et sur la possibilité pour les particuliers de pouvoir cultiver le cannabis à des fins personnelles.

1. Réponse à la question : « En cas de légalisation, comment imaginez-vous le commerce du cannabis ? »



Une majorité des participants (62,35 %, soit 103 269 participations) à la consultation citoyenne sur l'usage du cannabis dit « récréatif » estime que, si le cannabis venait à être légalisé, il devrait être vendu dans des lieux spécialisés, dédiés à sa vente.

Les réponses à la question précédente nous indiquent que ce choix est parfois fait dans l'espoir de restreindre la vente de cannabis aux mineurs, qui ne pourraient acheter de cannabis dans ces lieux contrôlés. Cet argument se retrouve également parmi les participants qui souhaiteraient voir se développer une vente régulée sur le modèle de l'alcool, dont la vente est aujourd'hui interdite aux mineurs. Une plus petite partie des participants, 8,58 % d'entre eux, soit 14 212 participations, estiment que le cannabis devrait être vendu dans les bureaux de tabac.

2. Réponse à la question : « En cas de légalisation, quelles seraient selon vous les priorités budgétaires qui pourraient être financées par les ressources fiscales susceptibles d’être générées par la vente encadrée de cannabis ? » (Les participants ont été invités à classer les réponses selon

	Priorité 1	Priorité 2	Priorité 3	Priorité 4	Priorité 5
La baisse des impôts	16976	21398	25245	34740	33965
La lutte contre les addictions	39940	53980	24719	18109	10060
La prévention en matière de consommation de cannabis, en particulier des mineurs	63382	40184	22433	14058	9895
La réduction de la dette	23233	22117	25769	33177	30075
Le renforcement des politiques de la ville (vide)	16818	18516	42403	23783	30914
Total général	253194	253194	253194	253194	253194

leurs préférences.)

Les participants à la consultation citoyenne ont classé par ordre d’importance ce qu’ils estiment être les priorités budgétaires qui devraient être financées par les ressources fiscales susceptibles d’être générées par la vente de cannabis :

1. La prévention en matière de consommation de cannabis, en particulier des mineurs
2. La lutte contre les addictions
3. La réduction de la dette
4. Le renforcement des politiques de la ville
5. La baisse des impôts

Il a été proposé aux participants de compléter leur réponse via la question ouverte « **Selon vous y aurait-il une ou plusieurs autres priorités budgétaires ?** ».

Les réponses à cette question ont permis de mettre en évidence plusieurs propositions de priorités budgétaires qui n’étaient pas mentionnées dans le questionnaire.

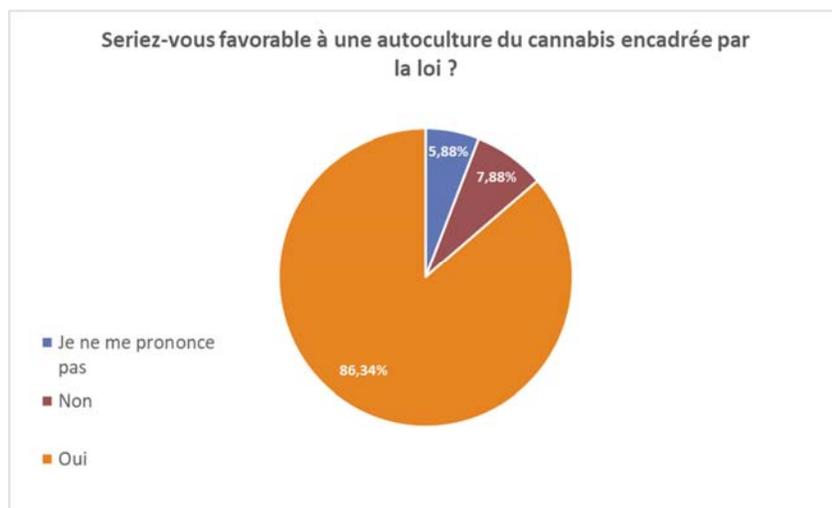
Premièrement, les participants à la consultation citoyenne ont mis en évidence une priorité de **financement de la justice sociale**, et notamment le **financement de politique de réhabilitation pour les personnes qui vivaient du trafic** : « *Venir en aide aux 10 millions de personnes vivant sous le seuil de pauvreté, et accompagner les personnes qui gagnaient leur vie grâce au trafic illégal de cannabis dans une réinsertion professionnelle* », « *Des moyens pour les quartiers défavorisés où se concentre le trafic, notamment pour l’éducation ou la formation professionnelle et l’emploi* », « *Mettre des moyens conséquents dans la formation et l’emploi des jeunes de quartiers qui font la face visible du réseau de trafiquants. Il ne faut pas les laisser sans opportunité car en asséchant le marché, sans possibilité d’emploi autre, ils vont se tourner vers d’autres commerces illicites* ».

L'**investissement dans le système de santé** et dans le **remboursement de la dette de la Sécurité sociale** est également une des priorités les plus rapportées par les participants : « *Remboursement du « trou » de la sécurité sociale* », « *Réduction de la dette de l'assurance maladie, augmentation du budget alloué à la santé et aux hôpitaux* », « *Les recettes fiscales pourraient servir également à renforcer la recherche et la sécurité sociale dans notre pays* », « *Le financement de la recherche médicale, la réduction du déficit de la sécurité sociale* ».

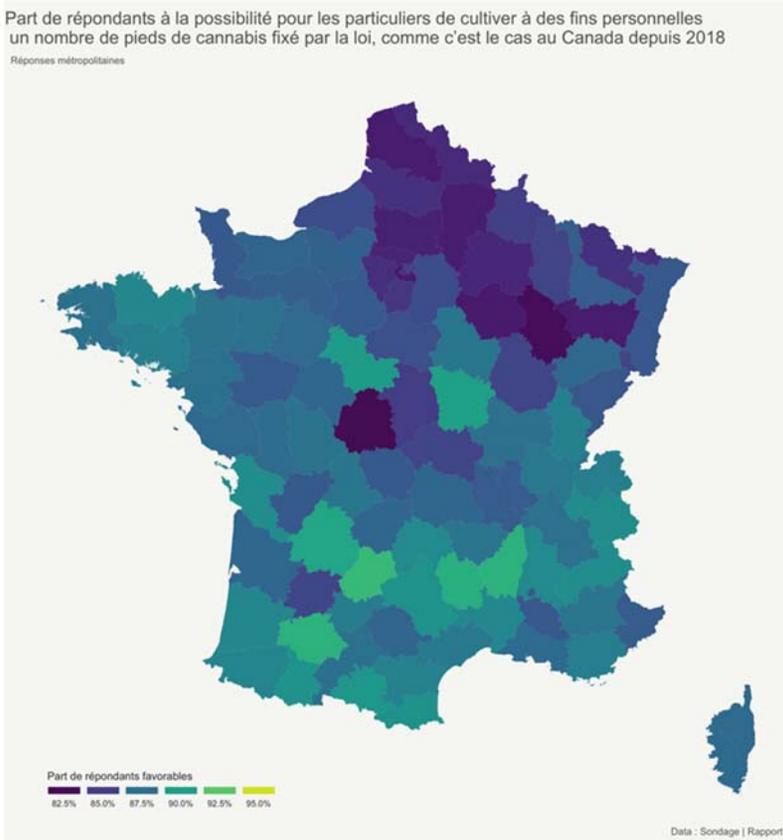
Le **financement de la transition écologique**, ainsi que le **financement de la transition vers une agriculture biologique**, sont d'autres priorités budgétaires soulevées par les réponses à la question ouverte : « *Lutte contre le réchauffement climatique, décarbonation de l'économie, préservation de la biodiversité* », « *L'agroécologie* », « *Soutenir l'agriculture biologique française et la transition* », « *Lutter contre le réchauffement climatique et la perte de biodiversité* ».

Enfin, le **financement de l'éducation** est également cité à de très nombreuses reprises, mais n'est que rarement détaillé. Cette priorité budgétaire apparaît ainsi le plus souvent tel quelle, ou au sein d'une liste de priorités – le plus souvent, combiné avec la santé et l'écologie : « *Augmenter le budget de l'éducation* », « *Éducation dans les écoles* », « *L'éducation nationale, des chèques cultures pour les 15-25 ans* ».

3. Réponse à la question : « **En cas de légalisation ou de dépénalisation, seriez-vous favorable à la possibilité pour les particuliers de cultiver à des fins personnelles un nombre de pieds de cannabis fixé par la loi, comme c'est le cas au Canada depuis 2018 ?** »



Une écrasante majorité des participants à la consultation citoyenne (86,34 %, soit 167 000 participations) estime qu'en cas de légalisation ou de dépénalisation, il devrait être possible pour les particuliers de pratiquer l'auto-culture, c'est-à-dire de pratiquer la culture de cannabis à des fins personnelles, dans un cadre qui serait fixé par la loi, comme c'est le cas au Canada depuis 2018. Ils sont seulement 15 096, soit 7,88 % des participations, à penser le contraire.



Si la grande majorité des participants y sont favorables, il est néanmoins à préciser que les participants originaires de la moitié sud de la France, et de départements plus ruraux, sont davantage favorables que les participants à la consultation citoyennes originaires du nord de la France, comme le démontre la carte ci-dessus.

Les départements et régions d'Outre-Mer sont également plus favorables en moyenne à la possibilité de cultiver du cannabis à des fins personnelles, dans un cadre fixé par la loi.

Il a été proposé aux participants de préciser leur réponse via la question ouverte « **Pour quelle(s) raison(s) ?** ».

Parmi les personnes ayant répondu « Oui » à la question, de nombreux répondants indiquent être favorables à l'auto-culture du cannabis car elle serait un **gage de qualité et de traçabilité du produit** : « *Le consommateur serait sûr de la provenance et la qualité du produit* ». La notion de liberté individuelle revient également très souvent, associée à, tout simplement, un goût pour l'auto-culture : « *Pour la même satisfaction que de faire pousser ses propres légumes. Avoir une récolte dont on est sûr de la qualité provenance* ».

La possible limitation du trafic illégal grâce à l'autoproduction est également mise en évidence par de nombreux participants : « En cas de dépénalisation cela permettrait aux usagers de ne pas alimenter les trafics [...] », « Pour que chacun ait la possibilité de consommer son produit (le coût sera sûrement moindre que le prix du marché officiel et éviter à un certain nombre de personnes de continuer de s'approvisionner sur le marché illégal) », « Juguler davantage le trafic illégal et favoriser les circuits courts ».

Enfin, c'est également l'argument économique (du point de vue du consommateur) qui revient le plus souvent. Selon les participants à la consultation citoyenne ayant répondu à cette question ouverte, l'auto-culture de cannabis permettrait une économie pour le consommateur : « L'autoproduction permettrait aux consommateurs, désireux de s'y investir, de couvrir leurs besoins à moindres frais. Des « social cannabis club », sur le modèle espagnol, permettraient de mutualiser les espaces et les équipements de production. Cela permettrait de réguler le prix de la vente, qui doit être inférieur au prix du marché noir si l'on veut vraiment le tarir.

Parmi les personnes ayant répondu « Non » à la question, l'argument le plus fréquemment employé est celui du manque de contrôle qu'impliquerait la possibilité de cultiver du cannabis à des fins personnelles : « *Cela inciterait le trafic* », « *Cela déboucherait sur des trafics locaux, et moins contrôlables par les forces de l'ordre* », « *Cela réduit le contrôle de l'État et donc des recettes* ». Le **manque à gagner s'agissant du développement économique et agricole** en cas d'une légalisation où l'auto-culture serait permise est également souligné par quelques participants : « *Si c'est juste des magasins ou professionnels, cela créera plus d'emplois et une filière professionnelle* ».

V. OPINIONS EN FAVEUR DU MAINTIEN OU DU DURCISSEMENT DE LA LÉGISLATION EN VIGUEUR

Les questions ci-dessous ont été posées aux participants favorables à un maintien ou un durcissement de la législation en vigueur, en fonction de leurs réponses à la question : « Parmi les propositions suivantes, à quelle évolution seriez-vous le plus favorable en matière de consommation de cannabis... ». Ainsi, la question ci-dessous n'a été posée qu'à 11 198 participants sur les 253 194 participants à la consultation citoyenne.

Réponse à la question : « Pour quelles raisons souhaitez-vous renforcer ou maintenir la position actuelle en matière de répression et de prévention de l'usage du cannabis ? » (Les participants ont été invités à classer les réponses selon leurs préférences.)

Les participants à la consultation citoyenne favorables à un maintien de la législation en vigueur ou à renforcement des sanctions à l'égard d'un usage récréatif du cannabis ont classé les propositions comme suit :

1. Les risques pour la santé des consommateurs (risques psychiatriques, tabac mêlé au cannabis...);
2. Les risques de déscolarisation des plus jeunes et de développement de pathologies psychiatriques ;
3. Les risques pour la sécurité routière, en cas de conduite après consommation de cannabis ;
4. La dangerosité des trafics (règlement de compte, violence, etc.) ;
5. Le risque d'un « premier pas » des consommateurs vers des drogues dites « dures » ;
6. Les risques de dépendance des consommateurs ;
7. Le symbole : un renoncement de l'État.

Il a été proposé aux participants de compléter leur réponse via la question ouverte « Y a-t-il une ou des raisons supplémentaires pour lesquelles vous vous opposez à sa dépénalisation ou sa légalisation ? ».

Certains participants à la consultation citoyenne estiment qu'une dépénalisation ou une légalisation du cannabis **ne réduiront pas les trafics illégaux** : « *La légalisation n'empêchera pas les trafics mais permettra au contraire de blanchir plus facilement une activité illicite. [...]* », « *La légalisation n'empêchera pas les gangs des dealers et les règlements de compte entre bande pour continuer un commerce parallèle, comme pour le tabac* », « *La dépénalisation ne permet pas de stopper les trafics, comme le montre l'exemple d'Amsterdam/des Pays-Bas, qui sont gangrenés par les trafics et des gangs de plus en plus violents [...]* ».

Selon d'autres participants défavorables à la légalisation ou à la dépénalisation, ces dernières pourraient **entraîner une hausse de la consommation** : « *La dépénalisation ou légalisation accroîtra mathématiquement la consommation et ses effets délétères sur les populations jeunes et fragiles, sans réduire les trafics qui se tourneront vers des produits plus fortement dosés en THC que les produits « légaux » [...]* », « *Certains jeunes qui n'y touchent pas à l'heure actuelle, le verront comme quelque chose de moins dangereux seulement car il est devenu légal* ».

Enfin, des participants s'inquiètent des **conséquences néfastes sur la santé** qu'aurait la consommation de cannabis : « Le cannabis est une drogue dangereuse, comme toutes les drogues [...] », « Si les scientifiques confirment que c'est particulièrement nocif pour la santé, il n'est pas compréhensible que la vente se développe et que le nombre d'utilisateurs augmente. C'est un très grand préjudice pour les jeunes ! ». Au-delà d'effets délétères pour la santé, certaines réponses mettent en lumière les **conséquences que peut avoir la consommation non-contrôlée de cannabis sur les sphères sociales et professionnelles** des consommateurs. Souvent, ces réponses reprennent l'exemple d'une situation personnellement vécue ou familiale : « Pour avoir été sujet à une forme d'addiction pendant les années de ma jeunesse (16 ans-21 ans), j'ai constaté combien ces substances avaient la capacité d'inhiber toute forme de prise d'initiative, et minaient la confiance en moi. Il m'a fallu une dizaine d'années pour retrouver un rythme de vie semblable à mes pairs, et une confiance en moi me permettant d'envisager une vie familiale stable et d'entreprendre une carrière professionnelle solide ».

ANNEXE 2 : CONTRIBUTION DE M. LAMBERT

Contribution de François-Michel Lambert (Libertés et Territoires)

Toutes les études le confirment, la politique française de lutte contre le cannabis, essentiellement répressive, n'a pas permis de juguler les trafics et de faire diminuer la consommation. Pire, la demande est en augmentation constante, l'offre se développe, se diversifie et on ne constate aucune efficacité dans les réponses pénales apportées comme dans les dispositifs de prévention et de lutte contre les conduites addictives mis en place par les pouvoirs publics, notamment en direction de la jeunesse.

Depuis près de cinquante ans, notre pays a fait de la répression le fil conducteur de sa politique de lutte contre le cannabis, à l'inverse de nombreuses approches alternatives développées dans le monde. Ces approches sont pragmatiques et font les constats de l'échec des politiques répressives dans un contexte d'évolution des pratiques et des mœurs. Si ces approches ont pour objectif principal d'assécher les trafics et de lutter contre les criminalités organisées, elles ont aussi des fondements économiques solides et partent du constat que les gains considérables générés par les trafics ne servent qu'à alimenter les réseaux de trafiquants et non les États.

Le cannabis est un produit stupéfiant qui induit des conduites à risque comme l'alcool ou le tabac, il n'est pas question de le nier, mais il existe de grandes différences entre une consommation raisonnable, récréative, occasionnelle et une consommation moins maîtrisée, plus compulsive, plus addictive qui s'assimile à la toxicomanie.

En France, la prohibition reste pourtant la règle absolue et le consommateur est d'abord considéré comme un délinquant, quel que soit son âge, son type de consommation et son rapport au produit. Cette hypocrisie est de plus en plus mal comprise et discrédibilise l'action des pouvoirs publics.

Les raisons de l'échec des politiques de prohibition du cannabis sont nombreuses :

– la prohibition sanctionne des usagers qui n'ont jamais été aussi nombreux. Le baromètre 2017 de santé publique France réalisé avec l'observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) révèle que notre pays compte 5 millions de consommateurs de cannabis dont 700 000 usagers quotidiens ;

– l'entrée des adolescents français dans la consommation est la plus jeune d'Europe (source OFDT) ;

– le marché du cannabis atteint un volume consommé d'environ 154 tonnes pour un chiffre d'affaires estimé à 1,12 milliard d'euros ;

– le prix médian de la résine de cannabis est de 7 euros contre 11 euros pour l'herbe de cannabis avec une appétence constante pour l'herbe et une demande de produits de qualité (source OFDT) ;

– la répression n'a pas permis d'enrayer les trafics et les consommations et elle sature toute la chaîne pénale. Selon l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies,

164 000 personnes ont été mises en cause en 2017 pour un usage de cannabis par les autorités, contre 12 000 vingt ans plus tôt ;

– elle mobilise des moyens publics considérables qui pourraient être renforcés pour lutter contre d'autres trafics. Plus de la moitié de la part proactive de l'activité policière est consacrée à la répression de l'usage de drogues, laquelle concerne à 90 % le cannabis ;

– elle participe à une politique du chiffre qui fabrique des statistiques de répression de la délinquance sans régler les questions de fond ;

– elle encourage une économie parallèle source de violence, de délinquance, de stigmatisation et de rupture avec une partie de la jeunesse ;

– elle se caractérise par une grande faiblesse de sa politique de santé, de prévention et d'accompagnement à l'attention des usagers ;

– elle met sur un marché parallèle des produits ne faisant l'objet d'aucun contrôle sanitaire et oblige les populations les plus vulnérables à rester dans la clandestinité et sans s'orienter vers les soins ;

– elle stigmatise hypocritement l'utilisateur qui reste un délinquant, éventuellement un malade, alors que la société a évolué dans ses mœurs et ses pratiques ;

– elle prive notre pays de recettes fiscales, de débouchés économiques et d'emplois, notamment agricoles. En 2014, le think tank Terra Nova avait calculé que la régulation du marché du cannabis par l'État serait susceptible de rapporter 1,8 milliard d'euros de recettes fiscales ;

– un hectare de cannabis absorbe autant de CO2 qu'un hectare de forêt.

Les Français sont désormais convaincus que les politiques publiques actuelles de répression ne fonctionnent pas.

S'ils reconnaissent que le cannabis constitue un enjeu de santé publique, ils portent un jugement nuancé sur la dangerosité du produit, qu'ils classent dans la même catégorie que l'alcool et considèrent moins dangereux que le tabac. Les Français sont par conséquent prêts à envisager une politique alternative à condition qu'elle s'accompagne d'une régulation et d'un encadrement rigoureux. 50 % de la population se déclare en faveur d'une régulation du marché du cannabis (IFOP Terra Nova juin 2018).

Il est temps de traiter la question avec pragmatisme en tenant compte de la réalité de la consommation, de l'évolution de la société et en évitant les postures morales qui empêchent l'ouverture d'un vrai débat sur la question.

La proposition de loi que j'ai déposée proposait de passer d'une politique prohibitionniste à une politique d'encadrement régulé de la production, de la consommation et de la vente conjuguée à une politique de prévention en termes de conduite à risque et de santé publique, notamment en direction des plus jeunes et des populations les plus vulnérables. Elle mettait l'accent sur la protection des mineurs et l'accompagnement sanitaire et social des comportements à risques et des conduites addictives.

La légalisation contrôlée de la production, de la vente et de la consommation du cannabis du cannabis et des produits dérivés du cannabis à des fins récréatives semble la

solution la plus à même de répondre aux enjeux sanitaires, sociétaux et sécuritaires tout en permettant de bénéficier de la manne économique représentée par la légalisation du cannabis.

La création d'une société nationale, la société d'exploitation du cannabis (SECA), permettrait de réguler la production et la vente au détail tout en contrôlant la consommation.

Dans l'objectif de développer une véritable filière française du cannabis, complémentaire de la filière créée par la libéralisation du cannabis thérapeutique, la production du cannabis serait confiée aux agriculteurs et la vente aux débiteurs de tabac.

La légalisation contrôlée de la production et de la vente de cannabis doit produire de la richesse et se traduire par des ressources conséquentes pour les finances publiques et des économies de moyens. Ces ressources seront pour partie consacrées aux politiques de prévention et de réduction des risques, notamment en direction des jeunes et des populations vulnérables.

La légalisation contrôlée de la production et de la vente de cannabis a aussi pour objectif de libérer aussi une part importante des moyens de la police et de la justice au bénéfice d'autres missions de service public. Elle entend enfin réduire la criminalité liée au trafic et faire baisser les tensions et les discriminations sociales auxquelles le trafic et la consommation sont souvent associés.

EXAMEN EN COMMISSION

Lors de leur réunion du lundi 28 juin 2021 2021, les commissions des affaires économiques, des affaires sociales, des affaires culturelles et de l'éducation, du développement durable et de l'aménagement du territoire, des finances, de l'économie générale et du contrôle budgétaire, et des lois ont procédé à l'examen du rapport final de la mission d'information

Les débats sont accessibles sur le portail vidéo de l'Assemblée nationale à l'adresse suivante :

https://videos.assemblee-nationale.fr/video.10995332_60d9e2287931f.commission-des-affaires-culturelles--rapport-de-la-mission-d-information-commune-sur-la-reglementat-28-juin-2021

Le compte-rendu écrit sera prochainement disponible.

*À l'issue de la réunion, les commissions précitées **ont autorisé** la publication du rapport d'information*

LISTE DES PERSONNES AUDITIONNÉES PAR LA MISSION D'INFORMATION

– **Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT) :**
M. Julien Morel d'Arleux, directeur, et Mme Ivana Obradovic, adjointe.

– **Syndicat professionnel du chanvre (SPC) :** M. Aurélien Delecroix, président, Mme Laure Bouguen, porte-parole, M. Matthieu Sassier, conseil, MM. Jordan Allouche et M. Melchior Bachelot.

– **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM) :** Mme Christelle Ratignier-Carbonnel, directrice générale adjointe chargée des opérations ; Mme Julie Cavalier, cheffe de pôle réglementaire à la direction des affaires juridiques et réglementaires ; Mme Nathalie Richard, directrice adjointe à la direction des médicaments en neurologie, psychiatrie, anesthésie, antalgie, ophtalmologie, stupéfiants, psychotropes et médicaments des addictions.

– **InterChanvre :** M. Dominique Briffaud, président, M. Franck Barbier, trésorier, Mme Nathalie Fichaux, directrice et M. Thibault Loncke, conseil auprès d'InterChanvre.

– **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA) :** M. Nicolas Prisse, président, et Mme Valérie Saintoyant, déléguée.

– **Pr Bernard Roques**, pharmacologue et membre de l'Académie des sciences.

– **M. Alessandro Stella**, directeur de recherche au centre national de la recherche scientifique (CNRS) ;

– **Mme Emmanuelle Retaillaud-Bajac**, maître de conférences en histoire contemporaine (Université de Tours) ;

– **M. Erwan Pointeau-Lagadec**, attaché temporaire d'enseignement et de recherche (Université d'Orléans).

– **M. Laurent Mucchielli**, directeur de recherches au centre national de recherche scientifique (CNRS).

– **Mme Stéphanie Cherbonnier**, contrôleur générale à l'Office anti-stupéfiant (OFAST) ;

– **Mme Corinne Cleostrate**, directrice de la Direction nationale du renseignement et des enquêtes douanières (DNRED), et **M. Luc Perigne**, directeur du renseignement douanier.

– **Mme Virginie Gautron**, maître de conférences en droit pénal et sciences criminelles à l’université de Nantes ;

– **M. David Weinberger**, chercheur à l’Institut national des hautes études de la sécurité et de la justice (INHESJ).

– **Pr Jean-Pierre Goullé**, médecin toxicologue, Université de Rouen, membre de l’académie nationale de médecine et de l’académie nationale de pharmacie.

– **Pr Michel Hamon**, neuropharmacologue, Université Pierre et Marie Curie, membre de l’académie de médecine ; ancien vice-président du conseil scientifique de l’Institut Pasteur, Membre du comité scientifique de l’Observatoire français des drogues et des toxicomanies depuis 2012.

– **Pr Jean Costentin**, médecin pharmacologue, Université de Rouen, membre de l’académie nationale de médecine et de l’académie nationale de pharmacie.

– **Mme Fabienne Lopez**, présidente de l’association Principes actifs.

– **M. Philippe Andrieux**, représentant de l’association Principes actifs au CST de l’ANSM.

– **M. Bertrand Rambaud**, président de l’UFCM-I care, membre du CST de l’ANSM.

– **M. Christian Muller**, chargé de recherche au CNRS, responsable du pôle scientifique de l’UFCM-I care.

– **M. Éric Correia**, président de l’agglomération du Grand Guéret.

– **M. Jouanny Chatoux**, exploitant agricole, chef d’entreprise.

– **M. Yann Bisiou**, président de l’association L.630, maître de conférences en droit privé, Université Paul Valéry, Montpellier III, membre du Conseil scientifique de l’Office européen des drogues et des toxicomanies.

– **M^e Ingrid Metton**, avocate au Barreau de Paris.

– **Dr Lucas Beurton-Couraud**, médecin généraliste, représentant le collège de médecine générale au CST de l’ANSM.

– **Dr Patrick Daimé**, médecin généraliste, président du conseil départemental de l'ordre des médecins de Seine-maritime, membre du CST de l'ANSM, représentant le CNOM.

– **Mme Marie Madeleine Gilanton**, présidente de l'association APAISER, membre du CST de l'ANSM.

– **Mme Carole de Mulatier**, coordinatrice de l'association UNISEP.

– **M. Patrick Baudru**, administrateur de l'association Épilepsie France.

– **Mme Rachida Badaoui**, Ligue nationale contre le cancer et Imagyn.

– **Pr Eric Thouvenot**, Chef du service neurologie, CHU de Nîmes, membre de la Société francophone de la sclérose en plaques (SFSEP).

– **Pr Djamel Bensmail**, UF Blessés Médullaires, Service de MPR, Pôle Handicap-Rééducation, Hôpital Raymond Poincaré (AP-HP), Équipe INSERM 1179, Université de Versailles Saint Quentin, Co-directeur du Master Handicap Neurologique, Président de la Fondation Garches, membre du Conseil national professionnel de médecine physique et de réadaptation (CNP/MPR).

– **Pr Gilles Edan**, neurologue, chef du Pôle Neurosciences du CHU Pontchaillou à Rennes, membre de la société française de neurologie (SFN).

– **Pr Ivan Krakowski**, oncologue médical – Institut Bergonié Bordeaux, membre de l'Association francophone pour des soins oncologiques de support (AFSOS).

– **M. René Maarek**, pharmacien, membre du CST de l'ANSM.

– **Pr Nicolas Authier**, Services de Pharmacologie Médicale & Médecine de la Douleur, Observatoire Français des Médicaments Antalgiques, UMR INSERM 1107, CHU de Clermont-Ferrand.

– **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** : Mme Nathalie Richard, directrice adjointe à la direction des médicaments en neurologie, psychiatrie, anesthésie, antalgie, ophtalmologie, stupéfiants, psychotropes et médicaments des addictions, et Mme Evelyne Duplessis, directrice déléguée à l'informationnel et au pilotage.

– **Direction générale de la santé (DGS)** : Mme Hélène Monasse, sous-directrice, sous-direction de la politique des produits de santé et de la qualité des pratiques et des soins.

– **Elican Biotech** : M. Henry Hennion, président.

– **Eteipmai** : M. Bruno Gaudin, directeur administratif, M. Jean-Raymond Vanier (PMA28), M. Olivier Gouau (Sanofi), et M. Michel Meneuvier (Sapad), administrateurs.

– **StaniPharm** : M. Frantz Deschamps, président.

– **Aurora** : Mme Hélène Moore, directrice générale, et M. Kevin Condé, manager affaires pharmaceutiques.

– **Tilray** : Mme Dounia Farajallah, directrice générale, M. José Tempero, directeur médical, M. Frank Farnel, directeur des affaires gouvernementales et publiques, et M. Philippe Bissay, président-directeur général de HAC Pharma.

– **Emmac** : M. François-Xavier Nottin, managing director France/Benelux, et M. Antonio Constanzo, chief executive office.

– **Ministère de l’agriculture et de l’alimentation** : M. Mathias Ginet, conseiller en charge des transitions agro-écologiques, de la politique agricole commune et des filières végétales au cabinet de M. Didier Guillaume ; **direction générale de la performance économique et environnementale des entreprises (DGPE)** : M. Thomas Guyot, sous-directeur « filières alimentaires » et Mme Juliette Prade, cheffe du bureau « performance, méthode et réseaux ».

– **Haute autorité de la santé (HAS)** : Mme Sarah Koné, adjointe à la cheffe du service évaluation des médicaments, Mme Chantal Belorgey, conseillère de la présidente de la HAS.

– **Direction de la sécurité sociale (DSS)** : Mme Floriane Pelon, chef du bureau des produits de santé.

– **Ministère de l’intérieur - Délégation à la sécurité routière (DSR)** : M. David Julliard, adjoint au délégué interministériel à la sécurité routière, M. Zoheir Bouaouiche, sous-directeur de la protection des usagers de la route, et M. Pierre-Mathieu Gaite, magistrat, conseiller technique interministériel Justice.

– **Ministère de la justice – direction des affaires criminelles et des grâces (DACG)** : Mme Catherine Pignon, directrice ; bureau de la lutte contre la criminalité organisée, le terrorisme et le blanchiment (BULCO) : M. Arnaud Faugère, chef du bureau, M. Vincent Lemonier, adjoint, et M. Nicolas d’Herve, magistrat rédacteur.

– **M. Yann Bisiou**, président de l’association L. 630, maître de conférences en droit privé et sciences criminelles à l’Université Paul Valéry - Montpellier III, **M. Gilles Boin**, avocat, cabinet Product Law Firm et **Mme Agnès Lowenstein**, avocate, cabinet Canu-Bernard Associés.

– **Pr Nicolas Simon**, médecin addictologue et pharmacologue à l’Assistance publique – hôpitaux de Marseille.

– **M. Alexandre Maciuk**, maître de conférences au laboratoire de pharmacognosie, faculté de pharmacie de l’Université de Paris Sud.

– **Direction générale des douanes et droits indirects (DGDDI)** : M. Gil Lorenzo, sous-directeur des affaires juridiques et de la lutte contre la fraude.

– **Direction générale de la concurrence, de la consommation et de la répression des fraudes (DGCCRF)** : Mme Annick Biolley-Coornaert, sous-directrice des produits et des marchés agroalimentaires et Mme Claire Servoz, chef du bureau valorisation nutritionnelle et information sur les denrées alimentaires.

– **Service commun des laboratoires (SCL)** : M. Frédéric Saltron, adjoint au chef de service, et Mme Julie Sisourat Cabillic, adjointe à la responsable du département scientifique.

– **Cabinet Augur Associates** : M. Benjamin-Alexandre Jeanroy, président-directeur général, et M. Aurélien Bernard, membre du cabinet et fondateur du site d’information Newsweed.

– **Association européenne du chanvre industriel (AECI – EIHA)** : Mme Lorenza Romanese, directrice générale.

– **Confédération des buralistes*** : M. Philippe Coy, président, M. Philippe Glory, président des buralistes de Loire Atlantique et M. Jean-Paul Vaslin, directeur des affaires publiques.

– **Syndicat national des compléments alimentaires (Synadiet)*** : Mme Christelle Chapeuil, présidente, M. Jean-Christophe Mano, administrateur, M. Thomas Ughetto, directeur des ventes et du marketing (Robertet) et Mme Gabrielle Ventura, responsable scientifique.

– **Laboratoires Arkopharma*** : M. Claude Alziar, conseiller du président, et Mme Valérie Denys – Tateossian, chef de projet Recherche et développement sur le cannabis.

– **Laboratoires Ineldea** : M. Nicolas Cappelaere, président directeur général, vice-président de Synadiet.

– **Association Bretagne chanvre développement** : M. Pierre-Yves Normand, président.

– **Communauté d’agglomération du Grand Guéret** : M. Éric Correia, président.

– **Association chanvre Réunion** : M. Benjamin Coudriet, président.

– **M. Jouany Chatoux**, exploitant agricole, chef d’entreprise (La ferme bio de Pigerolles).

– **Société coopérative agricole des plantes à parfum de Provence** : M. Jean-Michel Cotta, président et M. Michel Krausz, directeur.

– **Commission européenne, direction générale de la sécurité et de la durabilité de la chaîne alimentaire** : M. Bruno Gautrais, chef d’unité Technologies de fabrication alimentaire et nouveaux aliments, M. Frans Verstraete, chef d’unité adjoint, en charge en particulier des contaminants, M. Rafael Perez Berbejal, responsable de l’équipe « Nouveaux aliments » et Mme Marie-Aude Tannou, juriste.

– **M. Jean-Pierre Couteron**, psychologue clinicien en Centre de soins d’accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et à l’association OPPELIA, ancien président de la Fédération Addiction.

– **Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (ANSM)** : M. Dominique Martin, directeur général, Mme Carole Le Saulnier, directrice des affaires juridiques et réglementaires et M. Thierry Thomas, directeur adjoint de la direction des dispositifs médicaux, des cosmétiques et des dispositifs de diagnostic *in vitro*.

– **Société Hemp It** : M. Jacques Martin, président, et M. Christophe Février, directeur général.

– **InterChanvre** : M. Franck Barbier, président, et Mme Zélia Genissel, conseil (Euralia*).

– **Fédération des entreprises de la beauté (FEBEA)*** : Mme Valérie Colin, directrice des affaires scientifiques et réglementaires, et Mme Catherine Bramaud, conseillère scientifique.

– **Laboratoire d’études et d’analyse des fluides (LEAF)** : M. Elie Doppelt, président, Mme Olivia Doppelt-Azeroual, directrice, et M. Pascal Doppelt, directeur R&D.

– **Direction générale de la gendarmerie nationale (DGGN)** : colonel Hubert Percie du Sert, commandante Céline Roussel, et commandante Laetitia Martin.

– **Mme Marie Jauffret Roustide**, sociologue, chargée de recherche Inserm - Cermes3, coordinatrice pour la France de la *Global Drug Survey*.

Table ronde réunissant des élus locaux :

– **M. Ludovic Toro**, maire de Coubron ;

– **M. Éric Piolle**, maire de Grenoble ;

– **M. Arnaud Robinet**, maire de Reims.

– **Mme Kenza Afsahi**, maître de conférences en sociologie, chercheuse au Centre Émile Durkheim (Université de Bordeaux) ;

– **M. Dominique Duprez**, directeur de recherche au CNRS, membre du Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions pénales (CESDIP) ;

– **M. Philippe Pujol**, journaliste et écrivain.

– **Conférence nationale des procureurs généraux (CNP)** : M. Christophe Barret, procureur général près la cour d’appel de Besançon.

– **Syndicat de la magistrature (SM)** : Mme Katia Dubreuil, présidente.

– **Union syndicale des magistrats (USM)** : Mme Céline Parisot, présidente, et M. Ludovic Friat, chargé de mission.

– **Mission interministérielle de lutte contre les drogues et les conduites addictives (MILDECA)** : Dr Nicolas Prisse, président, et Mme Valérie Saintoyant, déléguée.

– **Direction générale de la police nationale (DGPN)** : M. Vincent Le Beguec, contrôleur général, chef du pôle judiciaire.

– **M. Daniel Vaillant**, ancien ministre de l’intérieur.

– **M. Benoît Hamon**, ancien ministre de l’éducation nationale.

– **M. Patrick Pelloux**, médecin urgentiste.

– **Pr William Lowenstein**, interniste et addictologue, président de SOS Addictions ;

– **Pr Marie-Odile Krebs**, psychiatre et chef de service au centre hospitalier Sainte-Anne ;

– **Pr Amine Benyamina**, spécialiste en addictologie et chef de service de psychiatrie et d’addictologie de l’hôpital Paul-Brousse, président de la Fédération française d’addictologie ;

– **Pr Jean Claude Alvarez**, toxicologue et pharmacologue, membre de l’Académie nationale de pharmacie.

– **Dr Maria Melchior**, directrice de recherche à l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;

– **Pr Bruno Falissard**, pédopsychiatre et biostatisticien, directeur de recherche à l’Inserm ;

– **Dr Marie Choquet**, directrice de recherche honoraire à l’Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm) ;

– **Pr Christophe Lançon**, psychiatre expert en addictologie.

– **Direction générale de l’enseignement scolaire (DGSCO) :** Mme Françoise Pétreault, sous-directrice de l’action éducative et M. Benoit Rogeon, chef du bureau « santé social ».

– **Indépendance & direction (ID-FO) :** Mme Agnès Prouteau, secrétaire académique, et M. Amand Riquier, membre du bureau national ;

– **Syndicat national des personnels de direction de l’Education nationale (SNPDEN) :** Mme Lydia Advenier, membre de l’exécutif syndical national.

– **M. Boris Ravignon**, maire de Charleville-Mézières ;

– **M. Gil Avérous**, maire de Châteauroux ;

– **M. Jean-Paul Bret**, ancien maire de Villeurbanne ;

– **M. Mathieu Hanotin**, maire de Saint-Denis.

– **Table ronde d’associations de parents d’élèves :**

– **Fédération des parents d’élèves de l’enseignement public (PEEP) :** Mme Gisèle Brunaud vice-présidente ;

– **Fédération des conseils de parents d’élèves des écoles publiques (FCPE) :** M. Rodrigo Arenas ;

– **Association des parents d’élèves de l’enseignement libre (APEL nationale) :** M. Paul Vitart, membre du Bureau national et président de l’APEL de l’académie de Caen.

– **APLEAT-ACEP :** M. Nicolas Baujard, responsable prévention-formation-point de contact avancé ;

– **Fédération Addiction :** M. Alexis Grandjean, responsable du pôle Expérimentation-Innovation-Recherche.

– **ALLIANCE POLICE NATIONALE :** M. Stanislas Gaudon, délégué général, et M. David-Olivier Reverdy, secrétaire national adjoint province ;

– **INTERCO CFDT :** M. Denis Jacob, secrétaire général d’Alternative Police CFDT, M. Sylvain Durante, secrétaire général adjoint d’Alternative Police CFDT, Mme Edwige Sylvestre, secrétaire nationale d’Alternative Police CFDT, M. Léo Moreau, secrétaire national du SCSI-CFDT, M. Philippe Barreau, commandant de police SCSI-CFDT, M. Julien Morcrette, chargé de mission Intérieur, fédération Interco CFDT ;

– **UNSA-FASMI** : M. Laurent Massonneau, secrétaire général de l’Union des officiers, M. Thierry Clair, secrétaire national du pôle province, et M. Bruno Cossin, délégué national ;

– **FSMI-FO** : M. Dominique Le Dourner, secrétaire national UNITÉ SGP POLICE-FSMI-FO, chargé des conditions de travail, M. Yann Bastière, délégué national UNITÉ SGP POLICE-FSMI-FO chargé de l’investigation.

Conseil de la fonction militaire de la gendarmerie nationale (CFMG) :

– Général Louis-Mathieu Gaspari, secrétaire général, et le lieutenant-colonel Sébastien Baudoux.

– **Association Addictions France** : Dr Bernard Basset, président et, Mme Myriam Savy, responsable du pôle communication, animation associative & plaidoyer ;

– **Groupe SOS Solidarités** : M. Abdelka Boumansour, directeur général Pôles, Pôle addictions - Pôle soin avec hébergement temporaire, Pôle santé communautaire et lutte contre les discriminations ;

– **Fédération addiction** : Dr Jean-Michel Delile, président.

– **L’agence pour le choix du consommateur (Consumer Choice Center)** : M. Yaël Ossowski, directeur adjoint, et M. Bill Wirtz, analyste ;

– **Collectif d’information et de recherche cannabique (CIRC)** : M. François-Georges Lavacquerie, membre-fondateur et porte-parole parisien et, M. Stéphane Karcher alias KShoo, porte-parole de la fédération des CIRC ;

– **Cannabis sans frontières** : M. Farid Ghehiouèche, cofondateur ;

– **NORML France** : Dr Olivier Bertrand, médecin généraliste addictologue, responsable formation et expert santé, Mme Christelle Garnier, membre du bureau exécutif.

– **UK Volteface** : M. Josh Torrance, analyste, spécialiste en criminologie et en politique de drogues, professeur assistant à l’université de Bristol ;

– **LEAP UK** : M. Neil Woods, ancien policier, infiltré pendant quatorze ans dans les milieux de la drogue ; auteur de plusieurs ouvrages, membre du bureau international de LEAP ;

– **Transform Drug Policy Reform Foundation** : M. Steve Rolles, analyste politique senior depuis 1998, auteur de nombreuses publications, notamment consacrées à la régulation.

– **Mme Anne McLellan**, membre du parti libéral, ancienne vice-première ministre du Canada, présidente de la Task Force légalisation du Cannabis ;

– **M. Stéphane Couture**, Canopy Growth, directeur, relations gouvernementales et des parties prenantes ;

– **M. Ivan Ross Vrana**, Eve and Co Incorporated, vice-président relations gouvernementales et développement commercial ;

– **Mme Karine Cousineau**, membre du Conseil d'administration au Conseil canadien du cannabis (C3), directrice des Affaires gouvernementales et développement durable.

– **Global Commission On Drug Policy (GCDP)** : Mme Ruth Dreifuss, ancienne présidente de la Confédération et responsable des politiques drogues en Suisse et, M. Khalid Tinasti, directeur de la commission.

– **Office européen des drogues et des toxicomanies (OEDT)** : M. Alexis Goosdeel, directeur.

– **M. Ean Seeb**, conseiller spécial du Gouverneur sur le cannabis, ancien président du Bureau de l'association nationale de l'industrie du cannabis du Colorado ;

– **Mme Dominique Mendiola**, directrice adjointe du bureau de la réglementation sur la marijuana ;

– **M. Ricardo Baca**, expert sur les politiques de drogues, l'industrie et la culture du cannabis, créateur et ancien rédacteur en chef de la rubrique cannabis au Denver Post, fondateur du site « The Cannabist » ;

– **M. Jake Browne**, ancien journaliste du Denver Post, expert sur les questions relatives au cannabis.

Service d'intervention pour les comportements d'addiction et de dépendance (SICAD) : Dr. Joao Goulão, président du SICAD et membre de la commission qui a préconisé la politique antidrogue du Portugal.

– **Mme Claire Andrieux**, journaliste, auteure de « La guerre de l'ombre », Denoël, octobre 2020 ;

– **M. Mathieu Zagrodzki**, chercheur associé au Centre de recherches sociologiques sur le droit et les institutions, auteur du rapport « Cannabis : pour une autre stratégie policière et pénale », Terra Nova, octobre 2020.

– **Mme Rachida Dati**, maire du 7^e arrondissement de Paris, Garde des Sceaux, ministre de la Justice de 2007 à 2009 et députée européenne de 2009 à 2019 ;

– **Mme Cécile Duflot**, directrice générale d'Oxfam et ministre de l'égalité des territoires et du logement de 2012 à 2014.

- **M Renaud Colson**, maître de conférences, université de Nantes ;
- **Police contre la Prohibition**, Mme Bénédicte Desforges, ancien lieutenant de police, fondatrice du collectif PCP ;
- **M. Bruno Laforestrie**, directeur de la radio Le Mouv, auteur de « Hasch, la honte de la République ».
- **Mme Emmanuelle Auriol**, professeure d'économie à l'école d'économie de Toulouse (TSE) et à l'Université Toulouse I Capitole et membre du Conseil d'analyse économique (CAE) ;
- **M. Pierre-Yves Geoffard**, économiste, directeur de recherche au CNRS et directeur d'études à EHESS ;
- **Mme Alice Mesnard**, chercheure au département d'économie de l'Université de Londres.
- **Maître Francis Caballero**, avocat et professeur de droit ; auteur de « Légaliser le cannabis », Génération libre, mai 2018 ;
- **Génération libre** : M. Édouard Hesse, chercheur, auteur de « Pour un marché libre du cannabis en France », janvier 2021 et, M. Kevin Brookes, enseignant-chercheur.
- **M. Tom Decorte**, professeur de criminologie, université catholique de Louvain, fondateur de l'ISD (Institute for Social Drug Research), groupe de recherche sur les divers aspects de l'usage des drogues, les trafics et les politiques ; auteur de nombreuses publications ;
- **M. Kenzi Riboulet-Zemouli**, chercheur indépendant, fondateur du think tank FAAAT (*For Alternative Approaches to Addiction, Think & do tank*) ;
- **L. 630** : **M. Béchir Saket Bouderbala**, vice-président et porte-parole, **M. Jean-Pierre Couteron**, ancien président et fondateur de la Fédération addiction et **M. Noman Hosni**, humoriste.
- **M. Christian Ben Lakhdar**, Professeur des universités en économie à l'Université de Lille et, **M. Pierre Kopp**, Professeur des universités en économie à Paris 1 Panthéon-Sorbonne ;
- **Mme Ivana Obradovic**, directrice adjointe de l'Observatoire français des drogues et des toxicomanies (OFDT).